



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

JÚLIA MARIA DE SOUSA LEITE CORTEZ

**ESTUDO DO USO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO POR
FREQUENTADORES DE ALGUNS RESTAURANTES DA ASA NORTE-
BRASÍLIA/DF À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E
DIREITOS HUMANOS**

Brasília, 2017

JÚLIA MARIA DE SOUSA LEITE CORTEZ

**ESTUDO DO USO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO POR
FREQUENTADORES DE ALGUNS RESTAURANTES DA ASA NORTE-
BRASÍLIA/DF À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E
DIREITOS HUMANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre em Bioética pela Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA-DF

2017

Cortez, Júlia Maria de Sousa Leite

Estudo do uso de produtos derivados do tabaco por frequentadores de alguns restaurantes da Asa Norte-Brasília/DF à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos / Júlia Maria de Sousa Leite Cortez. -- Brasília, 2017.
96 f.

Orientador: Pedro Sadi Monteiro.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Bioética)
-- Universidade de Brasília, 2017.

1. Tabagismo. 2. Equidade. 3. Declaração Universal sobre Bioética. 4. Direitos Humanos. 5. Vulnerabilidade. I. Monteiro, Pedro Sadi. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

CORTEZ, JULIA MARIA DE SOUZA LEITE. 2017. ESTUDO DO USO DE PRODUTOS DERIVADOS DO TABACO POR FREQUENTADORES DE ALGUNS RESTAURANTES DA ASA NORTE-BRASÍLIA/DF À LUZ DA DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Bioética.

Dissertação aprovada em 12/07/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro
Orientador - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Volnei Garrafa
Avaliador Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Agenor Álvares da Silva-
Avaliador externo Oswaldo Cruz

Profa. Dra. Aline Albuquerque Santana de Oliveira –
Avaliador Suplente/Universidade de Brasília

Dedico esta Dissertação de Mestrado ao meu esposo Juan Cortez e aos meus filhos Leticia Sofia e Juan Francisco pela horas roubadas do convívio e pela companhia regada de muito amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Volnei Garrafa pela dedicação contínua junto à Cátedra Unesco de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, a quem tenho a mais sublime gratidão.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pela humildade, modéstia e serenidade em repassar os ensinamentos, pessoa fundamental para a concretização desta dissertação de mestrado.

Ao Dr. José Agenor Álvares da Silva pela disponibilidade em colaborar na construção e na avaliação desta Dissertação de Mestrado.

À CAPES-Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior, pelo apoio, sem o qual este trabalho se tornaria mais difícil de ser concretizado.

Aos meus pais, Francisco Leite Sampaio (*in memoriam*) e Anita Pereira de Sousa por terem me concedido a possibilidade de viver e os ensinamentos recebidos,

Ao meu esposo Juan Cortez pelos infindáveis diálogos e pelo apoio recebido e aos nossos filhos Juan Francisco e Letícia Sofia pelo amor de todos os dias.

À todos os professores e funcionários da Cátedra Unesco de Bioética, especialmente Professora Aline e Professor Natan e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília, especialmente Fabiana e Luciana.

Aos colegas e amigos Talita, Lízia, Arthur, Ivone, Dalvina, Marília, Nilceu, Paula, Glenda e Marcelo.

*“Para ser grande, sê inteiro.
Nada teu exageras ou exclui.
Sê todo em cada coisa.
Põe o quanto és no mínimo que fazes.
Assim, em cada lago a lua toda brilha, porque*

alta vive”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Estudo do uso de produtos derivados do tabaco por frequentadores de alguns restaurantes na asa norte- Brasília à luz da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Este estudo trata do uso do tabaco em alguns restaurantes na Asa Norte, Região Administrativa de Brasília - Distrito Federal. **Objetivo:** Conhecer a dinâmica e a percepção de frequentadores de alguns restaurantes relacionados ao tabagismo com uma proposta de correlacionar esses aspectos com os preceitos contidos na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH). **Materiais e métodos:** Estudo do tipo transversal descritivo. A coleta de dados foi realizada em alguns restaurantes da asa norte em Brasília, em 2017. A amostra foi composta por 60 indivíduos, 30 fumantes e 30 não fumantes que responderam a um questionário com questões baseadas no GTSS e DUBDH. Os dados foram analisados com a utilização do Software Stata v14. **Resultados:** 83% dos fumantes possuíam faixa etária entre 18 a 39 anos, a escolaridade predominante foi a de grau superior para o grupo de fumantes e não fumantes; para 70% dos fumantes as informações nos maços de cigarros não incentivaram a cessação do uso do tabaco; 66,7% dos fumantes consideraram o uso do tabaco um direito que deve ser garantido por lei, enquanto que 56,7% dos fumantes consideraram o uso dessa prática uma ameaça à saúde das pessoas não fumantes. Sobre a discriminação dos fumantes pela prática de fumar, 43,3% referiu que havia passado por esta situação alguma vez dentro do grupo de amigos, 33% comentou sobre a exclusão ou distanciamento da família (esposa, filhos, netos e parentes) por este problema. Para 60% dos participantes, o governo brasileiro conseguiu reduzir o uso do cigarro ao proibir que as pessoas fumem em locais fechados, enquanto que a percepção de controle ou fiscalização do uso do cigarro pelo governo é de 23,3% no total dos participantes. A influência das indústrias de cigarro no Brasil no consumo deste produto é reconhecida na metade de todos os participantes do estudo. **Discussão:** Na presente pesquisa utilizou-se a análise dos princípios 8º e 11º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos no que tange a prática tabágica e suas implicações tanto para fumantes, não fumantes e trabalhadores dos locais pesquisados. Os resultados encontrados são preocupantes, sobretudo por que a prática tabágica ocorre em locais destinados à alimentação de clientes, ou seja, em um ambiente saudável. Verificou-se que a despeito da existência de normas legais que proíbem o tabagismo, essa prática parece ser corrente nos cenários pesquisados. O perfil demográfico dos entrevistados mostra que em sua maioria, os fumantes são adultos jovens e os conflitos decorrentes do não cumprimento da legislação implica em vulnerabilidade, discriminação e estigmatização e nos não fumantes a violação de seus direitos de respirar ar não poluído o que põe em riscos à sua saúde somadas a desconforto em um ambiente que deveria ser promotor da saúde. Não existe lei que proíba uma pessoa de fumar, mas há que se ressaltar que devem ser incentivadas políticas que visem apoiar o tratamento daqueles que desejem parar de fumar. A legislação proíbe o uso do tabaco em ambientes

fechados e, por isso, impõe regras que devem ser cumpridas para a proteção não só dos fumantes, mas também daqueles que não são adeptos dessa prática. **Conclusão:** O tabagismo é um problema nos restaurantes pesquisados devido à dificuldade do atendimento à legislação por parte de fumantes e pela necessidade de maior fiscalização por parte dos órgãos governamentais, os quais colaboram para a redução do uso do tabaco, porém necessitam ser intensificadas. As indústrias exercem uma forte pressão no uso do tabaco e tem como consequências a vulnerabilidade, discriminação e exclusão social na vida dos fumantes, além de por em risco a saúde dos não fumantes e dos trabalhadores nos estabelecimentos pesquisados. As orientações contidas nos artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que trata da vulnerabilidade humana (8º) e o artigo que trata da não-discriminação e não-estigmatização (11º) serviram de base para a melhor compreensão dos aspetos relacionados ao tabaco, selecionados para o estudo e convergem com as normativas preconizadas pela lei de regulamentação do tabaco vigente no Brasil na atualidade.

Palavras Chave: Tabagismo, vulnerabilidade, equidade, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

ABSTRACT

This is a study about the use of tobacco products by frequent customers to tobacco products by frequent customers to restaurants in the northern area of Brasilia in light of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Objective: To better understand the perception of smokers related to the law that prohibits smoking in restaurants even for frequent customers, as a proposal to correlate these aspects contained in the Declaration of Bioethics and Human Rights (DUBDH). Materials and methods: This is a cross-sectional descriptive study. Data collection was performed in some restaurants located in the northern region of Brasilia, the Federal District of Brazil, during 2017. The sample consisted of 60 subjects, 30 smokers and 30 non-smokers who answered a questionnaire with questions based on GTSS and DUBDH. Analysis was developed with the Stata v14 Software. Results: The majority 83% of the smokers were between 18 to 39 years old, both smokers and non-smokers attained a high level of education; the information on cigarette packets did not encourage cessation of tobacco use for 70% of smokers; smokers considered tobacco use a right that should be guaranteed by law (66.7%), as well a threat to health of non-smokers. Regarding the discrimination of smokers, 43.3% reported of friends, 33% expressed feeling excluded by their family (wife, children, grandchildren and relatives). For 60% of the participants, they believed the Brazilian government was able to reduce the use of cigarettes by prohibiting people from smoking indoors, this number is reduced to 23.3% when discussing their perception of control of cigarette use by the government. Half of all participants believe that the tobacco industry has considerable influence on tobacco consumption. Conclusion: Smoking is a problem in the restaurants studied due to the difficulty of law enforcement to enforce the no smoking law, and the need for greater supervision by the competent public agencies. Federal and district government actions help to reduce tobacco use, and need to be strengthened. The tobacco industry has a strong repercussion on tobacco use; vulnerability, discrimination and social and social exclusion are part of the life of smokers. The guidelines contained in the articles of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, which address human vulnerability (Article, 8th) and non-discrimination and non-stigmatization (Article, 11th) will serve as a basis for a better understanding of the aspects related to tobacco use. These articles converge with the norms advocated by the current tobacco regulation law in Brazil.

Keywords: Smoking, vulnerability, equity, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características dos participantes do estudo segundo sexo, grupo etário, escolaridade e renda	38
Tabela 2 Nos últimos 30 dias, você viu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em jornais/revistas?	39
Tabela 3 Nos últimos 30 dias, você viu alguma advertência sanitária nos maços de cigarro?	39
Tabela 4 Pensando em parar de fumar por causa das advertências nos maços de cigarro. Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar?	40
Tabela 5 Há afixação de cartazes indicando a proibição da prática do fumo no local?	40
Tabela 6 Você já presenciou pessoas fumando em locais reservados no restaurante?	40
Tabela 7 Você considera o ato de fumar tabaco um direito de expressão do fumante que deve ser garantido por lei?	41
Tabela 8 Você considera o fumo uma ameaça ao direito à saúde do não fumante?	41
Tabela 9 Você já foi distanciado do convívio de amigos por fumar cigarro?	41
Tabela 10 Você já foi convidado a retirar-se de algum estabelecimento: restaurantes, bares, estádios por ser fumante?	42
Tabela 11 Você concorda com a lei de proibição do uso do cigarro em locais fechados?	42
Tabela 12 Você acha que o governo brasileiro diminui o uso do cigarro ao proibir que as pessoas fumem em locais fechados?	42
Tabela 13 Você acha que o governo brasileiro fiscaliza e controla o uso do cigarro?	43
Tabela 14 Você acha que as indústrias de cigarro no Brasil influenciam o consumo deste produto?	43
Tabela 15 Número de produtos fumados por dia. Em média, quantos dos seguintes produtos, você atualmente fuma por dia?	43
Tabela 16 Você considera que o uso do fumo prejudica o meio ambiente?	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CID - Classificação Internacional de Doenças e Agravos

CNI - Confederação Nacional da Indústria

DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

GATS - Global Adult Tobacco Survey

GTSS - Global Tobacco Surveillance System

IEA - International Association of the Epidemiology

INCA - Instituto Nacional do Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAHO - Pan-American Health Organization

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2. TABAGISMO: DO CONSUMO INDIVIDUAL AO CONSUMO COMO ÉTICA DO MERCADO	4
2.1 A INDÚSTRIA DO TABACO E A ECONOMIA	6
2.2 A INDÚSTRIA DO TABACO E A HEGEMONIA	8
2.3 O TABAGISMO E A QUESTÃO AMBIENTAL	10
2.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO	11
2.5 LEGISLAÇÃO SOBRE O TABACO	13
2.6 EXPOSIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL E OS TRABALHADORES DE RECINTOS COLETIVOS FECHADOS	17
CAPÍTULO 3. CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE DO FUMANTE	22
3.1 A CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE, ESTIGMATIZAÇÃO E A DISCRIMINAÇÃO EM FUMANTES.	24
3.2. DISCRIMINAÇÃO POSITIVA E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: QUANDO A SUA APLICABILIDADE NA CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE DO FUMANTE SIGNIFICA EXCLUSÃO OU IGUALDADE DE OPORTUNIDADES.	26
3.3 DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA E DISCRIMINAÇÃO POSITIVA	27
3.3.1 Discriminação negativa	28
CAPÍTULO 4. BIOÉTICA E TABAGISMO	30
4.1. RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E PELA INTEGRIDADE INDIVIDUAL.	32
4.2. NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO	33
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS	34
5.1 GERAL	34
5.2 ESPECÍFICOS	34
CAPÍTULO 6. MATERIAIS E MÉTODOS	35
6.1 TIPO DE ESTUDO - FOI REALIZADO UM ESTUDO DESCRITIVO DO TIPO QUALI-QUANTITATIVO.	35

6.2 FONTE DE COLETA DE DADOS	35
6.4 TAMANHO DA AMOSTRA	36
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	36
6.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA REGIÃO ADMINISTRATIVA E TABAGISMO NO DISTRITO FEDERAL	37
6.7 QUESTÕES ÉTICAS	37
CAPÍTULO 7. RESULTADOS	38
CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO	45
CAPÍTULO 9. CONCLUSÃO	66
CAPÍTULO 10. REFERÊNCIAS	68
CAPÍTULO 11. ANEXOS	77
11.1 APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNB	77
11.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	78
11.3 GUIA DE QUESTÕES SOBRE TABACO	80

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

A escolha da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos para a realização do presente estudo ocorreu pela importância que esse documento de amplitude internacional representa para bioeticistas, professores, legisladores e demais interessados na área, também pela afinidade que possui com questões que envolvem o tabagismo e seus efeitos na sociedade.

O estudo se direcionou a conhecer aspectos relacionados ao tabagismo, tendo como recorte a vulnerabilidade humana e a discriminação que envolve pessoas fumantes e não fumantes, frequentadores de alguns restaurantes no Distrito Federal e a atenção da legislação vigente de regulação e controle do tabaco. Para isso, recorreremos aos artigos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH(1) que tratam da Vulnerabilidade Humana e da Não-Discriminação e Não-Estigmatização.

Durante o desenvolvimento da pesquisa foram abordados temas relacionados à produção, expansão e consumo do tabaco e situações que se fizeram presentes no ambiente selecionado para a aplicação da pesquisa, que são os restaurantes. Diante da inquietação acerca do tabagismo, buscamos conhecer os hábitos de pessoas que fazem uso do tabaco em diferentes ambientes e circunstâncias e que em decorrência disso, põe em risco a saúde não só dos fumantes, mas também dos não adeptos do tabaco que de forma passiva aspiram fumaça produzida por clientes fumantes.

Entre os fumantes passivos, encontram-se os funcionários que trabalham nos restaurantes, que devido a sua função de atender aos clientes também ficam sujeitos a aspirar fumaça produzida por terceiros, e nesse caso, há que se considerar que os funcionários a depender do tempo que desenvolvem tal atividade laboral podem estar expostos, por vezes, durante vários anos o que contribui para o desenvolvimento de doenças relacionadas à exposição a fumaça tabágica.

Caso o funcionário desenvolva doença ocupacional decorrente do contato com a exposição à fumaça, poderá recorrer às instâncias do poder público e valer-se dos dispositivos legais como os artigos 186 e 927 do Novo Código Civil (2), ambos artigos se referem à reparação do dano à saúde por parte do empregador diante do acometimento da doença ocupacional no trabalhador, em caso de ambiente de risco

tóxico. No caso de restaurantes em que ocorra a exposição destas pessoas à fumaça do cigarro, considera-se um risco acentuado com necessidade de amparo legal. O resguardo jurídico nestes casos, também se encontra ancorado pela Lei 3.048/99 da Previdência Social a qual pode declarar a ocorrência do acidente de trabalho, quando houver o nexó técnico epidemiológico, conforme a Lei 8.213/91 em seu artigo 21 (3).

Preocupada com a situação da exposição tanto de fumantes quanto de não fumantes, as autoridades políticas e sanitárias vêm envidando esforços que objetivam reduzir à exposição da poluição provocadas pelos fumantes. Um marco importante na busca da redução do problema deu-se com a promulgação da Lei nº 9.782/1999 (4), que criou a Agência de Vigilância Sanitária-ANVISA com abrangência nacional e sucursal, em todos os estados e no Distrito Federal. A quem coube o papel de definir a política nacional de vigilância sanitária, regulamentando em seu Art. 6º, que a finalidade da instituição é de prover a proteção da saúde do povo, via controle sanitário na fabricação, no comércio de produtos e serviços; bem como, controlar os ambientes, processos, a matéria-prima e tecnologias; e ainda monitorar as fronteiras, portos e aeroportos (4).

Com o advento da Lei Federal 12.546/11 (5), ficou proibido o uso do fumo, em qualquer modalidade, em ambientes fechados públicos ou privados que embora divida opiniões entre fumantes e não fumantes, o fato é que restringe o uso do tabaco. Dessa forma, especialmente no caso dos funcionários, esses passaram a contar com uma proteção do Estado que passou a interferir, visando garantir proteção daqueles que não são usuários de produtos derivados do tabaco. Essa iniciativa, veio de forma legal disciplinar a que não mais se continuasse com esses hábitos indesejáveis. Em caso de inobservância desta lei, em que forem detectados consumidores fumando em ambiente coletivo fechado, a Vigilância Sanitária poderá autuar o responsável pelo estabelecimento, multá-lo ou ainda determinar o fechamento do local em caso de reincidências.

A partir da instituição da lei (5), há que se ressaltar as consequências para os consumidores do tabaco, os não consumidores e os proprietários dos estabelecimentos comerciais. De um lado, os fumantes uma vez inconformados com a lei e por outro os não fumantes clientes e funcionários que passam a desfrutar de ambiente livre do tabaco e os proprietários que podem sofrer prejuízos financeiros devido a queda nas vendas. Dessa forma, está posto o cenário em que o fumante

passa cada vez mais ser estigmatizado e discriminado, enquanto que o não fumante comemora a possibilidade de respirar em ambiente não poluído e os proprietários preocupados com a queda nas vendas.

Sabe-se que não existe lei que impeça uma pessoa de fumar, pois, cada um é dono de seus atos, porém, com o advento da lei podemos dizer que se estabeleceram medidas que podem diminuir o conflito entre os fumantes e não fumantes, ou seja, entre a liberdade de fumar e o direito do não fumante de respirar ar não poluído.

No bojo dos citados artigos, teremos ainda como enfoque a discriminação, discriminação positiva e a discriminação negativa, como forma de esmiuçarmos entre os distintos posicionamentos frente, o direito do indivíduo fumar e o direito do não fumante em respirar ar não poluído. Dessa forma, a análise dos artigos descritos anteriormente, tendo-se ciência sobre os direitos do fumante em fumar e também o direito que esse tem em receber tratamento necessariamente apoiado pela sociedade e pelo Estado. Assim, espera-se ter-se gradativamente uma redução nos riscos a saúde não só do fumante, mas também do não fumante e um ambiente saudável não só para as pessoas, mas também para os animais e plantas.

Visando responder os objetivos dessa Dissertação, essa pesquisa foi organizada nos seguintes capítulos:

Capítulo I - Introdução

Capítulo II - Tabagismo: do consumo individual ao consumo como ética do mercado

Capítulo III - Condição de vulnerabilidade do fumante

Capítulo IV - Bioética e tabagismo

Capítulo V - Objetivo Geral e Específicos

Capítulo VI - Materiais e Métodos

Capítulo VII - Resultados

Capítulo VIII - Discussão

Capítulo IX - Conclusão

CAPÍTULO 2. TABAGISMO: DO CONSUMO INDIVIDUAL AO CONSUMO COMO ÉTICA DO MERCADO

O cultivo, a produção e a comercialização do tabaco sofreram profunda transformação no decorrer dos séculos no Brasil e no mundo; a história desde o cultivo por indígenas até a expansão das grandes indústrias, comprova a hegemonia e a ideologia desenvolvidas pelo mercado(6), (7). Assim sendo, o consumo neste caso, ganhou significados bem diferentes do período anterior à colonização do Brasil.

O costume de fumar tabaco antecede a idade média. Segundo Rosemberg, o primeiro contato do mundo civilizado com a nicotina ocorreu no século XVI. Neste período, os países europeus como Espanha, Portugal, França e Inglaterra iniciaram o contato com a planta e teve como principal propagador, Cristóvão Colombo (8). Conforme se pode constar nos relatos de Rosemberg, o nome “nicotina” deriva de *Nicot*; cientista dedicado à botânica que em 1560, recebeu de um embaixador do Brasil na Europa, a planta do tabaco e a fez chegar até a França. Em 1737, ocorreu a primeira classificação científica da planta, que recebeu o nome “*Nicotiana tabacum*”, em homenagem à Nicot. Décadas depois o princípio ativo foi descoberto e recebeu o nome de nikotin, no mesmo período em 1818, os dicionários registraram o verbete “nicotine”(8)

Durante alguns séculos foi utilizado como uma planta medicinal e em rituais religiosos (9); esse costume ainda permanece em várias culturas, exemplo disso são os rituais praticados por indígenas e no xamanismo (10). No Brasil, costumeiramente é utilizado por culturas e rituais originados da cultura afrodescendente. O fumo foi mascado e utilizado como cigarro por vários séculos, por meio de instrumento como cachimbo ou na forma de charutos, apesar de que a máquina de fabricação de cigarros foi criada somente no ano de 1880; porém o crescimento da produtividade só se efetivou depois do ano de 1931, viabilizado pelas campanhas de publicidade feitas pelas empresas Camel e de outras investidoras em tabaco, interessadas em ampliar o alcance e o uso do produto pela população (11).

Segundo Nardi no Brasil, a planta era cultivada pelos povos tupis-guaranis; durante um longo tempo, as lavouras eram desenvolvidas para consumo próprio dos indígenas. Quando os portugueses tomaram conhecimento do tabaco pelo contato com os indígenas, no período de colonização do país, o cultivo e plantação passaram a ganhar um novo sentido, o de comercialização (6), (7).

Em meados de 1850, a produção de tabaco no Brasil ocupava vastas extensões na região da Bahia, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul e em 1918, foi criado na Região Sul do país, o sistema integrado de produção do fumo, inaugurando nesta região uma vasta produção agrícola (6), (7) .

Segundo Carvalho e Rosemberg (12), (13), (14), o consumo anual de cigarros por adultos no Brasil e no mundo aumentou; vários fatores contribuíram para este fato, inclusive a industrialização crescente, somadas às estratégias de convencimento das empresas de publicidade, a propaganda tornou-se intensa e com o maior acesso de toda população. O comportamento de fumar passou a ser uma representação social positiva e reforçada do vício, sinônimo de liberdade, elegância e sucesso (10).

Rosemberg menciona que diante da expansão do consumo do tabaco e o progressivo surgimento de óbitos e enfermidades no Brasil, houve um aumento considerável dos estudos científicos acerca do uso do produto(13). No quadro de doenças não transmissíveis, a pandemia do tabagismo passou a chamar a atenção das autoridades sanitárias, profissionais e estudiosos de várias áreas do conhecimento (15).

A discussão em torno do assunto, ganhou uma notoriedade em que se buscou a compreensão dos elementos motivadores e mecanismo de controle do produto. Com isso, houve uma maior cobrança dos órgãos competentes relacionados à saúde pública de direcionarem políticas de proteção aos indivíduos. As leis de controle e regulamentação do tabaco, tem sofrido modificações e embora tenha significado a diminuição dos óbitos e doenças, ainda necessitam de atenção dos mais diversos segmentos da sociedade, em que se pode incluir a fiscalização para evitar que consumidores e empresas descumpram a legislação.

2.1 A INDÚSTRIA DO TABACO E A ECONOMIA

Na afirmação de Schneider, o câncer de pulmão foi à primeira doença, diagnosticada como resultado do uso do tabaco. Em 1930, o aumento das mortes por câncer de pulmão começou a chamar a atenção de autoridades sanitárias nos Estados Unidos, tendo em vista que anteriormente a estes fatos, a doença ocorria com pouca frequência naquele período (11).

Rosemberg, na sua obra *Nicotina: Droga Universal*, ressalta sobre a ação das indústrias na divulgação de pesquisas (14):

Desde os anos 1950, a indústria tabaqueira, em contraposição dos achados científicos vem desenvolvendo pesquisas relacionadas à dependência físico-química; com isso, estudos genéticos são realizados objetivando desenvolver a planta de tabaco hipernicotinado. Além disso, estudos são realizados com o objetivo de alcançar mecanismo de maior liberação e absorção pelo organismo. A indústria tabaqueira, ciente dos agravos do produto para a saúde dos indivíduos e na tentativa de se esquivar das autoridades sanitárias no Brasil e no mundo, tem negado acerca da existência de propriedades psicoativas da nicotina como geradora da dependência. Este fato é bem antigo; ele acompanha empresários do setor desde décadas anteriores. A negação de substâncias farmacológicas de alto nível de nocividade ao ser humano ocorreu, inclusive, quando a Philip Morris obrigou o cientista Vitor de Noble, a retirar o artigo que havia entregado para a publicação no *Journal of Psychopharmacology* (p.42).

Tal publicação comprovava a dependência físico-química proveniente da nicotina em ratos; mesmo diante das pesquisas realizadas e as evidências apontadas, a indústria tabaqueira continuou a negar a veracidade dos fatos e utilizava recursos para impedir a propagação dos resultados desses estudos (11) (14).

O interesse da indústria de tabaco em garantir o uso do produto por parte de seus consumidores é intenso e em virtude disso, utiliza-se de diversos mecanismos. A utilização da mídia, o uso de aditivos, propaganda enganosa acerca dos malefícios do produto, a ideologia de poder e sucesso associado ao uso, o foco nos segmentos populacionais, a baixa escolaridade de usuários, todos esses aspectos, situam o mercado do tabaco como um setor cujos argumentos colocam o lucro como ponto alto de seus interesses. O fenômeno do capital de maior expansão mundial encontra-se amparado pela lógica do lucro e se expande causando vulnerabilidade aos mais diversos segmentos sociais (10) (13) (12).

Conforme argumenta Carvalho, a magnitude e a extensão que o tabagismo representa para a sociedade é algo preocupante; se apresenta de maneira assustadora pela gravidade que a droga representa para as pessoas. Nas palavras da autora (12):

O tabagismo é um agente mórbido introduzido e mantido pelo próprio homem, por razões tão diversas como as de ordem econômica, social, cultural e de droga-dependência, converte-se em uma das epidemias de mais difícil dedução”. Os altos prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga não só para a saúde individual, mas também para a saúde financeira da sociedade. Responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo, determinados pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas com o hábito de fumar, converte-se ao mesmo tempo, em cruel paradoxo, já que o tabagismo constitui a maior causa de morte evitável que se conhece entre as não imunizáveis (p.69).

O argumento dos anunciantes do mencionado produto, se concentra na competitividade entre empresas; o fato é que as ações se direcionam a garantir a permanência dos antigos consumidores e ao mesmo tempo, conquistar o público jovem. Para os adultos, a estratégia de associação do sucesso nos negócios e o alcance de status e prazer e nos jovens, pois a conotação é sempre com o êxito nos mais diversos nos empreendimentos, nos negócios, no alcance de status e todos os prazeres e aspirações; enfim quem fuma se realiza em tudo e adquire um estilo de vida (8), (15).

Outra atitude das indústrias de tabaco, se refere aos teores dos cigarros; Rosemberg, desmistifica as manobras do mercado de tabaco quando discorre sobre a teoria de que o baixo teor inibiria ação nociva do cigarro. Em sua obra intitulada “Tabagismo: um sério problema de saúde pública”, proclama a indubitável ação das empresas deste setor (8). Os seus achados evidenciaram que ainda os cigarros de baixos teores conservam alto poder morbígeno, cancerígeno e de dependência nicotínica semelhantes aos demais cigarros. Tal afirmação se pode comprovar, nos estudos mencionados pelo autor, casos de morte por câncer broncogênico em mulheres, em período posterior à Segunda Guerra Mundial, mesmo diante do consumo de cigarros de baixos teores. Como se pode comprovar, a empresa tabaqueira não mede esforços e nem limites para garantir a sua parcela significativa de poder de venda de seus produtos no mercado ainda que lhe seja necessário, ceifar vidas humanas (8), (13), (12).

Na atualidade, o Brasil se destaca como um dos maiores produtores e exportadores de tabaco em folha no mundo as plantações se concentram na Região

Sul do país (16). Em termos de produção e de consumo, o Brasil passou da terceira para a segunda posição no ranking dos maiores produtores de tabaco no mundo, em fumo em folha, atrás da China (16), (17). Atualmente, a região sul, é responsável por 96% da produção de tabaco em folha no país (18), com uma produção anual de 928,3 toneladas, além de um lucro com o cultivo do tabaco em 2015, estimado em R\$ 8,5 bilhões (16) (18). Sendo que em 2016 houve um declínio de 49% na produção. Desde 2012, as novas alíquotas de IPI, elevaram o preço do maço do cigarro, efeito positivo resultante das leis brasileiras à Convenção Quadro Controle do Tabaco (16).

2.2 A INDÚSTRIA DO TABACO E A HEGEMONIA

Como afirma Bauman (19), o consumo é um elemento inseparável da sobrevivência humana, acompanha os seres vivos desde a sua origem; conforme se tem registros em relatos étnicos e antropológicos. Em qualquer ação que se possa realizar, o consumo está presente; ele ocorre de forma espontânea e natural por fazer parte de uma necessidade vital dos seres humanos e dos animais. Os tipos de consumo podem ser modificados, a depender de determinados fatores sociais, culturais, políticos e econômicos e podem ser alterados conforme aos novos costumes que são introduzidos no meio social (19).

Para o referido autor, a ideologia está incorporada à forma como as pessoas vivem “absorvidas” pelo modo como as pessoas atuam e se relacionam. A ideia de ideologia é inseparável da ideia de poder e dominação (20). As pessoas fazem suas próprias vidas sob várias condições, algumas delas não conhecem as manobras do mercado, e se as conhecem, as ignoram ou subestimam o seu poder. Neste caso, a presença do tabaco pode ser mais intensa, assim como as suas consequências (9), (13),(14).

Bauman, evidencia a teoria do consumo; a partir da afirmação que o mercado se utiliza de uma mídia especializada em atrair consumidores, e através de estratégias de convencimento e sedução, por ele denominada “cultura de massa”, consegue transformar esses consumidores em vítimas do mercado e da mídia. Neste contexto, as massas são consideradas vítimas, ao mesmo tempo em que se tornam cúmplices desse processo. Neste caso, o autor pontua essa participação

destes indivíduos como algo danoso e perda de consciência dos perigos acerca do produto (20).

Os elementos motivadores do largo consumo do tabaco, estão intrinsecamente relacionados à forma como o consumo de um produto alcança os indivíduos, como o consumo se estabelece e permanece na vida destes. No mundo do capitalismo, pode-se averiguar os ditames globalizantes e neoliberais de grandes estruturas organizacionais, empresas e indústrias pautadas no lucro e na expansão cada vez maior de seus negócios. Esses impérios pautam-se na ética de mercado, em que os autores da produção, no caso em estudo, da produção tabageira, nada se preocupam com o bem-estar e a condição de saúde dos indivíduos. No panorama social que envolve o consumo do tabaco; se pode constatar as transformações do ponto de vista da função do tabaco e o seu meio de produção(13), (19), (21).

No sentido literal da expressão Hegemonia, apresentado por Houasis, significa supremacia, influencia preponderante, liderança ou superioridade (22); as relações de poder que tem se estabelecido sob a égide do capital, na dinâmica de conquista de novos consumidores e manutenção dos atuais sob o qual a hegemonia tem sido responsável pela expansão cada vez mais do consumo do produto.

As diversas populações estão subordinadas ao capital, e o tabaco consiste em um dos produtos de maior cotação no mercado mundial, derivam de seu processo histórico de expansão e suas várias formas de conquista de mercado e novos consumidores. Ainda por se tratar de uma droga psicoativa, que interfere negativamente no organismo e no comportamento do usuário, capaz de produzir doenças pulmonares simples até alterações celulares que predispõem ao câncer e alterações cardíacas e vasculares, este produto consegue enquadrar-se como um produto de larga produção e comercialização (23). Este fato evidencia as relações de produção e acumulação capitalista enquanto um fator de determinação social de agravos à saúde humana.

2.3 O TABAGISMO E A QUESTÃO AMBIENTAL

A nicotina é considerada uma espécie de alcaloide vegetal; cuja sintetização ocorre nas raízes e se estende até as folhas; as maiores concentrações ficam armazenadas nas áreas mais próximas ao talo. Há diversos tipos de nicotina e variam de acordo com o tipo de planta (8).

Na Região Sul do país, o cultivo familiar ocorre em pequenas propriedades; em uma dimensão de aproximadamente 16 hectares, 180 mil pequenas propriedades agrícolas desenvolvem o cultivo e a colheita do tabaco(24). Há uma relação comercial com empresas multinacionais cujo sistema baseia-se em um contrato em que o agricultor se compromete a produzir uma quantidade de tabaco de acordo com as especificidades do produto (25).

Conforme o Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais (26), a Região Sul possuía no início da década de 2010, cerca de 1.128 famílias produtoras de tabaco na Região Sul do Brasil, cujas condições de trabalho apresentavam baixa rentabilidade, excessiva jornada de produção, exposição excessiva ao uso de agrotóxicos; além da exposição das famílias à fumaça liberadas durante a queima da folha de tabaco (26),(27).

O trabalho dos agricultores nas plantações de tabaco se concentra na manipulação de sementes, fertilizantes e agrotóxicos, no uso de estufas e no processamento das folhas. Além disso, as empresas selecionam as folhas colhidas, um complexo sistema de classificação que representa para as empresas, um lucro adicional aos seus negócios (25). Com isso, se percebe que embora a plantação de tabaco seja uma fonte de renda para os agricultores mencionados, a concentração de renda de empresários do tabaco são situações que vulnerabilizam essas famílias.

Assim, o perigo de adoecimento que acomete famílias de agricultores de plantação de tabaco na Região Sul do país, é um problema pouco conhecido. Poucas pessoas sabem que a intoxicação da nicotina também ocorre através do contato da pele com a resina das folhas de tabaco. Tal exposição pode resultar no acometimento da doença da folha verde do tabaco, que é uma resposta do organismo humano às substâncias tóxicas e que se desenvolve devido a colheita, no desponte, no recolhimento da lavoura e no carregamento das estufas e dos galpões de cura (28).

Berlinguer (29), ao discorrer em torno das ações do mercado e o meio ambiente, parece comprovar a situação que envolve produtores do tabaco, consumidores e o meio ambiente:

Nas últimas décadas, acentuaram-se os riscos e os danos imediatos derivados das transformações negativas do ambiente, que agora atinge a todos, mesmo que em graus diversos para cada indivíduo, população ou classe. Eles provêm da contaminação do ar, da água, do solo, e do subsolo, do esgotamento dos recursos naturais e da redução da qualidade de vida nas grandes aglomerações urbanas, onde está se concentrando a maior parte da população mundial. Além disso, muitas doenças de origem ambiental advêm da globalização de produções e consumos insalubres, de fatores patogênicos principalmente introduzidos por países desenvolvidos em países pobres, às vezes deliberadamente transferidos, sob forma de indústrias nocivas e de resíduos tóxicos (p.243) (29).

O mencionado autor, afirma que a consciência acerca da importância da saúde não alcançou um patamar de consciência de sua importância e a necessidade de preservação. Os fatores que favorecem esse fato, estão associados à colaboração de diversos segmentos sociais onde se pode incluir agentes políticos e profissionais da saúde que agem com passividade diante dos malefícios do produto, além de legitimar as ações das indústrias de tabaco por meio das distorções dos resultados das pesquisas médicas. “Essas ações são fortemente avessas a reconhecer que a origem das doenças está sobretudo no entrelaçamento entre biologia humana, ambiente e sociedade”(p.246) (29).

2.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO TABAGISMO

Nepomuceno e Romano ao citar dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que existem no mundo, 1 bilhão e 300 milhões de fumantes, sendo que 80% vivem em países periféricos (21). Os fumantes passivos chegam a 2 bilhões, sendo que 700 milhões são crianças. São fumados 200 bilhões de cigarros por dia, no mundo (30).

Segundo o Ministério da Saúde, órgão do Governo Federal de proteção à condição de saúde dos indivíduos (30).

A fumaça do cigarro é uma mistura de aproximadamente 4.720 substâncias tóxicas diferentes que se constituem de duas fases fundamentais: a particulada e a gasosa. A fase gasosa é composta, entre outros por monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína. A fase particulada contém nicotina e alcatrão. Entre elas, arsênio, níquel, obenzopireno, cádmio, resíduos de agrotóxicos, substâncias radioativas,

como polônio 210, acetona, naftalina e até fósforo P4/P6, substâncias usadas em veneno para matar rato (p.1)

Conforme Seabra, Faria e Santos (9), o sistema nervoso central é alterado após a inalação da nicotina, este produto é considerado droga por possuir propriedades psicoativas, com possibilidade de indução e dependência. O indivíduo ao consumir qualquer produto derivado do tabaco, estará usando esta substância e poderá sofrer modificações no seu estado comportamental, além do comportamento compulsivo para consumir a droga (9).

A ANVISA, órgão ligado ao Ministério da Saúde, sinaliza os perigos do alcatrão, por se tratar de um produto constituído por 40 substâncias comprovadamente cancerígenas; cuja queima, durante a tragada, libera para o pulmão toxinas nocivas à condição saudável deste órgão, o que compromete a saúde dos indivíduos. As complicações decorrentes do consumo do alcatrão, desenvolve sérios problemas de ordem física, motora e respiratória; aumenta consideravelmente o risco de casos de óbito por aumento da pressão arterial e infarto, o seu uso é responsável por causar dependência ao produto (31).

O uso do tabaco é responsável por aproximadamente 95% dos casos de câncer de boca, 90% das internações por câncer de mama, 80% da incidência de câncer no pulmão, 97% dos casos de câncer de laringe, 50 % dos casos de câncer de pele existem mais de cinquenta doenças associadas ao uso de produtos derivados de tabaco, dentre essas se podem citar: doença cardíaca isquêmica obstrutiva, doenças pulmonares entre outras (32).

Pinto e Ugá ao tratar sobre os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde, apresentam os seguintes dados (33):

Em 2005, as internações por todas as patologias no Brasil, custaram R\$ 3,8 bilhões de reais ao SUS para indivíduos com 35 anos ou mais. Deste montante, 6,9% (262 milhões) foram atribuíveis ao tabagismo. Em relação à quimioterapia, os custos totais considerando-se os códigos de três caracteres de C00 a C97 do capítulo 2, foram de R\$ 578,3 milhões. Essa assistência apresentou 13,1% para os casos associados ao tabagismo. Portanto, segundo esses resultados, os custos atribuíveis ao tabagismo representaram 7,7% dos custos totais apurados nos grupos (p 124).

As autoras destacam que os custos com procedimentos de alta complexidade comprometem parcela significativa do orçamento público do país; demonstram valores da realização de procedimentos de quimioterapia, os quais representam quase o dobro dos que são gastos com internação. Tais resultados evidenciam a

magnitude desse problema de saúde pública, ao demandar a realização de procedimentos de alta complexidade e alto custo para o tratamento de doenças (33).

Segundo dados do Ministério da Saúde (34), os elementos químicos presentes nos produtos derivados do tabaco, especificamente no cigarro, causam diversos tipos de patologias, as quais estão classificadas de acordo com os Códigos Internacionais de Doenças, em que 52 tipos estão associadas ao seu consumo. O número de óbitos no Brasil, alcançam 200.000 pessoas por ano no Brasil; cujo índice ultrapassa mortes por malária, varíola e AIDS (34).

O Brasil é reconhecido como líder mundial no controle do tabagismo, alcançando recentemente um declínio importante na prevalência de fumantes (15). O Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) têm conduzido uma série de ações para o controle do tabaco no país, incluindo legislação, capacitação profissional e pesquisa (32).

Estudos nacionais no Brasil, têm mostrado importante redução da prevalência do tabagismo entre adultos maiores de 18 anos de idade. Em 1989, a prevalência era de 34,8, segundo a Pesquisa Mundial de Saúde apontou uma redução da prevalência caindo para 22,4%(35). Em 2008, a Pesquisa Especial Sobre Tabagismo mostrou que era de 18,5% (36). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) achou uma prevalência de 14,7% (37)

No Distrito Federal, a frequência de adultos que fumam era de 17,2% em 2006, caindo para 11,4% em 2015, o que representa uma redução de 34%. Neste mesmo período, entre as mulheres caiu de 14,9% para 9,2%, redução de 38%, entretanto, entre os homens, caiu de 19,9% para 13,9%, redução de 30% (34), (38).

2.5 LEGISLAÇÃO SOBRE O TABACO

A questão que envolve o uso do tabaco em um país, estado ou unidade da federação, está intrinsecamente relacionada às ações de planejamento, vigilância e controle do governo. O presente estudo menciona algumas políticas de prevenção e controle do tabaco de maior relevância no Brasil, no período compreendido entre o final da década de 1980 e a atualidade. Essas políticas foram decisivas para a diminuição do consumo do produto e doenças associadas, entretanto necessitam do

acompanhamento contínuo das esferas do poder legislativo, executivo e judiciário, das autoridades sanitárias e da população em geral.

A Constituição Federal garante o direito à vida, sendo este o pré-requisito sob o qual os demais direitos devem estar ancorados, inclusive o direito à saúde, também garantido neste documento (39),(40).

Em seus artigos 196(39), saúde “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco em doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário para a sua promoção, proteção e recuperação”(p.118), e nos pressupostos apontados nos objetivos da Assembleia Nacional Constituinte. Conforme consta no preâmbulo da Constituição Federal “é direito do cidadão, a instituição de um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos”(41), se encontram a proteção constitucional do direito à saúde, salvaguardado por cláusula pétrea (42).

Os fundamentos jurídicos mencionados abarcam os aspectos relacionados à saúde e à vida e por serem amplos e complexos, merecem o acompanhamento quanto à sua operacionalização e o alcance da população. A regulação e controle do tabaco no Brasil teve um longo processo de construção no decurso da saúde pública. A criação de órgãos públicos destinados a controlar o uso do tabaco cumpre uma fundamental importância na atualidade para a diminuição do consumo do tabaco e a proteção de indivíduos acometidos por doenças causadas pelo mencionado produto. As ações desenvolvidas desde a década de 1930, no Brasil contribuíram decisivamente para os avanços alcançados na atualidade(41), (42).

Atualmente o INCA desenvolve o Programa Nacional de Controle do Tabagismo por meio de políticas de atenção ao tabagismo de acordo com a Convenção Quadro para Controle do Tabaco (43).

As medidas de controle e prevenção do uso do tabaco passaram a ter uma atenção no final da década de 1980 e foram ganhando espaços e maior notoriedade com a criação de instituições governamentais de atenção à saúde da população. Essas medidas de controle e prevenção do uso do tabaco passaram a ter uma atenção no final da década de 1980, foi criado o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”, como uma medida de restringir a prática tabagista com a aprovação da lei nº 7488 em 1986 (44). No ano de promulgação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu a criação de fumódromos e advertência sobre os males decorrentes do

cigarro e torna obrigatório à frase “O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde” nas embalagens dos produtos derivados do tabaco⁴⁰ (31)

Em agosto de 1990, o Ministério da Saúde através da Portaria de nº. 1.050/90, estabeleceu medidas advertindo os malefícios do fumo à saúde; proibiu parcialmente seu uso em aeronaves, proibiu venda de cigarros a menores de 18 anos e estabeleceu normas de embalagem e veiculação pela mídia (45), (46).

Segundo o observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, em 15 de julho de 1996, a Lei de nº 9.294 , proibiu o uso dos produtos derivados do tabaco, impediu a venda a menores de 18 anos, patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais, propaganda direta contratada de merchandising; a comercialização em estabelecimento de ensino e de saúde, o uso em recinto fechado, privado ou público(46).

A Lei 12. 546/ 2011 alterou artigos da Lei nº 9.294/1996, com o objetivo de normatizar as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas; onde o artigo 2º, proibiu o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto fechado, privado ou público. Inclui-se nas repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema; uso nas aeronaves (5), (46).

A Lei de n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999, definiu o Sistema Nacional de Vigilância, criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pelo controle e fiscalização dos cigarros, charutos e qualquer produto derivado ou não de Tabaco (47).

O governo brasileiro, reconhecendo a expansão do consumo de tabaco e a gravidade dessa epidemia mundial buscou nesses últimos anos, investir no Programa Nacional de Controle do Tabagismo que é coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (32),(37).

Em 1999, foi criado um acordo entre países-partes sobre o controle do tabagismo pela OMS, que recebeu o nome de “Convenção Quadro para Controle do Tabaco” (37), com o objetivo de proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco (art.3º) Considerada um marco histórico para a saúde pública mundial, este documento determina a adoção de

medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos (48).

Reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo, o Brasil coordenou o processo de elaboração da CQCT durante os anos de 1999 e 2003. Em 2005, a adesão do Brasil à CQCT foi formalmente ratificada pelo Senado Federal. A partir disso, a implementação das medidas da CQCT passou a ser a Política Nacional de Controle do Tabaco (48), (5).

Desde 2005, a CQCT estabelece medidas relacionadas à redução da demanda e a oferta do tabaco, à proteção ambiental contra os danos do tabaco e à elaboração de leis acerca da responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco. Também são previstas medidas referentes à cooperação científica e técnica e ao intercâmbio de informações entre países (49).

O aumento de impostos sobre o consumo do tabaco e o direcionamento dos recursos arrecadados para o setor da saúde os programas da saúde, tem ocorrido em alguns países em desenvolvimento, no intuito de prevenir a crescente prevalência de doenças. Elevar os impostos de todos os produtos de tabaco de forma suficientemente elevada, através de um sistema de política fiscal constitui uma das medidas mais rentáveis e eficientes para reduzir o consumo de tabaco e morbidade e mortalidade (33), (48).

Esta política está alinhada com a o artigo 6º da CQCT intitulado Medidas fiscais de preços para reduzir a demanda por tabaco e suas diretrizes de implementação que recomendam que os países destinem receitas para financiar o controle do tabaco e outras atividades de promoção da saúde (16) (48).

O Ministério da Fazenda, por intermédio das Secretarias de Fazenda procurou alinhar a política de preços e impostos aos objetivos de saúde pública da Convenção-Quadro, sucessivamente os tributos incidentes sobre cigarros (Imposto sobre cigarros (Imposto sobre Produtos Industrializados) –IPI e PIS o que tem gerado um aumento dos preços desses produtos (16).

Em dezembro de 2011, a política nacional de preços e impostos obteve um importante avanço com a sanção da Lei 12.546, que altera a sistemática de tributação do IPI e institui uma política preços mínimos para os cigarros. Em 29 de janeiro de 2016, o Art.7º do Decreto nº 8.656 alterou os artigos 5º e 7º do Decreto 7.555 de maio de 2011, que regulamenta a Lei 12.546, definido nova alíquota para

os pacotes com 20 cigarros a partir de 1º de maio de 2016(63,3%), e novo aumento após 1º de dezembro de 2016 (66,7%).O decreto também elevou o preço mínimo do pacote com 20 cigarros para R\$ 5,00 após 1º de maio de 2016 (5).

A Lei 12.546, de 14 de dezembro de 2011, proíbe fumar em recintos coletivos fechados, privados ou públicos, de todo o país. Esta lei representa um importante avanço na política nacional de controle do tabagismo, garantindo proteção à população brasileira contra os danos à saúde decorrentes da exposição à fumaça ambiental do tabaco, em especial aos trabalhadores de restaurantes, boates e outros estabelecimentos comerciais, os quais eram submetidos às mais de 4.770 substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro durante toda jornada de trabalho. Também veta a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. Entenda-se como recinto fechado aqueles de usos coletivo ou acessível ao público em geral que seja total ou parcialmente fechado por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, mesmo que de maneira provisória. Desta forma, está proibido o funcionamento de fumódromo. Fica vedada a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou qualquer outro produto fumígeno derivado ou não do tabaco. É permitido apenas a exposição dos produtos nos locais de venda em mostruários ou expositores afixados na parte interna do estabelecimento. Frases, imagens sanitárias devem ocupar 20% das embalagens (p.1) (5).

2.6 EXPOSIÇÃO TABAGÍSTICA AMBIENTAL E OS TRABALHADORES DE RECINTOS COLETIVOS FECHADOS

A poluição do meio ambiente é um problema de grande magnitude e é provocada pela ação humana, na utilização de recursos naturais existentes na natureza. Ela ocorre pela contaminação da água, do solo e do ar por diversos mecanismos tóxicos. Dentre os tipos de contaminação do ar se pode mencionar a poluição tabagística ambiental- PTA (50).

A poluição tabagista ambiental ocorre pela liberação da fumaça durante a queima de tabaco existente no cigarro ou outros produtos fumígenos, consiste em uma mistura de gases e partículas em ambientes fechados, sendo considerada um dos relevantes problemas de saúde pública (49). O processo de inalação da fumaça dispersa no ar proveniente do tabaco, é denominado tabagismo passivo, onde indivíduos não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados respiram as mesmas substâncias tóxicas que o fumante inala, este é o principal agente poluidor de ambientes fechados (9).

Durante a prática tabágica são expelidas fumaças tóxicas, as quais são classificadas em dois tipos, a fumaça derivada da corrente primária que é fumaça inalada e liberada pelo fumante, equivalendo de 1 a 25% da fumaça produzida e a corrente secundária que corresponde a queima do tabaco durante o seu consumo, esta é responsável por 75%, ambas são nocivas ao ser humano e possuem efeito letal dependendo do tempo de exposição (51).

Em termos de composição, a fumaça ambiental do tabaco contém praticamente a mesma composição da fumaça tragada pelo fumante: cerca de 4000 compostos, dos quais mais de 200 são tóxicos e cerca de 40 são cancerígenos. A fumaça que sai da ponta acesa do cigarro por não ser filtrada apresenta maiores índices de nicotina, carbono e outras substâncias cancerígenas e por isso maiores riscos à saúde humana (8).

Os efeitos à poluição tabagística ambiental (PTA) podem ser agudos e crônicos, atingindo pessoas de diversas faixas etárias; nas crianças podem ocorrer a redução do crescimento e da função pulmonar e em adultos se constata um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto do coração em não-fumantes expostos ao tabagismo passivo (51),(52). O fato é que ainda em circunstâncias de menos exposição à fumaça do tabaco, podem ocorrer os riscos de doenças respiratórias e desenvolvem efeitos imediatos irritação dos olhos e nariz, dor de cabeça, dor de garganta e tosse, fato que comprovam os malefícios do produto ²⁹.

Conforme assinala Rosemberg (8):

a fumaça que se evola da ponta do cigarro fumengante, chamada de "corrente secundária", comparada com a inspirada pelo tabagista nas tragadas, contém 5 vezes mais nicotina e alcatrão, 4 vezes mais benzopireno e 46 vezes mais amônia, assim como concentrações maiores de diversas e outras substancias, entre elas as nitrodsaminas, que são cancerígenas. A fumaça expelida pelo fumante na atmosfera após a tragada contém um sétimo da quantidade de substancias voláteis e particuladas e menos da metade de monóxido de carbono do teor original do fumodo tabaco. Se o fumante não é tragador, na fumaça expelida por ele, em comparação com a concentração original, há menos da metade dos compostos voláteis, quatro quintos de material particulado e quase todo o monóxido de carbono (p.214).

A fumaça do tabaco ambiental, provoca doenças em não fumantes, já que contém todos os componentes tóxicos do tabaco, estas em quantidades diferentes; sua exposição depende principalmente da intensidade de tabagismo, o grau e ventilação e as características do lugar que se fuma. A também chamada fumaça

de segunda mão tem especial importância nas crianças de pais fumantes e nos locais de trabalho (52), (53).

Halty acrescenta que (54):

A definição de usuários de cigarros, fumante regular é o consumidor de, no mínimo um cigarro diário por período não inferior a seis meses; fumante ocasional o que fuma menos que um cigarro por dia ou esporadicamente, por período não inferior a seis meses; ex-fumante a pessoa que abandonou o cigarro há pelo menos seis meses (p.78).

Fora deste conceito temos o fumante passivo, que corresponde às pessoas que ainda não optam por fumarem, o fazem de forma indireta.

Sabe-se que os produtos de tabaco são feitos inteiramente ou parte de tabaco em folha como matéria prima que se destinam a ser fumados, sugados, mastigados ou apagados, todos contem a nicotina, ingrediente altamente aditivo e que possuem efeito psicotrópico (55); todos esses produtos são altamente maléficos a saúde das pessoas.

Dentre essas diversas maneiras de uso do tabaco, o que expele fumaça, possui um fator de risco para as pessoas que utilizam o mesmo espaço físico. Neste caso, se pode assinalar, os trabalhadores de restaurantes, e apresentamos uma preocupação devido a vulnerabilidade desse segmento social, sobre o qual dedicamos uma atenção neste estudo.

Rosemberg afirma que (8):

os adultos abstêmios que trabalham em ambiente onde se fuma acabam por “fumar” involuntariamente até um sexto ou mais da quantidade total de fumo dos cigarros consumidos pelos vizinhos. Uma pessoa não-tabagista pode, em condições excepcionais, inalar em uma hora tanto fumo quanto em média um fumante inala ao fumar um cigarro; desse modo, se a exposição for de 10 horas diárias contínuas, aquela sofrerá o mesmo risco de doença quanto um fumante de 10 cigarros diários(p.221).

Assim, esses trabalhadores que exercem suas funções em bares, restaurantes e similares se expõem à fumaça do tabaco, o que corresponde a terem fumado de 4-10 cigarros por dia. Estão expostos a níveis mais elevados, cerca de 300 a 600% vezes mais que qualquer outro grupo de trabalhador. Com isso, têm 25-30 % mais possibilidade de desenvolver doenças cardíacas e 20-30 % mais chances de ter câncer de pulmão. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) estima que, por ano, cerca de 200.000 trabalhadores morram por causa da exposição à fumaça tabagística no ambiente de trabalho (31).

Os não fumantes ficam, pois, expostos à poluição do tabaco, sofrendo com isso, efeitos desagradáveis e prejudiciais à saúde. A intensidade dessa exposição sofre variações circunstanciais. Com muita frequência as concentrações de monóxido de carbono na atmosfera dos ambientes onde se consomem cigarros atingem níveis acima do padrão de qualidade do ar ambiental (9 ppm). Assim é que, em ambientes pouco ventilados, havendo fumantes, com facilidade, o monóxido de carbono alcança níveis que excedem os permitidos(8).

O aumento de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho ocorridos no país, fizeram com que as autoridades sanitárias e políticas implementassem na legislação, normas jurídicas de proteção às vítimas e seus dependentes. Com isso, passaram a ocorrer a responsabilização de contratantes pelos danos decorrentes dos acidentes de trabalho a partir da reparação acidentária e a necessidade de reparação dos danos causados nos trabalhadores pela condição de riscos no trabalho (2).

Na seara jurídica e na legislação brasileira, assunto que trata dos danos à saúde causados pelo tabagismo, e a sua reparação; pode ser contemplado na Constituição Federal, no Código Civil, na Lei da Política Nacional do Meio Ambiente, na Lei de Previdência Social e na Lei 12.546/11 (56),(2),(57),(5).

A Constituição Federal de 1988, reserva o direito em seu artigo 7º o qual refere-se ao "seguro contra acidentes de trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando incorrer em dolo ou culpa" (41).

Na resolução das questões pontuais é preciso valer-se do Código Civil, especialmente nos artigos 186, 927, 948 e 949, entre outros(2). Os pressupostos clássicos da responsabilidade civil por ato ilícito são: dano reparável, Ação ou omissão do agente, culpa do agente, relação de causalidade entre o ato ilícito e o dano (42).

Neste estudo, serão elencados alguns desses dispositivos legais. Conforme estabelece o artigo 927 do Novo Código Civil: a obrigação de reparar o dano, quando a atividade desenvolvida implicar, por sua natureza, danos e riscos para os direitos de outras pessoas, inclusive de trabalhadores (2).

Assim, o Novo Código Civil de 2002 introduz uma novidade no ordenamento jurídico, que adota a teoria do risco-probabilidade; tal medida pode ser aplicada no caso do trabalho em ambientes fechados onde se aspira a fumaça do cigarro, situação em que o risco de surgimento de doenças nos trabalhadores sofre a

interpretação da lei. O trabalhador passa a valer-se do direito de ser indenizado, mediante a comprovação de que a doença foi adquirida mediante a realização de uma atividade de risco (2),(58). Se tem conhecimento a respeito da obrigação do empregador de disponibilizar ambiente seguro aos trabalhadores; com a determinação legal em questão, a exposição do trabalhador aos perigos das substâncias tóxicas do cigarro, passa a ser considerado um risco acentuado e ocorre a necessidade de amparo legal e reparação do dano causado ao indivíduo(3).

Os trabalhadores de restaurantes em situações de adoecimento, também podem ser amparados pelo artigo 186, do Código Civil, neste caso, o acometimento da doença ocupacional pode ser caracterizado como um prejuízo decorrente da execução de um trabalho nocivo à sua saúde e neste caso, ao ação do empregador passa a ser interpretada como causa de dano a outrem é obrigado a reparar os prejuízos decorrentes (2) (58).

Uma outra novidade no campo jurídico é o Nexo Técnico Epidemiológico, um instrumento jurídico que visa proteger o trabalhador em caso de doença provocadas no ambiente de trabalho (59). A Perícia Médica faz o reconhecimento da correlação da doença com a atividade desenvolvida pelo trabalhador.

Como se observa do exposto, a alteração legal trouxe mudanças no campo do direito previdenciário e trabalhista; com constatação da doença alegada mediante o nexo técnico epidemiológico e a atividade da empresa quando devidamente elencada na Classificação Internacional de Doenças(60) e do Regulamento da Previdência Social em seu Decreto nº 3.048/99 (61) pode se declarar a ocorrência do Acidente de Trabalho mesmo sem a emissão da CAT-Comunicação de Acidente de Trabalho, quando houver nexo técnico epidemiológico conforme art.21 da lei 8.213/91”(3).

CAPÍTULO 3. CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE DO FUMANTE

Neste capítulo faremos uma abordagem sobre o processo de inclusão *versus* inclusão que envolvem os indivíduos, na tentativa de descrevermos alguns arranjos sociais, que diante do uso do tabaco, se estabelecem ou se desarticulam. Para tanto, trataremos inicialmente do indivíduo e suas relações sociais, no intuito de compreender alguns aspectos relacionados à sua identidade.

De acordo com Hall (62), a identidade dos indivíduos é compreendida de forma diferente por estudiosos do assunto; alguns defendem a teoria da identidade que acompanha o indivíduo do nascimento até a sua fase adulta imutável às relações sociais, enquanto outros partilham a ideia de que a identidade que se constrói ao longo dos anos, incorpora as múltiplas e complexas visões de mundo a depender do meio social no qual encontram-se inseridos. Neste último caso, a identidade não é inata e deriva de uma construção social circunscrita nas relações social entre os indivíduos (62).

Para Faria e Souza, os indivíduos assumem algumas identidades e se confrontam com outras (63); tal processo é constituído mediante inúmeras e mutáveis identificações, impulsionando suas ações em diversas direções (64); assim, se pode evidenciar a correlação existente entre processo identitário e a formação de grupos, fato que repercute diretamente ou indiretamente na forma de ser, agir e viver dos indivíduos.

Segundo Dubar (65), a identidade é construída a partir da socialização. Com isso, os comportamentos dos indivíduos são observados e analisados pelos componentes dos grupos e sistemas dos quais fazem parte. Nesse processo social e dinâmico, que envolve as vivências sociais, ocorrem interseção de saberes, conhecimentos, concepções e aptidões que resultam nas múltiplas significações e sentidos acerca da vida e do mundo (65).

O sentido de pertencimento a um determinado grupo tem a ver com as características individuais e a história de vida dos seus componentes. É fruto de aspectos historicamente constituídos no decurso do tempo e se materializam com a formação dos nichos sociais, onde o critério de inclusão ou exclusão são estabelecidos e se formam a depender das semelhanças ou diferenças

evidenciadas. Assim, neste processo dinâmico e mutável, um indivíduo ao ser aceito em um grupo, pode não o ser em outro; do mesmo modo que ainda que pertença a vários grupos, há sempre uma aproximação com um outro que lhe seja mais satisfatório (66).

Os universos sociais se modificam ao longo da história, as ações dos indivíduos são fatores determinantes neste processo e delineiam as organizações sociais que vão se estabelecendo. Novas percepções acerca da vida e dos indivíduos vão surgindo e passam a ser definidores da realidade. Essa transformação se dá pela complexidade inerente ao ser humano, por sua capacidade de alterar os seus movimentos e ao mesmo tempo o curso de sua história (67).

Identificar as diversidades de um ser humano e ao mesmo tempo, as suas singularidades requer sobretudo, a compreensão acerca de sua visão de mundo. As pessoas apresentam variações em seus comportamentos, segundo as circunstâncias, com isso novos costumes passam a existir determinando, novas identidades e afinidades grupais (68).

Se aplicamos essas reflexões e conceitos sobre identidades e processos de construção de grupos sociais, processo de aceitabilidade ou exclusão nos grupos sociais, os arranjos sociais que se estabelecem ou se desarticulam pela prática tabágica podem ser melhor compreendidos(65),(67).

Tal afirmação se dá pelo fato dos fumantes, em alguns casos, desenvolverem em determinados indivíduos a vontade de fumar e em outros, a necessidade de distanciamento. O isolamento e exclusão social, que surgem como consequência da prática tabágica, é prova dessa afirmação, bem como os grupos que se estabelecem pela identificação dos indivíduos e o acolhimento que ocorre entre si pela decisão de usarem o tabaco (68), (69).

Os programas de cessação de tabaco, disponibilizados pela sociedade e pelas autoridades sanitárias, também podem repercutir no estabelecimento de grupos sociais. Este é um fator antagônico e complexo, pois de um lado, estudos mostram esses programas como causadores de “ilhas fumantes”, reforçam ao invés de desencorajar, o fumo (69). Tais “ilhas fumantes” podem ocorrer e se intensificar como uma resposta negativa às mediações das autoridades sanitárias do Brasil e de várias partes do mundo. Por outro lado, os grupos terapêuticos e de ajuda mútua

podem estabelecer laços entre os indivíduos, pelo desejo de cessação do uso do tabaco.

Os grupos sociais vão se constituindo a depender da necessidade de pertencimento a um determinado segmento social. Isso ocorre, inclusive nos casos de pessoas não fumantes que iniciam a prática tabágica, para acompanhar um amigo durante uma reunião de negócios ou uma reunião social com motivo de entretenimento. Tal fato comprova que o contexto social fornece os mais variados modos e alternativas de identidades e a singularidade dos indivíduos está diretamente relacionada ao estímulos e sensações advindas de suas relações com outros seres.

3.1 A CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE, ESTIGMATIZAÇÃO E A DISCRIMINAÇÃO EM FUMANTES.

Consideraremos alguns fatores decorrentes do uso do tabaco, no intuito de compreendermos e descrevermos situações que fazem parte da vida de fumantes; com o cuidado de conduzir tais observações, de modo a preservar a integridade desses indivíduos, a partir da compreensão de seu corpo, suas vulnerabilidade e fragilidades com o entendimento do tabagismo enquanto uma dependência química, cujos prejuízos ocorrem no aspecto físico, psicológico e social.

Sentimentos de isolamento e vergonha; passam a existir como elementos produzidos nos fumantes em situações que a orientação para pararem de fumar não são prontamente atendidas conforme estabelecidos por instituições governamentais (69), nesse caso sugere-se oferecer apoio.

Segundo Goffman(70):

o negativamente estigmatizado, é encarado como pessoa que está inabilitada para a aceitação social plena; um individuo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana, e sob o qual lhe foi lançado um traço que pode afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de outros atributos seus (p.12).

Um estudo que trata da visão de algumas pessoas não-fumantes em relação ao aspecto estético dos fumantes, descreveu o fumante como uma pessoa de aparência negativa (dedos amarelos manchados, pele cinzenta, seca e enrugada, dentes castanhos) tais definições podem apresentar-se como um marcado negativo;

que impulsiona uma forma de distinção nociva a relação social em que os fumantes estão inseridos. Este sendo de sujeira e/ou poluição estão incorporados, por assim dizer, a uma noção de decadência social (64).

De acordo com Goffman e outros estudos científicos; as substâncias químicas presentes no cigarro produzem alterações no corpo dos fumantes, ocasionando mudanças na sua aparência física; tal fenômeno em alguns casos, se torna um elemento estigmatizante, desencadeador de prejuízos que devem ser evitados (70) (64).

Os contatos entre as pessoas geram uma determinada situação social, a mediatização que se dá através dos contatos individuais e grupais evidenciam e produzem uma condição social; a esse processo, Goffman(71) denomina “mundo dos encontros”, tais relações entre as pessoas, sejam essas ações verbais ou não verbais, são capazes de gerar uma avaliação de um comportamento de uma pessoa ou até mesmo uma condição social (71).

As situações parecem ganhar um novo sentido ou um contexto menos depreciativo, quando as condições das pessoas fumantes são analisadas sob um viés científico. A compreensão acerca dos efeitos do consumo do tabaco, conduzem ao entendimento sobre as complexas alterações no corpo e na aparência dos fumantes causadas pelas substâncias tóxicas do cigarro (72).

Assim, partir para o entendimento de alguns aspectos presentes no corpo dos fumantes, parece ser muito mais agregador no sentido solidário do que no sentido pejorativo como algo sujo ou poluidor. Nisto cabe ressaltar a definição clínica de fácies de tabagismo, dentre algumas se pode citar rugas proeminentes, proeminências dos contornos ósseos, pele atrófica e cinzenta e pele pletórica (73). Também se pode acrescentar queda de cabelo, dentes e pontas das unhas amareladas. Em algumas vezes, o indivíduo está sendo analisado, sem que perceba e sobre o qual se direciona alguma impressão de forma consciente ou inconsciente (74).

3.2. DISCRIMINAÇÃO POSITIVA E DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA: QUANDO A SUA APLICABILIDADE NA CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE DO FUMANTE SIGNIFICA EXCLUSÃO OU IGUALDADE DE OPORTUNIDADES.

A necessidade de compreensão de um fenômeno social requer que todas as dimensões envolvidas sejam levadas em consideração (74). A medida em que um determinado fenômeno social passa a significar um hiato entre os indivíduos, se torna necessário compreendê-lo dentro de um contexto social o processo social, visando possibilidades de transformação social, no intuito de evitar um alargamento do processo de exclusão social (75).

A prática do tabagismo se reveste de um problema ético que envolve diversos setores da sociedade, consumidores diretos e indiretos, mercado e o Estado. Para a garantia da relação harmônica entre os mencionados segmentos, o Estado faz uso de seu poder normatizador e regulador com o estabelecimento de legislação direcionada ao consumo do produto. Entretanto, nem todos os indivíduos seguem a legislação e acabam fumando em ambientes coletivos fechados, cuja ação é proibida pela Lei 12.546/11 (5). Tal fato pode se caracterizar como uma situação incômoda àquelas pessoas que não adotam para si tal conduta fazendo surgir problema de convivência humana, que acaba por se desvelar como uma ruptura de laços sociais nas várias instâncias do meio social (76); nestas circunstâncias, o fumante pode ser visto por algumas pessoas como um consumidor de um produto prejudicial e além disso um transgressor da lei.

Há que ressaltar que o objetivo das medidas restritivas não é punir os fumantes, mas fazê-los compreender que a prática do fumo em locais inadequados representa nocividade para pessoas não fumantes; e que diante deste fato, a liberdade dos indivíduos tem uma limitação e não deve significar em prejuízos para outras pessoas (8), por tal motivo se espera que no uso de sua liberdade constitucional garantida pela Carta Magna, o fumante faça uso de lugares determinados para a prática do fumo.

Por outro lado, se espera que os não fumantes, diante de situações em que a convivência social esteja prejudicada pelo uso do tabaco em condições que fujam às normativas legais, não desfira sob o fumante ações de agravo e desrespeito à sua

imagem e à sua integridade e evite tratamento degradante à sua integridade humana, como a discriminação e a exclusão social.

Sob este ponto de vista se pretende assegurar direitos ao fumante sob uma perspectiva enquanto indivíduos que fazem parte de uma sociedade e que dela não devem ser excluídos. Situá-los numa perspectiva de direitos de cidadania, parece evidenciar que embora o uso do tabaco não seja recomendável, a pessoa que o consome é um indivíduo dotado de capacidades, fragilidades, e deve ter os seus direitos de proteção e cuidados igualmente assegurados pela Constituição brasileira.

3.3 DISCRIMINAÇÃO NEGATIVA E DISCRIMINAÇÃO POSITIVA

Em que pese à diversidade da forma de definir e abordar a discriminação, existe nelas o traço recorrente: o entendimento da exclusão social, como um conjunto de vulnerabilidades (75). A discriminação tem significado muito específico e sua complexidade depende de em grande parte da existência de justiça, igualdade e cidadania em determinados grupos e situações (77).

A afirmação conduz ao entendimento de que embora as medidas governamentais e o exercício do controle social em vários países do mundo alcançaram a diminuição do uso do cigarro, o impacto das políticas sanitárias de cessação do fumo na vida das pessoas fumantes é algo que necessita atender a determinados problemas éticos, psicológicos e sociais. No que tange à exclusão e à estigmatização, esta última é uma força poderosa e não reconhecida, cujas consequências são amplas e nocivas ao indivíduo e à sociedade (78).

A discussão acerca da Discriminação Negativa e Discriminação Positiva e sua aplicabilidade no Brasil, é um assunto polêmico que divide opinião de professores, estudantes, legisladores, advogados, professores e outras pessoas interessadas no assunto. Inicialmente, precisaremos compreender tais definições e contextualizá-los no contexto social brasileiro. Nesta pesquisa, abordaremos a questão do tabagismo na perspectiva acolhida por pensadores que consideram a discriminação positiva como instrumento de direitos e garantias, através da qual se tem a intenção de subsidiar uma condição de igualdade. Para tanto, buscamos na literatura, a concepção de juristas, sociólogos e bioeticistas que se reportem ao tema.

3.3.1 Discriminação negativa

A discriminação negativa é impressa nos fumantes e produz nestes, um atributo que não resultou de suas próprias ações ou escolhas, lhe foi meramente estipulado, sob a forma de estigma. Trata-se de uma espécie de alteridade, constituída em favor da exclusão (79). Na afirmação de Castel, a expressão discriminação negativa, não se trata de pleonasmos, por que ao contrário a esse termo, existe um mecanismo de fazer mais formas de discriminação positivas que consistem em fazer mais por aqueles que têm menos (79).

A dialética inclusão/exclusão gesta subjetividades específicas que vão desde o sentir-se incluído até o sentir-se discriminado. Essas subjetividades não podem ser explicadas unicamente pela determinação econômica, elas determinam e são determinadas por formas diferentes de legitimação social e individual, e manifestam-se no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência (66).

Os grupos sociais tornam-se mais eficazes quando atuam com um foco preciso, definindo grupos específicos e mais suscetíveis e mais suscetíveis aos processos de exclusão social (70). Os espaços sociais em que os não fumantes têm encontrado na sociedade tem sido cada vez mais amplo e dotado de discussões científicas em torno dos males causados pelos produtos derivados de tabaco, porém convém afirmar que a discussão do referido tema não tem sido de alcance aos problemas de cunho social que perpassam a dificuldade vivenciada por pessoas para cessarem o uso do tabaco e a forma como são percebidos e tratados. Esta realidade pode dar uma visibilidade ao tabaco não proporcional à necessidade de cuidado e atenção ao fumante que lhes sejam necessários tanto na teoria quanto na prática.

Santos explica que a discriminação consiste em uma barreira para a liberdade e o desenvolvimento dos indivíduos; em contrapartida, a discriminação positiva é uma ferramenta jurídica que visa propiciar igualdade e justiça e especial atenção nos casos de preconceitos; com isso se pretende alcançar o equilíbrio e a pacificação social para segmentos populacionais que dela necessitem e por tal motivo, torna-se importante que o Estado amplie a utilização da discriminação em

várias situações apresentadas pelas classes sociais. Santos ainda argumenta que (80):

Atualmente no Brasil, alguns grupos sociais são contemplados com esse tipo de acolhimento jurídico e de cunho social, dentre os quais se pode citar as de maior conhecimento no meio social, as mulheres no artigo 7º da Constituição Federal, Lei de atenção aos idosos_ 10.471/03 e lei de atenção aos portadores de deficiência, lei racial. Incumbe-se ao Estado, esforçar-se para favorecer a criação de condições que permitam a todos se beneficiarem da igualdade de oportunidades e eliminar qualquer fonte de discriminação direta ou indireta. A isso se dá o nome de ação afirmativa ou ação positiva, compreendida como comportamento ativo do Estado, em contraposição a atitude negativa, passiva, limitada (p.1).

CAPÍTULO 4. BIOÉTICA E TABAGISMO

Em tempos que temas como medicina genômica, reprodução humana, transplantes de órgãos e outros avanços biomédicos eram o centro das atenções de pesquisadores e das pessoas ávidas pelo alcance desses avanços biotecnológicos, a bioética passa a ser utilizada como referencial normativo na conduta de profissionais da saúde. Paralelo a esses acontecimentos, a formulação de diretrizes éticas para pesquisa com seres humanos era discutida nos Estados Unidos e devido a abusos médicos ocorridos neste terreno, o governo americano criou a National Commission for the protection of Human's subjects of Biomedical and Behavioral Research (81).

Depois de quatro anos, a comissão tornou público o célebre Relatório Belmont, que propunha três princípios norteadores para qualquer pesquisa com seres humanos: autonomia (respeito ao consentimento informado), beneficência (atenção aos riscos e benefícios) e justiça (equidade na distribuição dos recursos). Os princípios pretendiam ajudar cientistas, sujeitos de experimentação, avaliadores e cidadãos interessados em compreender os conceitos éticos básicos inerentes à pesquisa com seres humanos (81).

Como afirma Junges, o Relatório de Belmont propunha o estabelecimento de parâmetros éticos na área da saúde, especialmente no que se referia a experimentação com seres humanos. Tal documento não abarcava a prática clínica e assistencial. Em 1979, a obra publicada por Beauchamp e Childress incluiu o princípio da não-maleficência aos princípios da autonomia, beneficência e justiça e incluíram nos seus pressupostos à prática clínica e assistencial aos assuntos relacionados à moral e à ética (78).

No Brasil, durante duas décadas a reflexão bioética brasileira permaneceu limitada à ética dos princípios defendidas por estes autores estadunidenses; o reducionismo da bioética à ética médica se fazia evidente por sua utilização enquanto códigos deontológicos, destinado a regular falhas, arbitrar sobre conflitos éticos, minimizar os danos das pesquisas. Esta situação revelou-se incômoda para bioeticistas brasileiros, os quais tinham forte ligação com os movimentos sociais no país. Assim, a inquietude e insatisfação com o principialismo resultou na criação da Sociedade Brasileira de Bioética que deram surgimento a seis escolas do pensamento bioético

brasileiro: Bioética de reflexão autônoma, Bioética de Proteção, Bioética de Intervenção, Bioética de Teologia e Libertação, Bioética Feminista e Bioética ambiental(78). No conjunto das ideias dos bioeticistas brasileiros como Schramm, Garrafa (82) (83) entre outros precursores da bioética no Brasil bem como na DUBDH, o enfoque na vulnerabilidade do indivíduo e do meio ambiente esteve presente, no intuito de se obter a superação da condição de fragilidade por diversos aspectos quais sejam sexo, raça, etnia exclusão social, desamparo espiritual e existencial (1).

Conforme assinala Garrafa(84):

No ano de 2005, foi especial para a Bioética.A aprovação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, durante a 33ª Conferência Geral da Unesco, celebrada em 19 de outubro de 2005 em Paris, significou, na prática concreta, seu atestado de reconhecimento e maturidade.A UNESCO dispensou mais de dois anos de discussões até alcançar um documento final satisfatório. A homologação da Declaração se deu por aclamação, o que significa ter sido referendado unânime pelos 191 países integrantes das Nações Unidas. O percurso de sua construção, no entanto, foi longo e penoso, passado por diversas versões preliminares coordenadas pelo International Bioethics Committee (IBC) da Organização em desenvolvimento.Até outubro de 2004, o encaminhamento dado ao tema reduzia a bioética a questões específicas relacionadas aos campos biomédicos e biotecnológico, de acordo com os interesses dos países desenvolvidos que durante os debates tentaram evitar a ampliação de sua pauta. Desde o início do processo de construção da Declaração, os países da América Latina, especialmente o Brasil, manifestaram seu veemente desacordo com o rumo que o texto estava tomando (p.9)

Neste sentido, a defesa por um tratamento igualitário para as populações de diversos países do mundo, por parte de bioeticistas, especialmente da América Latina, foram decisivos para a criação e homologação deste documento; em que questões sociais passaram a dar um novo sentido à bioética com um olhar crítico e voltado às populações e classes mais vulneráveis do mundo(1).

A Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos(1) é constituída dos seguintes artigos: Dignidade Humana e Direitos Humanos, Benefício e Dano, Autonomia e Responsabilidade Individual, Consentimento, Indivíduos sem a capacidade para consentir, Respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, Privacidade e Confidencialidade, Igualdade, justiça e equidade, Não-discriminação e não-estigmatização, Respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo, solidariedade e cooperação, Responsabilidade social e saúde, Compartilhamento de benefícios, Proteção das gerações futuras, Proteção do Meio ambiente, da biosfera e da Biodiversidade (1).

Os dois princípios contidos na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos- DUBDH selecionados para esse estudo: o respeito pela vulnerabilidade e pela integridade individual (art.8) e princípio da não-discriminação e não-discriminação (art.11) serão utilizados conjuntamente e neste caso esses temas estarão direcionados às situações que envolvem o uso do tabaco, especialmente nas situações que envolvam o fumante (1).

4.1. RESPEITO PELA VULNERABILIDADE HUMANA E PELA INTEGRIDADE INDIVIDUAL.

Na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, em seu artigo 8º consta a orientação do “Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela integridade individual. A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e de tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidos e a integridade individual de cada um deve ser respeitada” (1).

Segundo Anjos(85):

o termo "vulnerabilidade" é derivado do latim (*vulnus* = ferida) e, referindo-se a pessoas, expressa de modo geral a possibilidade de alguém ser ferido. Em sua consistência, a vulnerabilidade pode ser entendida como condição humana persistente (enquanto somos limitados e mortais) e, como situação dada (limites e “feridas” se verificam concretamente). A vulnerabilidade pode se referir a toda a humanidade, a grupos sociais e a indivíduos, (p.181).

O conceito de vulnerabilidade aparece em documentos nacionais importantes, começando com o resgate americano de Belmont de 1978 e em documentos internacionais, como a terceira e mais completa versão das Diretrizes Internacionais de Ética para Pesquisa Biomédica Envolvendo Assuntos Humanos do Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas(86) e na versão mais recente da Declaração de Helsinqui, que faz referência específica à vulnerabilidade nos artigos 9 e 17(87).

Para Adorno(88):

a vulnerabilidade social sintetiza a ideia de uma maior exposição e sensibilidade de um indivíduo ou de um grupo aos problemas enfrentados na sociedade e requer uma nova maneira de olhar e entender os comportamentos de pessoas e grupos específicos⁸⁶. Esse raciocínio se

articula com as abordagens e interpretações que vão surgindo diante de fenômenos sociais observados (p.62).

A vulnerabilidade se torna real e se expande nas situações em que o uso do tabaco ocupa novos espaços e alcançam novos adeptos das mais variadas faixas etárias e em vários países do mundo. Mesmo a nível local, em que se discute neste estudo, o uso do tabaco e especificamente do cigarro, entre pessoas frequentadoras de restaurantes em uma região administrativa (asa norte) ainda que em uma diminuta população a vulnerabilidade está presente e alcança níveis extremos de prejuízos para os seus consumidores diretos ou indiretos, a saber, os fumantes ativos ou passivos. Tomando como ponto de reflexão a vulnerabilidade e as relações de poder com o qual se estabelecem a produção e comercialização do tabaco no Brasil, as evidências da concretude da dominação, se tornam possíveis dada os meios aos quais se estabelecem e os resultados que causam nas pessoas consumidoras diretas ou indiretas.

Kottow expõe que (89):

o ser humano é dotado de autonomia com todas as possibilidades e os perigos que representa. Os eminentes perigos e falíveis riscos de dor são conhecidos como os atributos antropológicos da vulnerabilidade, pela sua relação com as possibilidades de ser lesionado. O ser humano é vulnerável como todos os seres vivos, o que difere os dois grupos é justamente a possibilidade de construção de sua própria vida e de seu projeto existencial (p.340).

4.2. NÃO-DISCRIMINAÇÃO E NÃO-ESTIGMATIZAÇÃO

Na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, em seu artigo 11º consta a orientação do princípio da Não-Discriminação e Não-Estigmatização, onde se pode constar: “Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais” (1). Godoi e Garrafa, discutindo sobre o tema da discriminação, afirmam que (83):

O estigma só se produz ou se concretiza na medida em que é retirada do outro a sua dignidade, quando o outro é diminuído naquilo que o constitui como ser humano, quando é inferiorizado e considerado abaixo dos seres humanos (p.2).

CAPÍTULO 5.OBJETIVOS

5.1 GERAL

- Conhecer e descrever aspectos relacionados ao uso do tabaco por frequentadores de alguns restaurantes do bairro da Asa Norte, Brasília-DF e a correlação com dois artigos: a) 8º respeito pela vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; b) 11º Não Discriminação e Não Estigmatização, contidos na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos.

5.2 ESPECÍFICOS

- Verificar o cumprimento das orientações legais e normativas, no que se refere à fiscalização e cumprimento das leis sobre ambiente livre do tabaco;
- Analisar o problema do tabagismo com base no princípio da não discriminação e não-estigmatização e princípio da vulnerabilidade humana.

CAPÍTULO 6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDO - FOI REALIZADO UM ESTUDO DESCRITIVO DO TIPO QUALI-QUANTITATIVO.

Por meio de uma coleta de dados foi obtida utilizando o guia de perguntas sobre tabaco para pesquisas segundo o (GTSS) Global Tobacco Surveillance System, a metodologia utilizada ao tratar deste aspecto foi quantitativa e exploratória por se tratar de um questionário, que se reporta à prevalência do tabagismo, graus de dependência, cessação, exposição ambiental à fumaça do tabaco, exposição à propaganda, gasto mensal com cigarros, conhecimento e crença sobre tabagismo.

Os dados coletados e as análises realizadas conduziram a conclusões, com base nos artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos e cumpriram um papel norteador na pesquisa. Os estudos que adotam a metodologia qualitativa podem descrever um problema complexo, analisar a interação de variáveis, entender e classificar situações vivenciadas por uma população, contribuir na mudança de um grupo, compreender com mais exatidão as particularidades do comportamento humano (90).

A análise de dados foi realizada por meio da utilização de planilhas eletrônicas, frequências, proporções para análise descritiva e na comparação foram utilizadas análises de Qui-quadrado.

6.2 FONTE DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da coleta de dados junto à frequentadores de três restaurantes no período da noite, no bairro Asa Norte, em Brasília.

6.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados com a utilização de questionário (GTSS) Global Tobacco Surveillance System, e utilizadas perguntas formuladas pelo pesquisador baseadas em artigos da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos.

6.4 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra utilizada foi a técnica de conveniência, aplicada em sessenta pessoas, sendo trinta fumantes e trinta não fumantes.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados comparando-se a respostas emitidas pelos componentes dos dois grupos. Dessa forma, utilizamos como referência a DUBDH e seus artigos:

O artigo 8 que trata de vulnerabilidade de indivíduos e grupos, onde consta “Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos” (1).

O Artigo 11 que diz respeito ao princípio da não discriminação e não estigmatização, justifica-se pela necessidade em analisar a relação social dos indivíduos na sociedade tendo o fumo enquanto um eixo central de discussão. Indivíduos e grupos sociais podem sofrer ou provocar o distanciamento de pessoas devido à prática tabágica, o que em si significa um problema não somente social, mas também bioético.

6.6 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA REGIÃO ADMINISTRATIVA E TABAGISMO NO DISTRITO FEDERAL

Com uma população superior a dois milhões e novecentos mil habitantes, o Distrito Federal possui pessoas oriundas de vários estados da Federação (91), é constituído pelas regiões administrativas: Brasília, Taguatinga, Sobradinho, Gama, Brazlândia, Planaltina, Paranoá, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Guará, Cruzeiro, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Recanto das Emas, Lago Sul, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Lago Norte, Candangolândia, Águas Claras, Sudoeste/Octogonal, Varjão, Park Way, SCIA, Jardim Botânico, Itapoã, Setor de Indústrias e Abastecimento, Vicente Pires (92).

A população em estudo foi observada no Plano Piloto, em uma localidade denominada asa norte, bairro que possui uma população em torno de 102 mil pessoas, sendo 20% com idade entre 0 a 14 anos, 60 % com idade entre 15 a 59 anos e 20% com idade superior a 60 anos⁹⁰ e possui restaurantes que atendem aos públicos de várias faixas etárias no período diurno e noturno (92).

6.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e aprovado (Processo nº 61608816.1.0000.0030) (Anexo 11.1). Os participantes do estudo eram orientados sobre os objetivos da Pesquisa e aqueles que aceitavam fazer parte eram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 11.2) e passavam a responder o Questionário (Anexo 11.3).

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Nessa pesquisa foram entrevistadas 30 pessoas fumantes e 30 que referiram não possuírem essa dependência. Na Tabela são mostrados resultados em relação ao perfil demográfico, onde verificou-se sexo, grupo etário, escolaridade e renda. Em relação a variável sexo, a maioria dos participantes eram masculino, sendo que padrão similar se manteve quando se constatou que a maioria dos fumantes também eram os homens, correspondendo a cerca de três vezes mais em relação as mulheres fumantes, enquanto que a faixa etária de uma forma geral o predomínio manteve-se, nas faixas etárias entre 18 e 29 e 30 e 39 anos, correspondendo respectivamente a 23,3,% e 33.3% respectivamente.

Tabela 1 Características dos participantes do estudo segundo sexo, grupo etário, escolaridade e renda

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sexo					
Feminino	14	46,7	7	23,3	21
Masculino	16	53,3	23	76,7	39
Total	30	100,0	30	100,0	60
Grupo Etário					
18-29	7	23,3	16	53,3	23
30-39	10	33,3	9	30,0	19
40-49	7	23,3	11	36,6	11
50-59	3	10,0	1	3,3	4
60-69	3	10,0	0	0,0	3
Total	30	100,0	30	100,0	60
Escolaridade					
Fundamental	2	6,6	4	13,3	6
Médio	7	23,3	2	6,6	9
Superior completo	18	60,0	16	53,3	34
Superior incompleto	3	10,0	8	26,6	11
Total	30	30	60	100,0	60
Salário (Veze o salario mínimo)					
<1	6	20,0	11	36,6	
1-2	7	23,3	15	50,0	
2-3	2	6,6	4	13,3	
=>3	15	50,0	15	50,0	
Total	30	100	30	100,0	

Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria dos entrevistados possuía grau superior de ensino, seguida por ensino médio e por último o ensino superior incompleto; em relação a salário verificou-se que em ambos os grupos a maioria relatou receber mais de três salários mínimos.

Tabela 2 Nos últimos 30 dias, você viu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar em jornais/revistas?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	12	40,0	14	46,7	26
Não	18	60,0	16	53,3	34
Total	30	100,0	30	100,0	60

Em ambos os grupos, a resposta predominante foi a negativa a cerca da divulgação dos riscos do cigarro para a saúde humana, em que se obteve respostas em proporção similar, próximos a 60% (Tabela 2).

Na Tabela 3. São mostradas a percepção dos entrevistados em relação à advertências sanitárias em maços de cigarros, nos últimos 30 dias.

Tabela 3, Nos últimos 30 dias, você viu alguma advertência sanitária nos maços de cigarro?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	18	60,0	19	63,3	37
Não	8	26,7	11	36,7	19
Não viu nenhum maço de cigarro	4	13,3	0	0	4
Total	30	100,0	30	100,0%	60

Na Tabela, acima é mostrada a forma de como o fumante percebe as advertências em maços de cigarro sobre os males que o fumo provoca. Nas respostas entre os grupos não fumantes e fumantes, verifica-se que a percepção foram praticamente iguais em termos de opiniões afirmativas de que observaram veiculação sobre os males que o fumo pode causar.

Tabela 4 Pensando em parar de fumar por causa das advertências nos maços de cigarro. Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar?

	Fumante	%
Sim	5	16,6
Não	25	83,3
Total	30	100,0

Quanto a variável “pensando” em parar de fumar por causa das advertências verificou-se que entre os fumantes as respostas se igualaram em relatar que pensaram em parar de fumar por causa das advertências; verificou-se 83% referiram não considerar essa decisão por causa das advertências nas embalagens de cigarros.

Tabela 5 Há afixação de cartazes indicando a proibição da prática do fumo no local?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	25	83,3	23	76,7	48
Não	5	16,7	3	10,0	8
Não sabe	0	0	4	13,3	4
Total	30	100,0	30	100,0%	60

Em ambos os grupos do estudo também se observou que cerca de 80% perceberam sobre a afixação de cartazes com informações de proibição da prática do fumo no local.

Verifica-se que a maioria tanto de fumantes, quanto de não fumantes, perceberam cartazes indicando a proibição da prática de tabagismo em determinado local. O fato de ser percebido cartazes proibindo o uso do fumo, por si só, pode não trazer um efeito modificador, ou seja, que a partir da percepção de cartaz o fumante reduza o uso do fumo.

Tabela 6, Você já presenciou pessoas fumando em locais reservados no restaurante?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	14	46,7	14	46,7	28
Não	16	53,3	13	43,3	29
Não sabe	0	0	3	10,0	3
Total	30	100,0	30	100,0	60

Na tabela 6 são mostradas as respostas sobre “ se já presenciou” pessoas fumando em locais reservados no restaurante. Verifica-se que tanto nas respostas emitidas pelos não fumantes, quanto pelos fumantes foi respondido que já observaram pessoas fumando em locais no restaurante.

Tabela 7, Você considera o ato de fumar tabaco um direito de expressão do fumante que deve ser garantido por lei?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	13	43,3	20	66.7%	33
Não	17	56,7	8	26.7%	25
Não sabe	0	0	2	6.7%	2
Total	30	100,0	30	100.0%	60

Tabela 8, Você considera o fumo uma ameaça ao direito à saúde do não fumante?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	25	83,3	17	56,7	42
Não	5	16,7	11	36,7	16
Não sabe	0	0	2	6,7	2
Total	30	100,0	30	100.0	60

No tocante ao reconhecimento do fumo como uma ameaça ao direito à saúde do não fumante, 83,3% dos não fumantes mostraram estar de acordo, e 56,7% dos fumantes também estiveram de acordo.

Tabela 9, Você já foi distanciado do convívio de amigos por fumar cigarro?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	13	43,3	13	43,3	26
Não	15	50,0	15	50,0	30
Não sabe	2	6,7	2	6,7	4
Total	30	100,0	30	100,0	60

Embora a maioria dos fumantes afirmasse que não sofreu distanciamento do convívio dos amigos, há que se salientar que por uma questão de educação e em

respeito às normas do bom convívio social, o não fumante possa evitar a exclusão social e a prática da discriminação.

Tabela 10 Você já foi convidado a retirar-se de algum estabelecimento: restaurantes, bares, estádios por ser fumante?

	Fumante	%	Total
Sim	18	60.0	18
Não	11	36.7	11
Não sabe	1	3.3	1
Total	30	100.0	30

Verifica-se que na Tabela acima que a maioria dos fumantes relatou que já teve problemas.

Tabela 11, Você concorda com a lei de proibição do uso do cigarro em locais fechados?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	28	93,3	27	90,0	55
Não	2	6,7	3	10,0	5
Total	30	100,0	30	100,0	60

Na Tabela 11 é mostrada a posição pessoal sobre a lei de proibição do uso do cigarro em locais fechados quando perguntou-se a ambos os grupos, obtendo-se um percentual de concordância acima de 90%, ou seja, de que em locais fechados deve ser proibido de fumar.

Tabela 12, Você acha que o governo brasileiro diminui o tabagismo ao proibir que as pessoas fumem em locais fechados?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	18	60,0	17	56,7	53
Não	12	40,0	13	43,3	37
Total	30	100,0	30	100,0	60

Tabela 13, Você acha que o governo brasileiro fiscaliza e controla o uso do cigarro?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	5	16,7	9	30,0	14
Não	25	83,3	21	70,0	46
Total	30	100,0	30	100,0	60

Na Tabela 13 é mostrada a distribuição de respostas entre o grupo não fumante e os fumantes, no que tange se o governo brasileiro com o apoio do Sistema Único de Saúde e por meio dos municípios, fiscaliza e controla o uso do cigarro. Verifica-se que os não fumantes responderam, 16,7% que o governo fiscaliza e controla, enquanto que entre os fumantes a proporção foi de 30,0%.

Tabela 14, Você acha que as indústrias de cigarro no Brasil influenciam o consumo deste produto?

	Não fumante	%	Fumantes	%	Total
Sim	16	53,3	14	46,7	30
Não	14	46,7	16	53,3	30
Total	30	30	30	100,0	60

Na Tabela 14 foi perguntado sobre se as indústrias influenciam o consumo de cigarros. Nesse quesito, verificou-se que os não fumantes referiram em maior proporção que a indústria possui influência no consumo de cigarros, enquanto que entre os fumantes a proporção foi menor; talvez por inconscientemente quererem negar, pois isso, poderia se traduzir como uma fraqueza e que o fumante estaria se deixando levar por propagandas de empresas.

Tabela 15, Número de produtos fumados por dia. Em média, quantos dos seguintes produtos, você atualmente fuma por dia?

Cigarros	n	%	Total
1-4	12	40,0	12
5-9	6	20,0	6
10-14	7	23,3	7
15-19	1	3,3	1
>=20	4	13,3	4
Total	30	100,0	30

Na Tabela 15, verifica-se que entre os fumantes, 60% referiu fumar entre 1 a 10 cigarros por dia, enquanto 13% usam mais de 20 cigarros por dia.

Tabela 16 Você considera que o uso do fumo prejudica o meio ambiente?

	Não fumante	%	Fumante	%	Total
Sim	23	76,6	24	80,0	47
Não	7	23,3	6	20,0	13
Total	30	100,0	30	100.0%	60

CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO

Os objetivos do estudo tiveram como referência o art. 8 da DUBDH(1) que trata do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual onde consta "nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade da pessoa humana, aos direitos humanos e o art.11 que trata sobre "Não-discriminação e Não Estigmatização" e o cumprimento da Lei 12.546/11(5) que se refere ao ambiente livre do tabaco. Objetivamente buscou-se conhecer aspectos relacionados ao uso do tabaco por frequentadores de alguns restaurantes no bairro asa norte em Brasília e especialmente verificar acerca da existência ou não da discriminação e a condição de vulnerabilidade humana na vida de fumantes e não fumantes, frequentadores de restaurantes.

Dessa forma, visando responder aos objetivos da pesquisa, será apresentada a discussão acerca do consumo do tabaco em alguns restaurantes, situados na Asa Norte em Brasília. O recorte do estudo compreendeu os seguintes assuntos: perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa, frequência do uso, a percepção que se tem acerca dos malefícios do cigarro através das imagens de advertências que constam nas embalagens dos cigarros, direito de expressão dos fumantes, o tabaco como uma ameaça à saúde do não fumante; o uso do tabaco e discriminação social e a estigmatização social; afixação de cartazes indicando a proibição da prática do fumo, presença de pessoas fumando em locais reservados no restaurante, informação sobre os riscos de fumar em jornais/revistas, o controle, fiscalização e proibição do uso do tabaco por parte do governo brasileiro e a ação da indústria de tabaco e prática do fumo e prejuízo ao meio ambiente.

Conforme verificado na Tabela 1, a maior parte dos entrevistados era do sexo masculino correspondendo a 53,3%, enquanto que as mulheres corresponderam a 46,7% da amostra. Em relação à magnitude de fumantes, também os homens aparecem com maioria e corresponderam a 76,7%, contra 23,3% das mulheres. Os homens tendem a mostrar sua masculinidade, entre outros fatores, por meio do uso do tabaco⁹¹. Dessa forma, os resultados encontrados nessa pesquisa estão de acordo com a literatura.

Um estudo liderado por Joan Bottorf, e realizado por pesquisadores da Austrália e do Canadá ⁹²demonstraram que a cessação de tabaco, é um problema epidemiológico com seus matizes intrinsecamente relacionados às questões de gênero e ao papel social que os indivíduos desempenham na sociedade (92).

Joan Bottorf e pesquisadores da Austrália e do Canadá demonstraram que a cessação de tabaco, é um problema epidemiológico com seus matizes intrinsecamente relacionados às questões de gênero e ao papel social que os indivíduos desempenham na sociedade (92).

Porquanto, de acordo com Bottorf (92):

O gênero é definido como uma construção multidimensional que refere aos indivíduos ao pertencimento de categorias enquanto homem, mulher e pessoas transgênero. Esse conceito de gênero é cultural e socialmente específico e mudam ao longo do tempo. Tem a ver com a construção, manutenção ou contestação de gênero, e esses formatos que se estabelecem, estão relacionados com a mensagem impressa, inclusive pelas indústrias de tabaco. Na mulher, o tabagismo passa a representar um meio de feminilidade, apelo heterossexual ou rebelião; no homem um meio para expressão de poder, masculinidade e liberdade e no grupo de pessoas transgênero sensação de liberdade e rebelião (p.2)

No grau de escolaridade dos entrevistados prevaleceu à maioria com curso superior, seguidos por ensino médio e ensino superior incompleto; os de grau superior de educação foram os que apresentaram a maior proporção de fumantes, contudo⁹², ressalta que a magnitude de fumantes tende a ser baixa entre aqueles que possuem grau de escolaridade superior, contudo ressaltamos que nosso estudo pesquisou pessoas que estavam em restaurantes, local que a princípio não seria o mais indicado para o uso do tabaco (92). O citado autor refere que entre aqueles com baixa escolaridade é mais frequente o uso do tabaco. Em relação à escolaridade, verificou-se que a maioria dos entrevistados possuía grau superior de ensino, seguida por ensino médio e por último o ensino fundamental; em relação a salário verificou-se que em ambos os grupos a maioria relatou receber mais de três salários mínimos.

A renda superior a três salários e nível superior completo foram predominantes. Tais resultados se assemelharam aos resultados demonstrados em estudo realizado pelos Inquéritos Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis 15 Capitais e Distrito Federal 2002-2003 constatou que “os homens apresentaram maiores prevalências de tabagismo do que as mulheres em todas as cidades pesquisadas” (p.63) (93).

Também sobre a renda dos consumidores do tabaco, dados divulgados pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) apontou crescimento no consumo de cigarros entre pessoas de melhor poder aquisitivo; nos últimos seis anos, a população mais rica do país elevou o uso do tabaco em 110%, contrariando a média nacional, com queda nacional de 20% no consumo de cigarros no mesmo período, entre 2006 e 2012 (34).

Quando o assunto se referiu à visualização de informação sobre o risco de fumar cigarros em jornais e/ou revistas; 60 % de pessoas não fumantes e 53,3% de pessoas fumantes afirmaram não perceber essas informações. O tabagismo é uma atividade determinada por um conjunto de fatores interconectados e de mútuo reforço, ainda que independentes entre si; a indústria aliada a mídia pode interferir diretamente na opinião dos indivíduos e na aceitação de hábitos propostos por esses setores. A Legislação vigente no Brasil, sobre o consumo de tabaco tem se destacado a nível mundial pela liderança no controle do tabaco, entretanto outras esferas de poder, inclusive os que detêm o poder econômico tem um peso considerável na aceitação de produtos para o consumo, ainda que sejam danosos ao organismo humano.

Nas informações apontadas por Rosemberg, acerca das ações das indústrias de tabaco, se pode constar que as multinacionais esconderam por muito tempo a certeza que tinham da nicotina ser droga psicoativa, a qual promove vasta propaganda enganosa, na qual afirma que o produto não causa dependência tal fato continua ocorrendo na atualidade, quando anúncios são retirados de circulação para não diminuir a venda de cigarros (8).

Por outro lado, se pode afirmar que as ações de controle do tabagismo desempenhadas pelo Governo Federal no Brasil através da Lei 9.294 de 1996, em seu artigo 3º de 2011, com redação dada pela Lei 12.546/11, conseguiram avanços consideráveis na diminuição de propagandas nos meios de comunicação, inclusive nas revistas e jornais (46), (5). Essa medida pode ter significado a diminuição do consumo do produto, entretanto, em relação aos achados da pesquisa, em que cerca de 60% incluindo fumantes e não fumantes não terem visualizado mensagens sobre os perigos do tabaco, sinaliza um campo de divulgação sobre os malefícios do tabaco que pode ser utilizado pelas autoridades sanitárias do país (92), (94).

Quando o assunto se referiu à visualização de advertências nos maços de cigarro, para o grupo de pessoas fumantes interrogados, as imagens de pessoas em

situação de adoecimento e morte não causam uma preocupação ou sensibilidade, esse fato pode estar relacionado aos altos teores de nicotina adicionados aos cigarros e à dependência à nicotina causada em decorrência disso.

Conforme o Ministerio da Saúde (31):

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, realiza a atualização periódica das imagens e frases de advertência sanitária, no intuito de chamar a atenção do consumidor para a percepção dos riscos associados ao consumo de produtos derivados do tabaco e as advertências sanitárias divulgam informações claras ao consumidor sobre os malefícios causados, como recurso para motivação de mudança de comportamento, visando a redução do consumo ou a diminuição da iniciação ao tabagismo (p.1).

Tal medida encontra-se respaldada na Lei de nº 9.294, de 15 de julho de 1996, com redação dada pela Lei 12.546/11 que dispõem sobre as restrições do uso da propaganda de produtos fumígenos derivados ou não do tabaco (46). As políticas educacionais e de conscientização podem cumprir um papel fundamental para que as políticas públicas alcancem segmentos populacionais que se encontrem nessa situação(30).

Nas informações apontadas por Rosemberg, os estudos de especialistas no assunto, afirmam que o mercado do tabaco costumeiramente procura aumentar os teores de nicotina para preservar os clientes atuais, alcançar novos clientes a partir da dependência do produto; com isso garantir suas vendas e conseqüentemente aumentar margem de lucro (14).

Quando a pergunta se referiu à visualização de cartazes afixados no restaurante indicando a proibição da prática do fumo, 80% das pessoas incluindo fumantes e não fumantes responderam afirmativamente. Este fato não significou a diminuição do consumo do tabaco nos restaurantes, o percentual de pessoas que afirmaram terem visto pessoas fumando em local proibido pela lei, comprova esta afirmação. Isto causa uma preocupação pelos malefícios que o tabaco representa para os indivíduos bem como a manifestação de indiferença e desrespeito à lei 12.546/11 por parte de fumantes (5).

O grupo questionado não se sente ameaçado pelas substâncias tóxicas do cigarro e não se sensibiliza pelos alertas do Ministério da Saúde quanto aos danos causados nas pessoas pelo consumo do produto. Tal fato sinaliza que o marketing utilizado pela mídia especializada das indústrias de cigarro tem influenciado na formação de opinião e decisão do consumidor de tabaco. Se pôde constatar, nesse caso, que as imagens positivas sobre o cigarro, divulgadas pelo mercado, imprimem

nas pessoas uma falsa realidade justamente para que não se perceba as informações sobre malefícios que são transmitidas pelos organismos do governo de controle ao uso do tabaco. Tais fatos evidenciam a necessidade de maior articulação do governo Federal e/ou Distrital, no intuito de fiscalização e proibição das propagandas veiculadas nos meios de comunicação e mostra a necessidade de se desenvolver ações educativas e de alerta à população quanto aos malefícios do tabaco na qualidade de vida e na vida das pessoas.

As medidas tomadas pelo Governo Federal, através da utilização de mecanismos de alerta nas embalagens de cigarro, se desenvolveram com a criação de algumas leis e resoluções; exemplo disso, podemos mencionar a Lei de nº 9.294, de 15 de julho de 1996, lei de restrição ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, que em seu artigo 3º, com redação dada pela Lei 12.546/11 que determina que as embalagens deveriam conter advertências sobre os malefícios do fumo (46)(5). Após esta lei, surgiram Resoluções de natureza informativa acerca dos malefícios do cigarro para a vida das pessoas, entre elas, a Medida Provisória nº. 2.190/34 de 2001, a RDC nº 30 no ano de 2013, entre outras resolutivas e a Lei 12.546 de 2011 (95),(96),(5).

Os benefícios apontados pela ANVISA na utilização desta medida, consistem da atualização periódica das imagens e frases de advertência sanitária, renova a atenção do consumidor para a percepção dos riscos associados ao consumo de produtos derivados do tabaco e as advertências sanitárias divulgam informações claras ao consumidor sobre os malefícios causados pelo uso do tabaco, como recurso para motivação de mudança de comportamento, visando a redução do consumo ou a diminuição da iniciação ao tabagismo (31).

Quando a pergunta se referiu ao fato do participante da pesquisa ter presenciado pessoas fumando em locais reservados em alguns restaurantes; as respostas de 46.7% no total de fumantes e não fumantes, sinaliza que o cumprimento da Lei 12.546/11 (5) não está ocorrendo nos restaurantes do Distrito Federal nos quais as pessoas foram observadas, isso fere a Legislação Brasileira e as orientações contidas nos artigos 8º que trata do respeito à vulnerabilidade e a integridade humana e artigo 14º que protege à saúde dos indivíduos e da coletividade, pelo fato do fumante colocar em situação de vulnerabilidade as pessoas que não optam pela prática tabágica e embora não traguem cigarros, são

vitimadas pela fumaça expelida pelos fumantes. Tal fato evidencia a necessidade de maior fiscalização e a realização de campanhas educativas e de conscientização.

A lei 9.246/96 que foi alterada pela Lei 12.546/11 (5), proíbe o uso do fumo em ambientes fechados de uso coletivo público e/ou privados; se entende por estabelecimento fechado o ambiente separado por um toldo, uma parede, ou outra modalidade de divisória (46). Esta Lei existe para controlar o uso do tabaco em ambientes coletivos; pelo entendimento das autoridades sanitárias dos riscos que a exposição à fumaça deste produto representa para a condição física dos indivíduos. É dever do Estado garantir um ambiente limpo, livre das substâncias tóxicas do tabaco e promover a saúde pública mediante medidas de proteção e controle do uso do tabaco, tais medidas são imprescindíveis para o bem-estar das pessoas; inclusive colabora nas relações sociais dos indivíduos.

A Fumaça ambiental do tabaco (FAT), liberadas em ambientes fechados, além de incomodar algumas pessoas, são causadoras de câncer, doenças respiratórias, cardiovasculares e outras. Não há métodos seguros de proteção em ambientes fechados para as pessoas que não fumam. Por tal motivo, se faz necessário que os indivíduos sejam orientados quanto aos riscos da poluição(17).

Conforme orienta o Instituto Nacional do Câncer, órgão ligado ao Ministério da Saúde, o meio de proteção da saúde dos estabelecimentos, e no caso específico dos restaurantes; é a adoção de ambientes 100% livres do tabaco, esta medida, de salutar importância necessita ser atendida pelos diversos segmentos da sociedade, onde se pode incluir, os frequentadores, onde se incluem os fumantes, os trabalhadores e os proprietários dos estabelecimentos (43).

O assunto que se refere ao direito de expressão do fumante enquanto um direito garantido por lei, 56,7% dos não fumantes discordaram. Kottow defende que:

o ser humano é dotado de autonomia com todas as possibilidades e os perigos que representa, os eminentes perigos e falíveis riscos de dor são conhecidos como os atributos antropológicos da vulnerabilidade como todo ser vivo, o que difere os dois grupos é justamente a possibilidade de construção da própria vida e de seu projeto existencial (p.71) (89).

A prática do fumo vem sendo amplamente criticada na atualidade por ser um comportamento rejeitado socialmente pelos males causados à saúde por trazer consigo diversas morbidades (9).

De acordo com Issa e colaboradores(97), as drogas lícitas e ilícitas encontram um espaço na vida dos indivíduos pelo prazer que estes procuram alcançar por meio

do uso dessas substâncias, bem como um meio de aliviar situações relacionadas à condição de fragilidade humana, sofrimento e doenças. Em alguns casos, tal fato se torna contínuo e intenso a ponto de provocar a morte prematura nestes indivíduos ou no comprometimento de sua qualidade de vida. O agravamento desta situação, pode ser relacionado à imagem que se faz do tabaco e o alcance da felicidade. Com isso, se pode afirmar que as mortes precoces, a perda da qualidade de vida de bilhões de usuários é resultado da publicidade do cigarro, que além disso causam altos prejuízos aos indivíduos e ao sistema público de saúde no Brasil e em muitos outros países do mundo (97).

No tocante ao reconhecimento do fumo como uma ameaça ao direito à saúde do não fumante, 83,3% dos não fumantes se mostraram estar de acordo, e 56,7% dos fumantes também. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), apontados pelo Ministério da Saúde, 63 % dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Desses, o tabagismo é responsável por 85% das mortes por doenças pulmonares, 30% dos tipos de Câncer de pulmão, 25% por doenças coronarianas e 25% por doenças cerebrovasculares (43).

Este dado preocupa do ponto de vista da vulnerabilidade física, psicológica e social destas pessoas. A exposição aos componentes do cigarro (amônia, propilenoglicol, acetato de chumbo, formol, pólvora, methopreno, cádmio, naftalina, fósforo, acetona, terebentina, xileno, entre outros) pode resultar no surgimento de doenças e mortes associadas às substâncias tóxicas do cigarro ou outros produtos derivados do tabaco (55).

No que se refere ao distanciamento de fumantes por parte de amigos por fumar cigarro; como se pode perceber, o consumo do tabaco é causa de exclusão social, e por esse motivo, merece a atenção por parte do Governo Federal e/ou Distrital através de campanhas de conscientização da população acerca do respeito ao fumante, e o imperativo dever de cumprimento da Lei 12.546/11 por parte dos fumantes, utilizando locais permitidos pela norma jurídica sobre o fumo (5).

Embora, um considerável número de fumantes tenha afirmado que não sofreu distanciamento do convívio dos amigos, há que se salientar, que por vezes, questões relativas de educação do não fumante, este, pode não gostar da presença do fumante, mas deve evitar algum comentário como forma de causar-lhe constrangimento.

No que se refere à exclusão e a estigmatização social relacionadas pela prática do fumo, 43,3% de fumantes referiu que havia passado por esta situação alguma vez dentro do grupo de amigos; trinta e três por cento comentou sobre a exclusão ou distanciamento da família (esposa, filhos, netos e parentes) por este problema.

Na pergunta em que o participante da pesquisa teria sido convidado a retirar-se de estabelecimentos como restaurantes, bares, estádios por ser fumante, o resultado apresentado neste estudo, comprovou a exclusão causada pelo tabaco, evidenciou os incômodos causados pela fumaça expelida durante a queima do produto e ao mesmo tempo sinaliza a desobediência da lei de proteção ao ambiente livre do tabaco.

Na pergunta sobre a proibição do cigarro em locais fechados, 90% de pessoas fumantes e não fumantes concordaram com a proibição.

O controle do tabagismo é um tema extremamente abrangente, em que o “controle” para ser bem-sucedido, tem que ser implementado concomitantemente em seus vários componentes; produção, políticas de saúde, prevenção, exposição tabágica e cessação. Os esforços para o controle do tabaco no Brasil, onde existe ainda tanta influência da indústria do tabaco e do mercado ilícito, representam um desafio (9).

Vários avanços ocorreram nas últimas décadas em relação ao controle do tabaco, especificamente do cigarro; isto significou a diminuição de doenças e mortes. Diversas leis foram sancionadas, entretanto é válido destacar que sancionar a legislação de proibição ao tabaco não é suficiente, faz-se necessária uma fiscalização efetiva e a implementação de estratégias educativas que conscientizem a população quanto aos prejuízos do uso do tabaco.

Segundo Issa e Lopes, acerca das drogas lícitas e ilícitas e a mortalidade dos indivíduos (97):

O fato é que a fragilidade humana nos torna vulneráveis ao uso de substâncias com efeitos psicoativos e somente as evidências científicas permitem a escolha de políticas que possam proteger a sociedade da vulnerabilidade e compartilhar a vida em sociedade da vulnerabilidade e compatibilizar a vida em sociedade sem degradá-la. Uma sociedade construída num modelo incosequente e irracional evidentemente fica vulnerável ao consumo de drogas e a todo ônus dessa condição. Somente a análise abrangente e criteriosa da questão permitira adoção de políticas públicas que minimizem o impacto do consumo de drogas que sejam efetivas em reduzir a exposição ao risco, considerando a vulnerabilidade da condição humana (p.99).

As políticas de prevenção cumpriram um papel fundamental no processo de prevenção do uso do tabaco, entretanto, algumas questões ainda estão fortemente atreladas ao poder do mercado de tabaco no Brasil; a saber a fiscalização ainda não ocorre de forma efetiva, os aditivos em produtos derivados ainda não estão sendo proibidos e o uso de narguilés ainda não estão sendo combatidos na asa norte, conforme se pôde constatar durante o estudo.

Com base na Lei nº 12.546/11(5), uso do fumo em locais fechados, entendendo-se por recinto coletivo fechado qualquer estabelecimento que possua uma separação em algum dos seus lados, seja por toldo, parede ou divisória; é proibido do ponto de vista legal. Os órgãos vinculados ao governo federal, a saber o Ministério da Saúde e a ANVISA, exercem o controle e fiscalização da produção, comercialização e consumo do tabaco no Brasil (96).

Quanto à fiscalização e controle dos produtos derivados de tabaco, o uso de aditivos em cigarros merece atenção das autoridades governamentais. Durante o estudo pôde-se constatar que em áreas próximas aos locais pesquisados são possíveis de serem encontradas lojas que permitem o uso e comercialização desses produtos a jovens e adultos. Dessa forma, a fiscalização precisa ser intensificada tendo em vista alguns casos em que empresas colocam no mercado substâncias utilizadas no narguilé e que não são regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância sanitária.

Na pergunta sobre o fato das indústrias influenciarem ou não o consumo de cigarros, verificou-se que os não fumantes referiram em maior proporção que a indústria possui influência no consumo de cigarros, enquanto que entre os fumantes, a proporção foi menor talvez por inconscientemente quererem negar, pois isso, poderia se traduzir como uma fraqueza em que o fumante estaria se deixando levar por propagandas de empresas.

Ao abordar a questão, Delfino afirma que 80 a 90% dos fumantes iniciam a prática antes dos 18 anos e ressalta a ação da indústria do tabaco e a manutenção de fumantes, ele explica ainda que (98):

As decisões de iniciar a prática do tabagismo, e a de mantê-la viva no cotidiano, advêm de um ou de alguns estímulos externos. São excitações exteriores que, de algum modo, influenciam a vontade do indivíduo, conduzindo a sua ação em direção ao consumo inicial e contínuo de tabaco. Sendo esse argumento verdadeiro certamente cairá por terra a tese do livre-arbítrio do fumante, sobretudo por que não haveria sentido em se defender uma propensa liberdade de agir, quando a vontade do indivíduo foi

maculada, já que pastoreada para um determinado comportamento por fatores outros que não sua própria consciência (p.1).

Conforme Nepomuceno e Romano, há um grande número de empresas instaladas em países periféricos, são empresas multinacionais as quais geram desigualdades durante o processo de produção e comercialização para os segmentos populacionais mais vulneráveis cujos níveis de escolaridade e renda mostram-se distanciados de cidadania (21).

No que se refere à possibilidade de cessação do tabaco, na expressão de alguns participantes do estudo; para 40% dos fumantes, as imagens contidas nas embalagens dos cigarros, não faz pensarem em para de usar o cigarro; quanto ao fato relacionado à sociabilidade 40 % afirmaram que iniciaram a prática do tabagismo para acompanharem os amigos durante uma reunião ou encontro em expedientes posteriores ao do trabalho ou nos finais de semana.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, de causas evitáveis, duas são ocupadas pelo uso de derivados de tabaco; o tabaco ativo em primeiro lugar, seguido de acidentes automobilísticos e tabagismo passivo ou secundário (99).

Nunes ao abordar sobre o tabagismo, afirma que segundo a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10,1997), o tabagismo é considerado “Transtorno mental e de comportamento devido ao uso do fumo”. Dentre os tipos de transtornos se pode constatar síndrome de dependência (CID 10, F17), síndrome de abstinência (F17.3), síndrome da abstinência com delirium (F17.4), transtornos psicóticos (F17.5), síndrome amnésia (F17.6), transtorno psicótico residual (F17.7) e outros transtornos mentais ou comportamentais (F17.8) (17)

A dependência do tabaco é um processo extremamente complexo que envolve farmacologia, fatores sociais, hábitos adquiridos ou condicionados e também características de personalidade do indivíduo (9).

De acordo com Nascimento e colaboradores, as drogas psicotrópicas exercem vários efeitos da nicotina, no Sistema Nervoso Central. Dentre eles, o desenvolvimento da tolerância ou síndrome de abstinência; que compromete substancialmente a qualidade de vida de um grande número de pessoas(51).

Os usuários da nicotina descrevem efeitos ao fumar como redução da ansiedade, alívio do estresse e aumento da produtividade. Além disso, existem algumas situações em que o fumante associa algum comportamento com o ato de fumar, isso condiciona a realidade a atividade.

Circunstâncias como tomar café, sair com amigos para o “*happy hour*” ou até mesmo realizar alguma atividade que possa exigir um pouco mais de atenção, são momentos em que o fumo se torna algo sempre presente. Tais situações são denominadas por especialistas da área como gatilhos e apresentam-se como uma grande dificuldade nas tentativas de cessação do fumo (p.324) (9).

Dada à complexidade que representa a cessação do uso do tabaco, é preciso enfrentar a cessação deste produto, sob o ponto de vista da dependência física. Existem, hoje, estratégias variadas para auxiliar nesta tarefa, em que pese o acesso aos produtos farmacêuticos e o apoio médico contínuo, os quais na maioria das vezes, não ocorrem (10).

Tal realidade, demanda um comportamento quanto a abordagem das intervenções da Redução e Cessação do Tabaco, o que têm sido realizada de forma estratégica, onde subgrupos de pessoas que fumam recebem diferentes tratamentos, esses tratamentos incluem as necessidades individuais que cada pessoa e denominam esse tratamento de Estratégia de correspondência de tratamento (94).

A sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia possui diretrizes de condutas de tratamentos clínicos ligados à dependência do tabaco. Essas diretrizes constituem ferramenta para auxiliar o profissional de saúde na abordagem do tabagista recomendando atitude baseada em evidências clínicas como a melhor forma de conduzir cada caso (23).

Como assinala Seabra, Faria e Santos (9)

O suporte psicoterápico em uma intervenção para a cessação do tabagismo tem como objetivo o controle da ansiedade, mudança de comportamentos e identificação de questões psíquicas e emocionais envolvidas com o hábito para que se desenvolvam recursos de enfrentamento nesse processo de cessação do fumo. É necessário um treinamento de habilidades sociais, para que, principalmente, haja recusa ao oferecimento de cigarros no convívio social (p.332).

A admissão do paciente no programa de cessação do tabagismo deve ser seguida da avaliação clínica; com isso se poderá observar aspectos reacionados à o perfil do fumante, grau de dependência, condição clínica do indivíduo, possíveis contra-indicações, interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico dependência (100). Em relação a frequência do uso do tabaco, a pesquisa aponta a proporção de 60% de fumantes que consomem de 1 a 10 cigarros por dia, enquanto 13% usam mais de 20 cigarros por dia; entre aqueles com maior uso diário,

seguramente devem estar usando cigarros com concentrações com altos teores químicos, o que em parte, explicaria a elevada quantidade usada. Tal fato evidencia a situação de vulnerabilidade destes indivíduos pelos malefícios produzidos pelos componentes do cigarro.

Na pergunta relacionada ao uso do fumo como um prejuízo ao meio ambiente, 78,3% de pessoas participantes da pesquisa, responderam afirmativamente, tal fato sinaliza a consciência dessas pessoas quanto aos perigos para o Meio Ambiente, a Biosfera e a Biodiversidade.

Nos capítulos apresentados nesta Dissertação, se descreveu algumas condições que envolvem o tabaco, dentre elas, a realidade de agricultores produtores do tabaco, a condição de trabalhadores de estabelecimentos coletivos, especialmente os trabalhadores de restaurantes que durante a sua jornada diária de trabalho se expõem a fumaça liberada pelos fumantes que não cumprem a legislação de proteção ao consumo do tabaco, a discriminação vivenciada por fumantes e os problemas epidemiológicos decorrentes do consumo. Em todas as temáticas apresentadas, a observância da ética e da legislação se fazem necessárias pelo grau de vulnerabilidade humana a qual são submetidos os indivíduos.

As fases de produção, consumo, colheita e comercialização do tabaco representam perigo para a saúde dos indivíduos. O tabaco provoca a vulnerabilidade humana nos indivíduos, por fragilizar a condição orgânica destes; além disso, prova a degradação ambiental por comprometer a qualidade da natureza, incluindo ar, solo e água. A vulnerabilidade humana pôde-se constatar em vários estágios desta pesquisa, desde os produtores até os fumantes passivos. Tal fato se comprova no capítulo que trata dos resultados.

Quando nos referimos à produção do tabaco, não parece ser ético e moral a ação de empresas de tabaco que contratam os serviços de agricultores e os expõem a condições insalubres e à baixa remuneração. De fato, a intoxicação dos agrotóxicos e dos produtos derivados da folha do tabaco e o estresse gerado durante o processo de plantio e colheita do produto, comprometem a condição humana desses indivíduos.

Além do desgaste físico e psicológico causado nos agricultores, o meio ambiente também sofre com o uso de agrotóxicos e as queimadas também

contribuem para a degradação do meio ambiente; onde podemos incluir o solo, o ar e a atmosfera.

Junges(101), defende a conservação da natureza, o que requer uma postura ética pautada na mudança de paradigma na vida pessoal, na convivência social e na produção de bens de consumo. Para o mencionado autor, a natureza possui o direito de sua preservação e esse direito deve ser tutelado pelos seres humanos. A intervenção do homem deve ocorrer nos casos em que ocorram a ação destrutiva, para que isso ocorra é necessário a limitação da liberdade dos indivíduos. Ele afirma que: “as feridas infligidas ao meio ambiente são mais trágicas e devastadoras, quando acompanhadas de chagas sociais” (p.48), o que comprova a vulnerabilidade a que o capitalismo submete à natureza em meio às ações de alcance de produção, consumo e lucro e os prejuízos se estendem aos seres humanos (101).

A contratação de um indivíduo para trabalhar em um estabelecimento coletivo durante oito a doze horas consecutivas expostos à fumaça tabagista ambiental derivadas do cigarro e o narguilé, e o comportamento de pessoas que expõem pessoas não fumantes a essas substâncias, são ações que contrariam a Lei 12.546/11 e confrontam os princípios éticos contidos no artigo 8º que trata do Respeito pela Vulnerabilidade Humana e Integridade Pessoal na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Kottow ao examinar a exploração, sob um prisma moral, afirma que os atores dos mecanismos de exploração, em função do desejo de concentração de renda e poder, desprezam as necessidades dos indivíduos explorados e os prejuízos neles causados (102). Para Silveira:

As crescentes concentrações de capital no setor tabaqueiro intensificaram a modernização e a integração das atividades produtivas e diversificaram os agentes sociais que participam da produção e da circulação do tabaco e do cigarro. Com isso, houve uma alteração na organização espacial dos negócios relacionados ao tabaco e o modo de funcionamento tornou-se mais complexo. Contribuindo para uma maior complexidade do modo de funcionamento do setor (p.6) (103).

Essa dinâmica capitalista se baseia na lógica neoliberal, cujas regras têm como prioridade a ética do lucro, em detrimento dos bens como a vida dos seres humanos, o meio ambiente e a biosfera. A poluição do ar, das águas, do solo e do subsolo são intensificadas e acentuam os problemas nos conglomerados urbanos, além de ocasionar o empobrecimento dos recursos naturais, o surgimento de novas

doenças e a perda de qualidade de vida de todos os povos e classes sociais, segmentos populacionais (103).

“Consequência de um capitalismo que pouco valoriza a vida, o tabagismo nos remete a um problema de grande complexidade que é lidar com os movimentos do capital que preserva a vida de uns e extermina a de outros” (p.3) (21). Maior causa isolada de doença evitável que se conhece entre as não imunizáveis, o tabagismo é razão de um paradoxo; como uma droga letal pode ser lícita, se comprovadamente é responsável por mais de quatro milhões de mortes anuais no mundo. Junte-se a isso, os prejuízos sociais pela perda dos empregos, desarranjos familiares, altos custos com tratamentos médicos (103).

A discussão de dilemas éticos dessa natureza, envolvem não somente corporações multinacionais do tabaco, mas importantes cadeias e suprimentos em muitas partes do mundo, cujas modalidades de negócios maximizam seus benefícios, em prejuízo do bem-estar social. Desta forma, em contextos diferentes, os elementos de centralização do capital exercem os seus poderes e garantem os seus impérios (104).

Berlinguer, em sua obra intitulada “Bioética Cotidiana”(29), cumpre uma inegável importância na discussão deste tema, o autor ressalta que o problema do uso de drogas é classificado entre as “doenças de natureza sócio comportamental que envolve situação de livre escolha, indução e coação. A distinção e o entrelaçamento entre esses componentes é importante para fins de avaliação moral e prevenção” (p.245) (29) .

O mencionado autor afirma que o álcool e principalmente o tabaco, ainda mais nocivo e letal, que também cria dependência, cuja produção industrial e difusão ocorrem por obra dos países do Norte e cujo consumo está invadindo, por meio das empresas multinacionais, os países do sul. Esse fluxo inverso suscita bem poucas reprovações morais e escassas atividades de contenção; pelo contrário: é abertamente encorajado e protegido. Além disso, impõe interrogativas morais, sob as quais pairam os comportamentos nocivos e letais das poderosas organizações internacionais que promovem o consumo do tabaco e outras drogas; a proteção comercial das organizações industriais que se aproveitam da legalidade para garantir a lucratividade e a ação de proteção que organizações internacionais e nacionais desenvolvem em torno da proteção da saúde dos indivíduos(29).

Morin, afirma a necessidade do uso da inteligência humana de forma consciente e responsável. Propõe que os problemas mais graves que envolvem os seres humanos sejam compreendidos, e as ações humanas sejam refletidas e julgadas no intuito de se evitar problemas aos indivíduos(105).

Na concepção de Berliquer:

Até agora, muitas análises de relação entre globalização e saúde encaram a saúde como subproduto das forças globalizadoras motivadas por interesses do mercado; por tal motivo, a saúde deve ser encarada como prioridade, e que sua globalização é um bem pelo qual há de se trabalhar de modo explícito e programado. Se devem corrigir e guiar as tendências atuantes, até mesmo por ser paradoxal que a globalização tão preponderante e invasiva, deixe ficar descuidado ou deteriorado um bem tão essencial quanto a saúde. A saúde global é uma finalidade social desejável, hoje descuidada ou deformada pela influência do fundamentalismo monetário, mas merecedora de evidência prioritária, seja por seu intrínseco, seja como símbolo do predomínio de valores humanos sobre outros interesses (104).

A percepção da violência que se tem nos dias atuais, está mais relacionada às reações praticadas a outras pessoas a olho nu, aquilo que se pode descrever com exatidão por que alguém foi testemunha de ato praticado contra o bem-estar ou a vida de alguém. Mas uma violência a qual se deve direcionar uma atenção, é a violência velada, aquela que em alguns casos o poder letal é de grande dimensão, porém ocorre de uma forma que o olhar humano não presume e nem consegue alcançar. Tal realidade se situa no tabagismo como um problema global pela forma como ocorre e os efeitos por ele produzidos. Esta parece significar um maior desafio por que o entendimento acerca deste fato não ocorre da forma real e consistente a maioria das pessoas, justamente pelo poder ideológico da hegemonia das indústrias de tabaco no Brasil e no mundo.

O aspecto ético que está por trás da questão do tabaco, traz no bojo das questões relacionadas à hegemonia uma forte associação, visto que a ideologia dominante há várias décadas desenvolve mecanismos para garantir a expansão e consumo; tal afirmação se pauta em fatos históricos que carregam consigo a participação de pessoas que se destacaram no campo das ciências e fizeram de sua imagem uma afronta às ciências que condenam o tabaco à morte de milhares de pessoas no mundo.

Segundo Garrafa (106):

Na América Latina e em outros países do mundo, o imperialismo deve ser combatido a fim de garantir uma ética pautada nos direitos humanos e em nome de uma ética universal. A concentração e a centralização de poder exercido por uma minoria, deve fazer parte da pauta de discussões

bioéticas e representar resistência às exigências perpetradas pelos agentes que exercem domínio no mercado (p.536).

Garrafa esclarece ainda que a transformação da práxis social pode ser alcançada na coletividade, a partir da produção e reprodução de ações sociais e suas significações; o que, de fato, confere e caracteriza a condição de humanidade(107).

Junges ao citar Ten Have ressalata que para Potter, o universo e a dimensão dos problemas globais requerem abordagens éticas que tornem os indivíduos conscientes de suas concepções e pontos de vista moral, e que esses pontos de vista possam compartilhados globalmente. Isso por que, a bioética global para Potter, remete a noção de globalidade e abrangência, cujos problemas possuem uma dimensão que ultrapassa as fronteiras geográficas, e sobretudo relacionam-se (78).

Desta forma, compreende-se que os problemas ecológicos apresentam como ameaças à sobrevivência da humanidade, e que comprometem o futuro de diversas gerações. Sua preocupação está centrada em questões que podem resultar em desastres e comprometimento da vida humana. O tratamento que se dá ao meio ambiente é exatamente aquilo que se pode obter, com a destruição da natureza, o homem pode também causar a sua própria destruição de sobrevivência, por isso a necessidade em direcionar à bioética soluções que possam evitar futuros desastres.

O Artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos firma que (1):

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço do conhecimento científico, das práticas médicas e das tecnologias associadas. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade específica devem ser protegidas e a integridade individual de cada um deve ser respeitada (p.12).

A literatura utilizada na elaboração desta dissertação, juntamente com os achados das pesquisas evidenciaram que o tabaco produz vulnerabilidades de diferentes tipos e contextos, atinge indivíduos de vários segmentos e faixas etárias. É um problema de amplitude global e atinge pessoas no Brasil e em várias partes do mundo. Mesmo a nível local, em que se discute neste estudo, o uso do tabaco e especificamente do cigarro, entre pessoas frequentadoras de restaurantes em uma região administrativa (Asa Norte), ainda que em uma diminuta população a

vulnerabilidade se faz presente e alcança níveis extremos de prejuízos para os seus consumidores diretos ou indiretos, a saber, os fumantes ativos ou passivos.

A análise dos dados da pesquisa mostrou que a política de regulação e controle do tabaco, no a Lei Distrital 4.307/ 2009 (108), não está sendo obedecida por fumantes nos locais pesquisados, o que pode estar contribuindo para vulnerabilidade humana se intensificar. O adoecimento ocasionado pela poluição tabagística ambiental em fumantes passivos pode se alargar nos frequentadores de restaurantes, e em especial nos trabalhadores destes recintos. Como se percebeu no decurso, a discriminação em fumantes também é fator decorrente da prática tabágica; o resultado do comportamento social dos fumantes quando da inobservância da legislação vigente (Lei 9.294 de 1996 e Lei 12.546 de 2011) (46), (5).

A discriminação positiva surge na seara jurídica no intuito de garantir a equidade dos indivíduos e em situações de degradação da integridade individual dos seres humanos, atualmente aplicada em segmentos populacionais em situação de desvantagem física, étnica, econômica. Como demonstrado neste estudo e em outros estudos acadêmicos, o fumante sofre discriminação, tal fato merece atenção do mesmo dispositivo legal.

Muitos avanços foram alcançados no âmbito do ambiente livre do tabaco, a legislação federal, por meio da Lei 9.294/1996 e a Lei 12.546/ 2011 e a Lei distrital 4.307/ 2009 (46),(5),(108), são marcos legais e que contribuído para a redução do uso do tabaco no Brasil e no Distrito Federal, entretanto a legislação não tem tido aplicação efetiva, pois a fiscalização ainda é precária, além de não haver uma aderência densa por parte dos fumantes; isso pode ser constatado pela vulnerabilidade humana detectada, os fumantes são adultos jovens com idade entre 18 a 29 anos e usam cigarros que variam de 1 a 14 unidades por dia e possuem renda superior a três salários mínimos. Junto a isso se pôde constatar a desobediência a instrumentos normativos que fazem parte da legislação brasileira.

Diante de tais fatos, se tornou necessário buscar na DUBDH (1), o artigo 8º e suas prerrogativas de defesas dos direitos dos indivíduos quando estes se encontrarem em situação de vulnerabilidade, representado pelo “Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual” e as orientações contidas no artigo 11º para os casos de “Não discriminação e Não-Estigmatização” (p.10); como

se supõe, o artigo 11º possui a capacidade de se correlacionar com outros por sua natureza e abrangência (1).

Em vários momentos foram evidenciados a condição de vulnerabilidade de fumantes, nas circunstâncias relacionadas ao perfil epidemiológico, em que se constata que indivíduos de idades que ainda não alcançaram a maioridade, cujos corpo encontra-se em desenvolvimento e por estes serem alvo do mercado tabageiro no Distrito Federal e em diversos estados da federação. Outro agravante é que indivíduos com escolaridade superior, além de causar para seu organismo malefícios provenientes do tabaco, possa induzir a terceiros a prática do fumo por ocupar cargos na sociedade voltado à educação e formação humana. Mediante tais resultados, se pode afirmar que o princípio do 8º artigo da DUBDH que contempla a defesa tem sido violado nos locais em que foi realizada a pesquisa.

O fato dos fumantes não terem acesso a informações suficientes em revistas e jornais a cerca dos malefícios do tabaco, pode ser fator que contribua na magnitude de fumantes nos locais pesquisados. O princípio do 8º da DUBDH (1) propõe o cuidado e proteção aos indivíduos em condição de vulnerabilidade, neste caso, a mediação do Estado na divulgação em jornais e revistas poderiam ser implementadas com o intuito de evitar que pessoas se tornem adeptas ao fumo e fumantes cessem a prática tabágica.

A cerca dos perigos do tabaco para a saúde dos fumantes doenças e mortes provocadas pelo tabaco, a indiferença aos alertas do Ministério da Saúde por parte desse segmento, pode resultar na continuidade e na intensidade do consumo do tabaco e conseqüentemente no aumento das doenças e mortes nos consumidores do tabaco no Distrito Federal. Com isso, se pode empreender que os fumantes do Distrito Federal se encontram em situação de vulnerabilidade humana e em caso de desobediência da Lei 12.546/11(5) expõem pessoas não fumantes a esta mesma condição.

No artigo 2º da DUBDH (1), que trata dos objetivos consta “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos fundamentais assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e as liberdades fundamentais de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos” [DUBDH]. Diante da condição de vulnerabilidade os não-fumantes por serem impelidos a inalarem substâncias tóxicas produzidas por fumantes em local inadequado e por isso se caracterizar no descumprimento da Legislação vigente, cumpre situar tal situação

como uma afronta ao direito à saúde do fumante; e por tal motivo, uma afronta a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (1).

Os malefícios do tabaco produzidos sobre a saúde dos não fumantes, os colocam em situação de vulnerabilidade, e as condições de vida desses indivíduos deve ser assegurada por meio do ambiente livre da fumaça tóxica dos produtos derivados do tabaco. Por tal motivo, o artigo 8º da DUBDH(1), que proclama o respeito pela vulnerabilidade humana converge com outros princípios integrantes deste documento, dentre eles, o artigo 14º Responsabilidade Social e Saúde, em seu inciso III propõem a melhoria de condições de vida e do meio ambiente. Contrariamente ao que preconiza o artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos-DUBDH, a qual preconiza que “nenhum indivíduo o grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais”, a pesquisa evidenciou a existência da discriminação em fumantes [DUBDH].

A DUBDH(1), repudia toda forma de discriminação por contrariar outros princípios descritos neste documento internacional, inclusive os artigos 8º que trata da vulnerabilidade humana, tendo em vista a condição de vulnerabilidade dos fumantes pelo tabaco-dependência, o artigo 10º que trata do princípio de justiça e o artigo 14º que trata da Responsabilidade Social do Estado pelo fato da discriminação ser um fator de exclusão social [DUBDH].

A literatura afirma esse fato, e o situa como algo indesejável para o bem-estar das pessoas que possuem a prática tabágica. Quando o termo “discriminação” foi citado em referência ao convívio entre fumantes e não-fumantes, o termo “exclusão” também esteve presente nos argumentos apresentados pelos autores. Já o termo “estigmatização” não teve a mesma notoriedade e aplicabilidade.

A prática do fumo vem sendo amplamente criticada na atualidade por ser um comportamento rejeitado socialmente pelos males causados à saúde por trazer consigo diversas morbidades (9). A exclusão social é realidade bem presente na vida das pessoas que utilizam o tabaco, e se concretiza em forma de discriminação e estigmatização social (102). As respostas coletadas, convergem com a concepção da autora e apontam uma realidade pouco discutida pela literatura e pouco divulgada nas mídias no Brasil e no Distrito Federal.

Conforme Godoi e Garrafa(83):

A pessoa estigmatizada fica desprovida de respeito próprio e do poder pessoal, da sua autonomia e capacidade de autodeterminação sobre a própria vida. Suas chances ficam ainda mais diminuídas pelo sentimento de não pertencimento, de não serem possuidoras de direitos. O estigma aumenta, pois, a vulnerabilidade de indivíduos, grupos, o que repercute sobre sua condição de saúde (p.2).

Diante das respostas colhidas, para metade das pessoas fumantes, o fumo não representa ameaça ao direito à saúde do não fumante, essa situação pode indicar a vulnerabilidade a qual não-fumantes são expostos à fumaça do tabaco. Pelo exposto, se presume a necessidade de fiscalização por parte dos órgãos governamentais competentes no sentido de preservar a saúde da coletividade.

O argumento de que fumar é um ato de escolha e liberdade individual é amplamente difundido pela indústria do tabaco e faz parte de sua estratégia de marketing associada a esta questão do produto. A utilização dessa afirmativa precisa ser interpretada no sentido de proteção e garantia da coletividade, para que não se torne uma maneira de banir as medidas tomadas pelas autoridades sanitárias no país.

Neste caso específico, cumpre ressaltar que Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos em seu artigo 8º propõe a defesa das populações vulneráveis, diante disso, em casos em que o paradigma ético se estabelece entre o direito de expressão e o direito à saúde, deve prevalecer este último direito por estar relacionado diretamente ao direito à vida.

No que tange ao uso do fumo como um prejuízo ao meio ambiente, a maioria dos participantes da pesquisa de pessoas participantes da pesquisa, responderam afirmativamente, tal fato sinaliza a consciência dessas pessoas quanto aos perigos para o Meio Ambiente, a Biosfera e a Biodiversidade. Este fato está de acordo com os preceitos contidos na Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos que trata do Meio ambiente, da biosfera e da biodiversidade.

Perante a exposição dos nossos achados, e as concepções apresentadas nos artigos da Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos, podemos afirmar que este documento internacional abarcou todas as temáticas relacionadas à exposição das pessoas à fumaça tóxica dos produtos derivados do tabaco, assim se conclui que os artigos que trata da vulnerabilidade e o artigo que trata da não discriminação e não estigmatização servem como norteadores de práticas necessárias à população estudada.

O tabaco em seu contexto global, está assentado nos ditames neoliberais e seu projeto de criação e expansão está alicerçado em uma ética de mercado que vitimiza pessoas das mais variadas faixas etárias e condições econômicas. Expande-se em todos os países do mundo; se consolida por meio do apoio da mídia, parlamentares, profissionais da saúde que ancorados na política de concentração de renda, desprezam as vidas nos seus sentidos mais completos. A vida de seres humanos, animais, bem como a natureza.

Tal conflito ético, se situa na ética da vida, que envolve a existência de seres vivos, a preservação do solo, do subsolo, do ar e da água se contrapõem à ética dos oligopólios que se assentam na concentração e centralização do capital, tendo como a produção e comercialização do tabaco. Botelho e colaboradores explicam que¹⁰⁸(109):

A determinação ética, a partir do tratamento dispensado a determinados indivíduos ou grupos vulneráveis, gerou indignação e discussão sobre a necessidade de intervenção. Há que se considerar uma Bioética que priorize políticas que favoreçam a maioria da população e que se empenhe na busca de soluções viáveis e práticas para os conflitos, no próprio ambiente estes se derem. Reconhecendo o lado cruel, equívoco, da globalização: radicalização das diferenças e contradições; definição atual de prioridades baseada não na realidade social, mas nas regras de mercado; tentativa de anulação ideológica e moral nas sociedades dominadas pelos dominantes; apropriação dos recursos naturais de países periféricos, e transformação do diálogo em aceitação e subserviência(p.157).

(...)

A valorização da diversidade; o aprimoramento das relações entre os seres humanos e as culturas; a defesa de uma idéia de identidade humana acima de todas as diferenças; a busca, enfim, da equidade(sujeitos diferentes com iguais objetivos) baseada no consequencialismo solidário, seriam caminhos preconizados pelo intervencionismo bioético ao objetivar o resgate idéia de humanidade em sua dimensão mais plena. é a utilização do saber humano, aglutinado, mas não cristalizado em sua concepção mais ampla, em defesa do próprio ser humano.(p.157).

Com isso, nos ancoramos nas palavras de bioeticistas como Cunha e Garrafa¹⁰⁹(110), quando estes afirmam:

Acreditamos que o princípio da vulnerabilidade humana apresentada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos é capaz de contribuir para essa tarefa, desde que seja aplicada através de um processo de diálogo que é crítico, auto-crítico e contínua para a integração teórica, normativa e prática. É mais importante para buscarmos soluções concretas para os conflitos envolvendo as diferentes dimensões, dimensões da vulnerabilidade do que encontrar uma definição de "verdade" única. Resolução de conflitos envolvendo vulnerabilidade dentro do campo da bioética global não pode ser alcançada apenas por meio de definições entre abordagens regionais em direção à Bioética, mas requer a identificação e resolução de motivos, agentes e processos que mantem a distribuição desigual das feridas entre diferentes indivíduos e grupos em todo o planeta (p.12)

CAPÍTULO 9. CONCLUSÃO

O tabagismo é um problema de saúde pública de grande magnitude que mostrou variadas situações que representam riscos à saúde dos fumantes, não fumantes e funcionários dos restaurantes pesquisados na Asa Norte, em Brasília/Distrito Federal.

A vulnerabilidade humana, uma das premissas da bioética contemporânea que se pauta no documento internacional, foi constatada nos grupos de fumantes e de não fumantes em vários momentos desta pesquisa. Dessa forma, é necessário informar o público sobre os riscos associados ao tabagismo, contrapor os danos aos feitos sedutores da publicidade da indústria tabagística e oferecer o apoio para os que desejam cessar o ato de fumar. Entretanto para além dessas medidas, é preciso também entender o ponto de vista dos fumantes, para os quais o tabaco ainda é uma droga legalizada que produz efeitos positivos, apesar de causar dependência física e psicológica, havendo, portanto, muitos obstáculos a serem enfrentados para dar fim a esse hábito (10).

A aplicação dos preceitos contidos na Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos foi possível durante todo o desenvolvimento do estudo e foram capazes de nortear as questões nos casos em que se verificou situações de exclusão social e vulnerabilidade, apontando para a possibilidade de dignidade humana. E por tal motivo, deve ser referenciada e utilizada pelos legisladores na esfera federal, estadual/distrital e municipal nas políticas de atenção a redução do uso do tabaco.

Vários avanços ocorreram nas últimas décadas em relação ao controle do tabaco, especificamente do cigarro; isto significou a diminuição de doenças e mortes. Várias leis foram sancionadas, entretanto é válido destacar que sancionar a legislação de proibição ao tabaco não é suficiente, faz-se necessária uma fiscalização efetiva e a implementação de estratégias educativas que conscientizem a população quanto aos prejuízos do uso do tabaco.

Diante do exposto no decurso deste estudo, sugere que o Estado no exercício da administração pública brasileira, por meio do uso das orientações legais e normativas aplicável no território nacional e especificamente no Distrito Federal;

possa intensificar o controle e a proibição do uso do tabaco para que seja possível cumprir com as prerrogativas legais, no que pese a prevenção de doenças e a criação de um ambiente saudável e livre da fumaça tóxica do cigarro, de forma que a pessoa fumante possa cessar o hábito do fumo, sem discriminação e com acesso a medidas eficazes e o não fumante, em todas as faixas etárias não seja seduzido pelos mecanismos da indústria do tabaco/cigarro no Brasil.

CAPÍTULO 10. REFERÊNCIAS

1. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Tradução: Tapajós A, Prado MM, Garrafa V ed. Brasília: Cátedra UNESCO de Bioética; 2005.
2. Brasil. Novo Código Civil Brasileiro. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Legislação Federal [internet]. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 25 de maio de 2017.
3. Brasil. Presidência da República. Lei 8.213 de 24 de julho de 1991. Dispõem sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213 Acesso em 18 de junho de 2017.
4. Brasil. Lei nº 9.782, de Janeiro de 1999. Diário Of da República Fed do Bras. 1999;1–18.
5. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 12.546 de 14 de dezembro de 2011. Altera a Lei 9.294 de 15 de julho de 1996. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em junho de 2017.
6. Nardi JB. A história do fumo brasileiro, Rio de Janeiro: AQBIFUMO; 1985.
7. Nardi JB. O fumo brasileiro no período colonial: lavoura, comércio e administração. São Paulo: Brasiliense; 1996.
8. Rosemberg J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. São Paulo: ALMED; EdUSP; 1981.
9. Seabra CR, Faria HMC, Santos FR. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. Rev CES Psicol. 2011; 25: 321-36.
10. Spink MJP. Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. Saude Soc. 2010; 19(3): 481-96.
11. Schneider MJ, Schneider HS. Introduction to public health. 3rd Ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2011.
12. Carvalho JT. O tabagismo visto sob vários aspectos. Bol Pneumol Sanit. 2000 jan-jun; 8(1):69.
13. Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; 2002.

14. Rosemberg J. Nicotina: droga universal. São Paulo: SES/CVE; 2003.
15. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2010; 27:283-90.
16. Brasil.Ministério da Fazenda. Receita Federal. Arrecadação de Tributos Federais 2016/2017 [internet]. Disponível em <http://idg.receita.fazenda.gov.br>, acesso em 15 de maio de 2017.
17. Nunes SOV, Castro MRP (org). *Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: Eduel; 2011.
18. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação_FAO(STAT), *Issues in the global tobacco economy: selected case studies*. [internet] Disponível em <<http://www.fao.org/brasil/pt>>, acessado em maio de 2017.
19. Bauman Z. *Vida para o consumo: a transformação das pessoas em mercadoria*. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.
20. Bauman Z. *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
21. Nepomuceno TB, Romano VF. Tabagismo e relações de poder na produção da saúde. *Saude Soc.* 2014 jun;23(2): 701-10.
22. Houasis, Antonio e Villar, Mauro de Salles Villar. Instituto Antonio Houasis de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
23. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Ver Bras Psiquiatr.* 2001; 23(4): 200-14.
24. Silveira RLL. A cultura do tabaco na Região Sul do Brasil: dinâmica de produção, organização espacial e características socioeconômicas. *Geografia ensino e pesquisa.* 2015 maio-ago;19(2): 23-40.
25. Silveira RLL, Dornelles M. Mercado mundial de tabaco, concentração de capital e organização espacial: notas introdutórias para uma geografia do tabaco. *Rev Eletronica Geo Cienc Sociales.* 2010 out;14(338).
26. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. *A fumicultura no Brasil e a Convenção- Quadro para Controle do Tabaco*. Curitiba, Janeiro, 2017.
27. Sindicato Interestadual da Indústria do Tabaco (Sinditabaco). *Perfil do produtor e da indústria* [Internet] disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/>>acessado

- em 29 de maio de 2017.
28. Bonato AA. A fumicultura no Brasil e a convenção-quadro para controle do tabaco. Curitiba: Departamento de Estudos Sócio-Econômico Rurais; 2007.
 29. Berlinguer G. Bioética Cotidiana. Brasília: Editora UnB; 2004.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle ao Tabagismo. Disponível em <<http://www2.inca.gov.br>>. Acessado em 15 de setembro de 2016.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Legislação. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em maio de 2017.
 32. Brasil. Presidência da República. Portal Brasil. Saúde e Tabagismo. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br>> Acesso em junho de 2016.
 33. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad Saude Publica. 2010 jun; 26(6):1234-45.
 34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e.
 35. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald A. Population based evidence of a Strong decline in the prevalence of smokers in Brasil (1989-2003). Bull World Health Organ, 2007;85 (7):527-534.
 36. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan-Americana de Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo-PE Tab: relatório Brasil. RJ. INCA:2011.
 37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv91110>>.
 38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito tel.
 39. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; Senado Federal: Centro Gráfico; 1988. p.292.
 40. Sampaio, MAS. Tabagismo, livre arbítrio e dignidade da pessoa humana:

- Parâmetros científicos e dogmáticos para (re) pensar a jurisprudência brasileira sobre o tema. Brasília a. o49, n.193, jan/mar 2012.
41. Piovesan F, Subdrack UG. Direito à saúde e o dever de informar: direito à saúde e o dever de informar: direito à prova e a responsabilidade civil nas empresas de tabaco. *Revista de Direito do Consumidor*. 2011; 20(77):341-370.
 42. Homsí CM (org). *Controle do tabaco e ordenamento jurídico brasileiro*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2011.
 43. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabaco. Convenção-Quadro para Controle do Tabaco. Disponível em <http://www2.inca.gov.br>, acessado em maio de 2017.
 44. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei 7.488, de 11 de junho de 1986. Institui o Dia Nacional de Combate ao fumo. Disponível em <http://www2.camara.leg.br> Acesso em 15 setembro de 2016.
 45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.050, de 08 de agosto de 1990.
 46. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei 9.294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcóolicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4º do artigo 2º.
 47. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>. Acess.
 48. Portes LH, Machado CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: Adesão e implantação na América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2015; 38(5):370-9.
 49. Otero CQ, Oliveira LFF, Vianna NP, Castro MP, Crisci AR. Poluição tabagística ambiental (PTA) e suas consequências no aparelho respiratório e ganho de peso em ratos wistar. *Persp Online Biol Saude*. 2015;16(5):27-32.
 50. Jamielson, Dale. *Ética e meio ambiente: Uma introdução*. Tradução de André Luiz de Alvarenga. São Paulo: Editora Senac, São Paulo-SP.
 51. Nascimento MH, Sandoval PR. Tabagismo uma doença evitável. In: Andreoli CV, Torres PL (org). *Complexidade: redes e conexões do ser sustentável*. Curitiba, SENAR; 2014. p.832.
 52. Aliança de Controle do Tabagismo. *Tabagismo passivo: a terceira maior causa*

- de morte evitável de acordo com pesquisa americana. Disponível em <<http://www.actbr.org.br>>. Acesso em 20 de abril de 2016.
53. Rubio CR. Estudo sobre o uso de tabaco e de álcool por estudantes da área de saúde da Universidade de Brasília; 2014.
 54. Halty LS, Huttner MD, Neto IO, Fenker T. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos do Rio Grande,RS: prevalência e perfil do fumante. *Jornal de Pneumologia*. 2002; 28(2): 77-83.
 55. Pontes RMF. Perfil de salários do fumo na Universidade de Brasília. Universidade de Brasília, 2004.
 56. Brasil. Constituição da República federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em: HTTP:WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/. Acessado em 05 de maio de 2014.
 57. Silva ST da, Martins MC, Faria FR de, Cotta RMM. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Cien Saude Colet*. 2014;
 58. Melo RS de. Responsabilidade civil pelos danos à saúde do trabalhador decorrentes da exposição à fumaça do cigarro. *Revista Jus Navigandi*. Teresina, ano 17, no 3177, 13 mar. 2012. Disponível em <<http://jus.com.br/artigos1280>>. Acesso em 20 de junho de 2017.
 59. Brasil. Presidência da Casa Civil. Decreto nº 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. Altera o Regulamento da Previdência Social, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção-FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico e dá outr.
 60. Organização Mundial e Saúde. CIF-Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 9 ed. São Paulo: EDUSP; 2003.
 61. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999.
 62. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro, Rio de Janeiro, 2006.
 63. Faria E, Souza VLT. Sobre o conceito de identidade: apropriações em estudos sobre formação de professores. *Psicol Esc Educ*. 2011 jan-jun;15(1):35-42.
 64. Farrimond HR, Joffe H. Pollution, peril and poverty: a british study of the stigmatization of smokers. *J Community Appl Soc*. 2006; 16:481-491.

65. Dubar C. Socialização e a construção das identidades sociais e profissionais, Ed. Martins Fontes; São Paulo, 2005.
66. Galvão AC. Os muros (in)visíveis do preconceito: Um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dissertação [Mestrado em Psicologia do Social, do Trabalho e das Organizações] – Universidade de Brasília; 2009.
67. Berger P, Luckmann T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 31 ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p.151.
68. Serrano G. Identidad personal. In: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. p.319.
69. Thompson L, Pearce J, Barnett JR. Moralising geographies: Stigma, smoking islands and responsible subjects. 2007 Dec; 39(4): 508-517.
70. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LCT; 1988. p.14.
71. Goffman E. Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Vozes; 2011.
72. Suehara LY, Simone K, Maia M. Avaliação do envelhecimento facial relacionado ao tabagismo. An Bras Dermatol. 2006;81(1):34-9.
73. Model D. Smoker's face: an underrated clinical sign? BMJ. Dec, 1985; 291:1760-2.
74. Vilela EM, Mendes IJ. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enfermagem. 2003; 11(4): 525-31.
75. Leal GF. Exclusão social e ruptura dos laços sociais: análise crítica do debate contemporâneo. Florianópolis: Editora UFSC; 2011.
76. Stuber J, Galea S, Link BG. Stigma and smoking: the consequences of four good intentions. Soc Serv Review. Dec, 2009; 83:585-609.
77. Gugel MA. Discriminação Positiva. In: Revista do Ministério Público do Trabalho, Procuradoria Geral do Trabalho, ano X, no 19, março 2000, Brasília, DF. Disponível em <<http://www.anpt.org.br>>. Acesso em maio de 2017.
78. Junges JR. Bioética: perspectivas e desafios. São Leopoldo: Ed. Unisinos;1995.
79. Castel R. A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones? Tradução de Francisco Moras, Petrópolis-RJ: Vozes;2008. p.14.

80. Dos Santos GCR. O instituto da discriminação positiva como manifestação do princípio constitucional da igualdade. JusNavigandi.Disponível em<: <https://geiselramos.jusbrasil.com.br/artigos/146770275/o-instituto-da-discriminacao-positiva-como-manifestacao-d>.
81. Anjos MF dos, Siqueira JE (org). Bioética do Brasil: tendências e perspectivas. Idéias e Letras, São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.
82. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever. Revista Brasileira de Bioética. 2006; 2(2): 173-186.
83. Godoi AMM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. Saúde Soc. jan-mar, 2014; 23(1): 157-66.
84. Garrafa V, Kottow M, Saada A. Organizadores. Bases conceituais da Bioética: enfoque latino-americano. Tradução Luciana Moreira Prudenzi e Nicolás N. Campanário. São Paulo: Gaia; 2006.
85. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceria da autonomia. Rev Bras Bioética. 2006; 2(2):173-86.
86. Unesco.The principles of respect for human vulnerability:Report the international Bioethics Comitee of Unesco,United Nations Educattional and Cultural Organization,Place de Fontenay,75352,Paris,France; 2013.
87. Associação Médica Mundial. Declaração de Helsinque. Princípios Éticos para Pesquisa Médica Envolvendo Seres Humanos. 64^a Assembléia Geral da WMA, Fortaleza, Outubro; 2013.
88. Adorno RC. Os jovens e sua vulnerabilidade social. AAPCS-Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária. Ed.1^a. São Paulo; 2001.
89. Kottow M. Vulnerabilidade e proteção. In. Tealdi JC (dir), Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2008: 340-42.
90. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades/Distrito Federal. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>Acesso em 23 de maio de 2016.
91. Brasil. Secretaria de Estado e Gestão do Território e Habitação.Mapas. Disponível em< <http://www.segth.df.gov.br>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2016.
92. Bottorff JL, Haines-Saah R, Kelly MT, et al. Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: a scoping review. International Journal for Equity in Health. 2014;13:114.

93. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: 15 capitais, Distrito Federal 2002-2003, RJ: INCA; 2004.
94. Gunnar MR, Wewerka S, Frenn K, Long JD, Griggs C. Developmental changes in hypothalamus–pituitary–adrenal activity over the transition to adolescence: Normative changes and associations with puberty. *Development and psychopathology*. 2009;21(1):69-85.
95. Brasil. Casa Civil. Medida Provisória nº 2.190-34 de 23 de agosto de 2001. Publicada no DOU de 24.8.2001.
96. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretoria Colegiada nº 30, de 23 de maio de 2013.
97. Issa JS, Lopes GTM. Muito além do tabaco. *J. Bras.Pneumol.*, vol.40, São Paulo, Mar/Apr.2014. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/51806-37132014000200001>. Acesso em junho de 2017.
98. Delfino L. O fumante e o livre-arbítrio: um polêmico tema envolvendo a responsabilidade civil das indústrias do tabaco. *Revista Páginas de Direito*. Porto alegre, ano 8, no 736; 17 de março de 2008. Disponível em: <<http://www.tex.po.br/artigos-mar-2008/5960>.
99. Yamaguchi N. Guerra permanente ao tabagismo. *Aliança de Controle do Tabagismo*. Disponível em http://www.original.com.br/detalhe_noticias-php?codigo=17335. Acesso em 27 de maio de 2017.
100. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I et.al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumolog*. 2008; 34(10):845-880.
101. Junges JR. *Ética Ambiental*. São Leopoldo: Unisinos, 2004.
102. Kottow MH. Comentários Sobre Bioética, Vulnerabilidade e Proteção. Garrafa V, Pessini L (orgs.). In: *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo; Edições Loyola, 2003. p.71.
103. Da Silveira RLL. Globalização e dinâmica espacial do mercado mundial de tabaco: reflexos na organização e nos usos do território na região sul do Brasil.
104. Berlinguer G. Globalização e saúde global. *Estud Av*. 1999 jan-abr; 13(35): 21-38.
105. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 2º ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2012.
106. Garrafa V. Poder. Ética y Política. In: Tealdi JC (dir), *Diccionario*

- latinoamericano de bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2008: 531-33.
107. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da Bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005; 1(2):122.
 108. Brasil. Câmara Legislativa. Lei nº 4.307 , de 04 de fevereiro de 2009. DODF de 05.02.2009.
 109. Botelho CH. Globalização e a ética na exclusão social. In. Giralí N, Garrafa V, Siqueira JE, Prota L (orgs). *Bioética: Estudo e reflexões*. Londrina: Edições CEFIL. *Cadernos de Bioética*, 2003; 4(1): 129.
 110. Cunha T. Garrafa V. Vulnerability. *Cambridge Q. Health ethics communities*. 2016; 25(2):197-729.

CAPÍTULO 11. ANEXOS

11.1 APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNB

Saúde
Ministério da Saúde

 principal
 sair

Público
Pesquisador
Alterar Meus Dados

Cadastros

 JULIA MARIA DE SOUSA LEITE CORTEZ - Pesquisador | V3.0
Sua sessão expira em: 40min 00

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso do tabaco por frequentadores de restaurantes Asa Norte-Brasília à luz da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos.
Pesquisador Responsável: JULIA MARIA DE SOUSA LEITE CORTEZ
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 61608816.1.0000.0030
Submetido em: 24/03/2017
Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_742064

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 3 <ul style="list-style-type: none"> Pendência de Parecer (PO) - Versão 3 <ul style="list-style-type: none"> Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> Comprovante de Recepção - Submissão 7 Cronograma - Submissão 7 Declaração de Instituição e Infraestrutura Declaração de Pesquisadores - Submissão 7 Folha de Rosto - Submissão 7 Informações Básicas do Projeto - Submissão 7 Orçamento - Submissão 7 Outros - Submissão 7 Projeto Detalhado / Brochura Investigação TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa Apreciação 7 - UnB - Faculdade de Ciências da Saúde Projeto Completo </div>				

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	JULIA MARIA DE SOUSA LEITE CORTEZ	3	24/03/2017	28/03/2017	Aprovado	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	28/03/2017 15:36:29	Parecer liberado	3	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	PESQUISADOR	
PO	28/03/2017 15:33:10	Parecer do colegiado emitido	3	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	28/03/2017 12:09:48	Parecer do relator emitido	3	Membro do CEP	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	28/03/2017 11:56:50	Aceitação de Elaboração de Relatoria	3	Membro do CEP	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	26/03/2017 13:37:07	Confirmação de Indicação de Relatoria	3	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	26/03/2017 13:36:45	Indicação de Relatoria	3	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	26/03/2017 13:36:12	Aceitação do PP	3	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	24/03/2017 19:35:54	Submetido para avaliação do CEP	3	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	
PO	13/03/2017 17:27:33	Parecer liberado	2	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	PESQUISADOR	
PO	13/03/2017 17:27:06	Parecer do colegiado emitido	2	Coordenador	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	UnB - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília	

11.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Uso do tabaco por frequentadores de restaurantes na asa norte de Brasília à luz da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos”, sob a responsabilidade do pesquisador Júlia Maria de Sousa Leite Cortez.

O objetivo desta pesquisa é conhecer e descrever possíveis conflitos relacionados ao uso do fumo por frequentadores de alguns restaurantes no bairro asa norte e a percepção da bioética latino-americana. Serão levantadas questões éticas referentes ao ato de fumar e o ato de não fumar e consideradas as premissas contidas nos artigos presentes na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos.

O benefício esperado com a pesquisa é estimular a observância da lei 12.546 e incentivar atitudes que promovam relações sociais satisfatórias e qualidade de vida de pessoas em especial frequentadores de restaurantes em uma região administrativa do Distrito Federal.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de resposta a um questionário composto por trinta e duas questões com um tempo estimado em sessenta minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa poderá ser físico (cansaço) ou psicológico(desconforto emocional) já que durante a aplicação do questionário de perguntas fechadas (à sua escolha); aborda-se assuntos que envolvem isolamento social, discriminação, dor, doença e morte associada ao uso do tabaco na vida do participante da pesquisa ou de familiares e/ou amigos. Para minimizar os possíveis riscos, esta pesquisadora poderá, poderá abordar outros assuntos de forma a reduzir os possíveis impactos, poderá remarcar a aplicação do questionário para outro momento ou não mais fazê-lo, à critério do participante. Da mesma forma, esta pesquisadora estará à disposição do participante para qualquer intercorrência possível.

O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa e todas as despesas no decorrer da pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Júlia Maria de Sousa Leite Cortez através do telefone (61)34253336 e 61 981024015, disponível inclusive para ligação a cobrar e correio eletrônico julialeite734@yahoo.com.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte. Das 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na faculdade de Ciências da Saúde da UnB. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Brasília, ____ de _____ de _____.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

11.3 GUIA DE QUESTÕES SOBRE TABACO

Questões baseadas em GTSS-Global Tobacco Surveillance System e na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

Q1. Número de produtos fumados por dia:

Em média, quantos dos seguintes produtos, você atualmente fuma por dia/ semana? Diga-me, também se fuma o produto, mas não todos os dias /semanas.

ENTREVISTADOR: se o entrevistado relatar fumar o produto, mas não todos os dias/semanas, registre 888.

1. Cigarros industrializados? por dia/semana

ENTREVISTADOR:

2. Cigarros enrolados à mão por dia/semana

Verifique que

3. Kreteks..... por dia/semana

é o número de cigarros, não de maços

4. Cachimos (considere cachimos cheio) por dia/semana

5. Charutos ou cigarrilha..... por dia/semana

6. Número de sessões cachimbo ou narguile.. por dia/semana

7. Outros..... por dia/semana

Especifique: _____

Q02. Tentativa para deixar de fumar

Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar?

Sim.....1

Não.....2

Q03..Percepção de informação contra o cigarro em jornais/revistas

Nos últimos 30 dias, você viu informações sobre os riscos de fumar cigarros ou que estimulem a para de fumar na televisão?

Sim.....1

Não.....2

Nao aplicável.....7

Q04. Percepção da informação contra o cigarro na televisão

Nos últimos 30 dias você viu informação sobre os perigos de fumar cigarros ou que estimulem a parar de fumar na televisão?

Sim.....1

Não2

Não aplicável.....7

Q05. Percepção de advertências sanitárias em maços de cigarros.

Nos últimos 30 dias, você viu alguma advertência sanitaria nos maços de cigarro?

Sim.....1

Não.....2 > Finalizar seção

Não viu nenhum maço de cigarro.....7 > Finalizar seção

Q06. Pensando em parar de fumar por causa das advertências nos maços de cigarro.
Nos últimos 30 dias, as advertências nos maços de cigarro fizeram você pensar em parar de fumar?

Sim.....1
Nao.....2
Nao sabe.....7

Questões baseadas em artigos contidos na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos - DUBDH

Sobre o estabelecimento:

Q07. Há afixação de cartazes indicando a proibição da prática do fumo no local?

Sim.....1
Não.....2

Q08. Você já presenciou pessoas fumando em locais reservados no restaurante?

Sim.....1
Não.....2

No tocante ao art.3 da DUBDH que trata da dignidade humana e direitos humanos.

Q09. Você considera o ato de fumar tabaco um direito de expressão do fumante que deve ser garantido por lei?

Sim.....1
Não.....2

Q10. Você considera o fumo uma ameaça ao direito à saúde do não fumante?

Sim.....1
Não.....2

No que se refere ao art.8 da DUBDH que trata de vulnerabilidade de indivíduos e grupos, e a recomendação: "Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado"

Q11. Você já foi distanciado do convívio de amigos por fumar cigarro?

Sim.....1
Não.....2

Q12. Você já teve algum problema de exclusão ou distanciamento na família: esposa, filhos, netos e parentes devido ao uso do fumo?

Sim.....1
Não.....2

Q13. Você já excluiu alguém de se convívio pelo fato da pessoa ser fumante?

Sim.....1
Não.....2

Q14. Você já foi convidado a retirar-se de algum estabelecimento: restaurantes, bares, estádios por ser fumante?	
Sim.....	1
Não.....	2

No que se refere ao art.14.da DUBDH que trata da Responsabilidade social e saúde

Q15. Você concorda com a lei de proibição do uso do cigarro em locais fechados?	
Sim.....	1
Não.....	2

Q16. Você acha que o governo brasileiro diminui o uso do cigarro ao proibir que as pessoas fumem em locais fechados?	
Sim.....	1
Não.....	2

Q17. Você acha que o governo brasileiro fiscaliza e controla o uso do cigarro?	
Sim.....	1
Não.....	2

Q18. Você acha que as indústrias de cigarro no Brasil influenciam o consumo deste produto?	
Sim.....	1
Não.....	2

No que tange ao art.17 da DUBDH onde consta sobre Proteção do Meio Ambiente, da Biosfera e da Biodiversidade

Q19. Você considera que o uso do fumo prejudica o meio ambiente?	
Sim.....	1
Não	2