

AMBIENTES LIVRES DE FUMO

Informações Essenciais

“As evidências são claras, não existe nível seguro de exposição ao fumo passivo. Muitos países já tomaram uma atitude. Insisto para que todos os países que ainda não agiram deem esse passo importante e imediato para proteger a saúde de todos decretando leis que exijam a proibição total do fumo em locais públicos e ambientes de trabalho fechados”. -- Dr. Margaret Chan, Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde

Exposição global ao fumo passivo

- Globalmente, estima-se que 33% dos homens não fumantes e 35% das mulheres não fumantes estejam regularmente expostos ao fumo passivo.¹
- Em vários países, a fonte primária de exposição ao fumo passivo ocorre no local de trabalho.

Exposição ao fumo passivo no local de trabalho, por país	Bangladesh	63% ²
	China	63% ³
	Egito	61% ⁴
	Rússia	35% ⁵

- Entre as crianças, 40% estão expostas ao fumo passivo em locais públicos.¹

Danos do fumo passivo

- O fumo passivo é uma causa conhecida de câncer pulmonar, doenças cardíacas, baixo peso em recém-nascidos e problemas pulmonares crônicos, como bronquite, além de outros problemas de saúde.⁷ Não há níveis seguros de exposição ao fumo passivo.⁸
- Todos os anos, a exposição ao fumo passivo causa mais de 600.000 mortes prematuras.¹
 - De todas as mortes prematuras, 47% (281.000) ocorrem entre mulheres não fumantes e 28% (166.000) ocorrem entre crianças não fumantes.¹
- Não fumantes expostos ao fumo passivo em casa ou no trabalho têm um risco de desenvolver câncer de pulmão 20–30% maior.⁷
- A exposição ao fumo passivo aumenta o risco de doenças cardíacas coronarianas em 25–30%⁹ e o risco de um evento cardíaco coronariano agudo em 25–35%.¹⁰

Leis antifumo melhoram a saúde pública

As leis antifumo melhoram a saúde pública, reduzindo a exposição das pessoas ao fumo passivo, ajudando fumantes a reduzir o consumo de cigarros, e a parar de fumar.

- Um estudo com mais de 1.800 locais públicos em 32

países revelou que o nível de poluição do ar em ambientes fechados era 89% mais baixo que em locais sem fumo.¹¹

- Uma meta-análise conduzida pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos concluiu que as leis antifumo diminuem os eventos coronários agudos, como infarto do miocárdio.⁹
- Um relatório do Banco Mundial sobre a epidemia global de tabaco concluiu que restrições ao fumo podem reduzir o consumo geral de tabaco em 4–10%.¹³
- Nove meses após a lei antifumo da Irlanda de 2004, 59% dos fumantes relataram que haviam diminuído o número de cigarros em função da lei, 46% relataram que a lei aumentou sua probabilidade de parar, e, daqueles que pararam, 79% afirmaram que a lei os ajudou a ter sucesso.¹⁴

Leis antifumo beneficiam a economia

Os custos de saúde associados ao fumo passivo são altos. As leis antifumo beneficiam a economia, eliminando os custos de saúde associados ao fumo passivo. Em alguns casos, as leis antifumo têm um impacto positivo na indústria da hospitalidade.

- No Reino Unido, a exposição ao fumo passivo entre crianças custa pelo menos £9,7 milhões todos os anos em consultas médicas e tratamento de asma, £13,6 milhões em internações hospitalares e £4 milhões em medicamentos para asma para crianças com até 16 anos de idade.¹⁷
- Uma análise de 97 estudos publicados antes de agosto de 2002 sobre o impacto econômico de leis antifumo revelou que: “Os melhores estudos relatam que não há nenhum impacto ou há impacto positivo das leis antifumo em bares e restaurantes sobre as vendas ou sobre os empregos. Políticos e legisladores podem agir para proteger clientes e funcionários contra as toxinas do fumo passivo e rejeitar com confiança alegações da indústria de que haverá um impacto adverso para a economia.”¹⁹
- Na Argentina, um estudo das leis antifumo em Buenos Aires e nas províncias de Córdoba, Santa Fé e Tucumán mostrou que as leis não afetaram negativamente a rentabilidade de bares e restaurantes. No caso de Buenos Aires, há evidências de que as leis antifumo levaram a um aumento de 7–10% nas vendas de bares e restaurantes.²¹

Leis antifumo parciais e áreas ou salas designadas para fumo não funcionam

A única forma eficaz de proteger os trabalhadores e o público do fumo passivo é promulgar leis antifumo abrangentes aplicáveis a todo e qualquer local fechado de trabalho e lugar público, incluindo todos os restaurantes, bares e outros estabelecimentos comerciais onde há concentração de público.

- Na Espanha, a maioria dos locais de trabalho passou a ser totalmente livre de fumo em 2006. A lei permitiu que estabelecimentos de hospitalidade optassem por impor ou não restrições ao fumo. Essa lei não resultou em reduções significativas na exposição ao fumo passivo, sintomas respiratórios ou cotinina salivar (um biomarcador para exposição ao fumo passivo) entre trabalhadores em ambientes sem restrições ou com restrições parciais ao fumo.²³
- A Associação Norte-Americana de Engenheiros de Aquecedores, Refrigeradores e Ar Condicionado (ASHRAE), a principal associação de profissionais de ventilação, concluiu que o único meio de efetivamente eliminar os riscos para a saúde trazidos pela exposição em lugares fechados é proibir o ato de fumar.” A ASHRAE descobriu que nenhuma abordagem de engenharia, incluindo tecnologias atuais e avançadas de ventilação de diluição ou limpeza do ar, controla os riscos à saúde decorrentes da exposição à fumaça do tabaco em espaços onde o fumo ocorre.²⁶
- Documentos corporativos da British American Tobacco (BAT) reconhecem que ventilação e filtragem do ar são ineficazes na remoção do tabaco ambiental. Apesar desse conhecimento, a BAT intensivamente promove essas tecnologias na indústria de hospitalidade desde meados da década de 1990.²⁷

Artigo 8 da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco

Mais de 170 países ratificaram a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde, o primeiro tratado global de saúde pública.

- O artigo 8 da CQCT obriga as Partes a adotar e implementar medidas legislativas eficazes “oferecendo proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes de trabalho fechados, transporte público, locais públicos fechados e, conforme apropriado, outros lugares públicos.”

Em 2007, os países-membro da CQCT adotaram unanimemente as Diretrizes do Artigo 8 para auxiliar as Partes no cumprimento de suas obrigações sob o Artigo 8. As Diretrizes afirmam que:

- “Medidas efetivas que ofereçam proteção contra a exposição à fumaça de tabaco, conforme previsto no Artigo 8 da Convenção-Quadro da OMS, exigem a total

eliminação do fumo e da fumaça de cigarro em determinado ambiente ou espaço, para criar um ambiente com leis 100% antifumo.”

- “Abordagens que não sejam leis determinando ambientes 100% livres de fumo, incluindo ventilação, filtragem de ar e o uso de áreas determinadas para fumantes... repetidamente demonstraram-se ineficazes e há evidências conclusivas, científicas ou não, de que abordagens mecânicas não protegem contra a exposição à fumaça de tabaco.”
- Para ajudar a garantir a implementação bem-sucedida e o alto cumprimento, “após a adoção da legislação, deve haver uma campanha educativa que leve à implementação da lei, ao fornecimento de informações para proprietários de estabelecimentos e a zeladores de edifícios explicando a lei e suas responsabilidades e a produção de recursos, como sinalização.”

As leis antifumo são populares e viáveis

Muitos governos reconhecem a necessidade de leis antifumo. Os cidadãos apoiam a implementação de leis antifumo e querem ser protegidos contra os riscos do fumo passivo. O número de países com leis antifumo está aumentando, sinalizando um momentum crescente global para proteção contra a fumaça nociva do tabaco. Vários países, estados e cidades de diferentes culturas, climas e níveis de renda implementaram com sucesso leis 100% antifumo.

- Na Indonésia, quase nove em cada 10 indonésios (88%) são a favor da proibição do fumo em locais públicos e ambientes de trabalho fechados. Até 73% dos fumantes diários apoiam políticas antifumo.²⁸
- Em 2004, a Irlanda se tornou o primeiro país a aprovar uma lei nacional 100% antifumo. Um ano após a implementação, o apoio aumentou de 67% para 93%, e 98% sentiram que o local de trabalho estava mais saudável em função da lei.³¹ As taxas de cumprimento chegam a 95%.
- A Cidade do México aprovou uma lei 100% antifumo em abril de 2008. O apoio à lei aumentou de 50% em março de 2008 para 66% em dezembro de 2008. Durante o primeiro ano da lei, educação pública e fiscalização contínuas ajudaram a aumentar as taxas de cumprimento de 80% para 95%.³²

Principais mensagens

- **O fumo passivo é uma causa conhecida de morte e doenças. Não há nível seguro de exposição ao fumo passivo.**
- **As leis antifumo melhoram a saúde pública, reduzindo a exposição das pessoas ao fumo passivo, ajudando fumantes a reduzir o consumo de cigarros, e ajudando fumantes a parar de fumar.**

- **Leis antifumo não prejudicam a indústria da hospitalidade. Na verdade, em alguns países as leis antifumo demonstraram beneficiar a economia.**
- **A única forma eficaz de proteger os trabalhadores e o público do fumo passivo é promulgar leis antifumo abrangentes aplicáveis a todo e qualquer local fechado de trabalho e lugar público. Leis antifumo parciais e/ou áreas ou salas designadas para fumo não funcionam.**
- **As Partes da CQCT são legalmente obrigadas a adotar e implementar leis antifumo eficazes.**
- **As leis antifumo são viáveis em todos os países, independentemente de cultura, clima e nível de renda.**

(1) Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Pruss-Ustun A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet* 2010. (2) Ministry of Health and Family Welfare Bangladesh, World Health Organization Country Office of Bangladesh. Global Adult Tobacco Survey: Bangladesh Report 2009: World Health Organization, 2009. (3) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: China. Atlanta: CDC, 2010. (4) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Egypt: CDC, WHO, 2009. (5) Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Fact Sheet: Russian Federation: CDC, WHO, 2009. (6) U.S. Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010. (7) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, 2006. (8) World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Lyon: WHO IARC, 2004. (9) U.S. Institute of Medicine. Secondhand smoke exposure and cardiovascular effects: Making sense of the evidence. Washington, DC: Institute of Medicine, 2009. (10) World Health Organization International Agency for Research on Cancer. Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. IARC Handbook of Cancer Prevention. Lyon: WHO IARC, 2009. (11) Hyland A, Travers MJ, Dresler C, Higbee C, Cummings KM. A 32-country comparison of tobacco smoke derived particle levels in indoor public places. *Tob Control* 2008;17(3):159-65. (12) New York City Department of Finance, Department of Health and Mental Hygiene, Department of Small Business Services, Economic Development Corporation. The state of smoke-free New York City: A one-year review. New York: Department of Health and Mental Hygiene, 2004. (13) The World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The World Bank, 1999. (14) Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, et al. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco Control* 2006;15 Suppl 3:iii51-8. (15) Botello-Harbaum MT, Haynie DL, Iannotti RJ, Wang J, Gase L, Simons-Morton B. Tobacco control policy and adolescent cigarette smoking status in the United States. *Nicotine Tob Res* 2009;11(7):875-85. (16) Mackay D, Haw S, Ayres JG, Fischbacher C, Pell JP. Smoke-free legislation and hospitalizations for childhood asthma. *N Engl J Med* 2010;363(12):1139-45. (17) Royal College of Physicians. Passive Smoking and Children: A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2010. (18) Behan DF, Eriksen MP, Lin Y. Economic effects of environmental tobacco smoke. Schaumburg: Society of Actuaries, 2005. (19) Scollo M, Lai A, Hyland A, Glantz S. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tob Control* 2003;12(1):13-20. (20) van Walbeek C, Blecher E, van Graan M. Effects of the Tobacco Products Control Amendment Act of 1999 on restaurant revenues in South Africa--a survey approach. *S Afr Med J* 2007;97(3):208-11. (21) Gonzalez-Rozada M, Molinari M, Virgolini M. The economic impact of smoke-free laws on sales in bars and restaurants in Argentina. *CVD Prevention and Control* 2008;3(4):197-203. (22) World Health Organization. Protection from exposure to second-hand smoke: Policy recommendations, 2007. (23) Fernandez E, Fu M, Pascual JA, Lopez MJ, Perez-Rios M, Schiaffino A, et al. Impact of the Spanish smoking law on exposure to second-hand smoke and respiratory health in hospitality workers: a cohort study. *PLoS One* 2009;4(1):e4244. (24) Capital Medical University. Fine Particles Density Monitoring Research on the Air in Six Types of Places in Beijing. Beijing: Capital Medical University, 2008. (25) Erazo M, Iglesias V, Droppelmann A, Acuna M, Peruga A, Breyse PN, et al. Secondhand tobacco smoke in bars and restaurants in Santiago, Chile: evaluation of partial smoking ban legislation in public places. *Tob Control* 2010;19(6):469-74. (26) American Society of Heating Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). Environmental tobacco smoke: Position document. Atlanta: ASHRAE, 2005. (27) Leavell NR, Muggli ME, Hurt RD, Repace J. Blowing smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. *British Medical Journal* 2006;332(7535):227-29. (28) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Indonesia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (29) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Ukraine. Survey: Quirk Global Strategies, 2008. (30) Quirk Global Strategies. Smoke-free Support in Russia. Survey: Quirk Global Strategies, 2010. (31) Office of Tobacco Control. Smoke-Free Workplaces in Ireland: A One-Year Review. Clane: Office of Tobacco Control, 2005. (32) Crosbie E, Sebrle EM, Glantz SA. Strong advocacy led to successful implementation of smokefree Mexico City. *Tob Control* 2011;20(1):64-72.