



COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 30.1.2007
COM(2007) 27 final

LIVRO VERDE

Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário

(apresentado pela Comissão)

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	4
II.	JUSTIFICAÇÃO DA ACÇÃO	5
1.	Considerações em matéria de saúde.....	5
1.1.	Impacto na saúde da exposição ao FTA.....	5
1.2.	Níveis de exposição	6
1.3.	Impacto de uma iniciativa em prol de zonas sem fumo	7
2.	Considerações de índole económica	7
2.1.	Incidências económicas.....	7
2.2.	Impacto de uma iniciativa em prol de zonas sem fumo	8
2.3.	Eventuais consequências involuntárias	8
3.	Considerações de índole social	9
3.1.	Apoio da opinião pública à legislação antitabaco	9
3.2.	Incidência no consumo de tabaco	9
3.3.	Incidência na equidade social.....	9
4.	Dinâmica de acção	10
III.	LEGISLAÇÃO EM VIGOR.....	10
1.	Disposições nacionais	10
2.	Disposições comunitárias.....	11
IV.	ALCANCE DE UMA INICIATIVA EM PROL DE ZONAS SEM FUMO	12
1.	Proibição total do tabaco	13
2.	Proibição total do tabaco com derrogações.....	15
2.1.	Excepção para o sector HORECA com licença de venda de bebidas alcoólicas.....	15
2.2.	Derrogações para bares e cafés sem restauração.....	16
2.3.	Salas de fumo estanques com ventilação independente.....	16
V.	OPÇÕES ESTRATÉGICAS	17
1.	Manter o status quo	18
2.	Medidas de carácter voluntário	19
3.	Método aberto de coordenação	20
4.	Recomendação da Comissão ou do Conselho.....	20

5.	Legislação de carácter vinculativo	21
VI.	OBSERVAÇÕES FINAIS	22
VII.	ANNEXES.....	24

I. INTRODUÇÃO

A exposição ao fumo do tabaco presente no ambiente (FTA) – também chamada «tabagismo passivo» – continua a ser responsável por uma morbilidade e mortalidade excessivas na União Europeia, com custos significativos para toda a sociedade.

A acção coordenada por uma «Europa sem fumo» é uma das prioridades da política da Comissão no domínio da saúde pública, do ambiente, do emprego e da investigação. No seu plano de acção «Ambiente e Saúde - 2004-2010», a Comissão comprometeu-se a promover a melhoria da qualidade do ar em recintos fechados, em especial através da promoção da proibição do tabaco em todos os locais de trabalho mediante o recurso aos mecanismos legais e às iniciativas de promoção da saúde tanto a nível europeu como nacional.

Já foram tomadas muitas medidas para promover zonas sem fumo na UE. Em princípios dos anos noventa, algumas directivas comunitárias em matéria de saúde e segurança no trabalho vieram limitar o tabaco no trabalho. Estas directivas foram completadas pela Resolução do Conselho de 1989¹ e a Recomendação sobre a Prevenção do Tabagismo de 2002², que convidou os Estados-Membros a proporcionar protecção contra a exposição ao FTA em locais de trabalho fechados, recintos públicos fechados e transportes públicos. Para além da acção legislativa, duas campanhas antitabaco nos meios de comunicação social – «Não hesites em dizer não» (2001-2004) e «HELP: Por uma vida sem tabaco» (2005-2008) – procuraram chamar a atenção para os riscos do tabagismo passivo e a promoção de estilos de vida sem tabaco, particularmente junto dos jovens.

A legislação nacional varia significativamente consoante os Estados-Membros. A Comissão congratula-se com o belo exemplo dado pela Irlanda, Itália, Malta, Suécia e, parcialmente, pelo Reino Unido, e incentiva todos os Estados-Membros a, sem delongas, introduzirem medidas eficazes para proteger os cidadãos dos efeitos prejudiciais do tabagismo passivo.

A nível internacional, a Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco (CQLA) da Organização Mundial de Saúde (OMS), assinada por 168 partes³ e ratificada por 141, incluindo a Comunidade, reconhece que a ciência estabeleceu inequivocamente que a exposição ao fumo do tabaco é causa de morte, doenças e incapacidades. A Convenção obriga a Comunidade e os seus Estados-Membros a combater a exposição ao fumo do tabaco nos locais de trabalho fechados, transporte públicos e recintos públicos fechados.

O objectivo do presente Livro Verde é lançar um amplo processo de consulta e um debate público aberto sobre a melhor forma de combater o tabagismo passivo na UE, que mobilizem as instituições comunitárias, os Estados-Membros e a sociedade civil.

A Comissão procederá a uma análise rigorosa dos comentários recebidos em resposta ao presente Livro Verde e, com base nisso, decidirá das eventuais novas acções a empreender. O relatório sobre os resultados da consulta está previsto para o primeiro semestre de 2007. Paralelamente, prosseguir-se-á o trabalho mais abrangente relativo à qualidade do ar em recintos fechados, a título de acompanhamento do plano de acção «Saúde e ambiente».

II. JUSTIFICAÇÃO DA ACÇÃO

1. CONSIDERAÇÕES EM MATÉRIA DE SAÚDE

1.1. Impacto na saúde da exposição ao FTA

O FTA contém mais de 4 000 substâncias químicas, incluindo mais de 50 agentes cancerígenos conhecidos e muitos agentes tóxicos. Não foi estabelecido nenhum nível seguro relativamente à exposição ao FTA, nem há quaisquer expectativas de que investigações suplementares venham a identificá-lo.

O FTA foi classificado como um **agente cancerígeno para o homem** pela Agência de Protecção do Ambiente (Environmental Protection Agency) americana em 1993, pelo Departamento de Saúde e Serviços à Pessoa (Department of Health and Human Services) americano em 2000 e pelo Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC) da OMS em 2002. Além disso, foi classificado como **agente cancerígeno no local de trabalho** pelos governos finlandês (2000) e alemão (2001). Recentemente, a Agência de Protecção do Ambiente (Environment Protection Agency) californiana classificou o fumo do tabaco enquanto «**contaminante tóxico do ar**».

Várias revisões de literatura recentes confirmaram a gravidade dos riscos para a saúde e a vida associados ao tabagismo passivo⁴. Sabe-se que o tabagismo passivo crónico é causa de muitas das mesmas doenças provocadas pelo tabagismo activo, incluindo cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e doenças infantis.

Uma revisão de literatura realizada pela OMS-CIIC concluiu que, para os não fumadores que vivem com um fumador, o risco de contrair cancro do pulmão é superior em 20% a 30%. O risco acrescido da exposição no local de trabalho foi calculado em 12% a 19%⁵. As relações entre exposição ao FTA e outros tipos de cancro são menos claras.

Sabe-se que viver com um fumador aumenta o risco de doenças cardíacas coronárias para os não fumadores em **25% a 30%**⁶ (um estudo recente indica que este número poderá mesmo ser mais elevado)⁷. Há cada vez mais indícios de existência de uma relação causal entre tabagismo passivo e acidentes vasculares cerebrais nos não fumadores, embora seja necessária investigação suplementar para estimar esse risco⁸.

O tabagismo passivo está associado a **doenças respiratórias**⁹ e é um importante factor de agravamento para pessoas com asma, alergias e doenças pulmonares obstrutivas crónicas conducentes à exclusão social e laboral. Um inquérito pan-europeu recente realizado junto de grandes asmáticos concluiu que uma das suas maiores ambições para o futuro era poderem respirar ar puro¹⁰.

O tabagismo passivo é especialmente perigoso para **recém-nascidos e crianças de tenra idade**, estando associado à morte súbita do recém-nascido, à pneumonia, bronquite, asma e aos sintomas respiratórios, bem como às patologias do ouvido médio. A exposição das **mulheres grávidas** ao FTA pode ser causa de baixo peso do bebé à nascença, morte fetal e parto prematuro¹¹.

As investigações mais recentes apontam para o facto de a exposição ao FTA duplicar praticamente o risco de sofrer de degeneração macular relacionada com a idade - a principal causa de perda de visão na UE¹².

A maioria dos efeitos adversos para a saúde da exposição ao FTA apresenta uma relação linear dose-resposta – ou seja, o risco aumenta regularmente em função do aumento da exposição. O nível de risco individual é baixo comparado com o tabagismo activo (p. ex., 1,2 e 20, respectivamente, para o cancro do pulmão). Não obstante, o impacto da doença é considerável atendendo ao grande número de pessoas expostas.

Além disso, a **relação dose-resposta** para as doenças cardíacas é **não-linear**. O risco de doença cardíaca decorrente do tabagismo passivo equivale praticamente a metade do risco do consumo de 20 cigarros por dia. Mesmo quantidades muito pequenas de fumo de tabaco podem ter consequências imediatas para a coagulação e formação de trombos, assim como efeitos a longo prazo no desenvolvimento de arteriosclerose - todos factores importantes nas doenças cardíacas¹³. Isto é muito importante: as doenças cardíacas são a causa mais comum de morte na UE, tanto para fumadores como para não fumadores.

De acordo com as estimativas mais recentes – aliás, conservadoras - da parceria entre a Sociedade Respiratória Europeia (European Respiratory Society), a fundação Investigação do Cancro do Reino Unido (Cancer Research UK) e o Instituto Nacional do Cancro (Institut National du Cancer) francês, morrem anualmente **mais de 79 000 adultos** em consequência do tabagismo passivo nos 25 países da UE. Sabe-se que o tabagismo passivo **no local de trabalho** provocou mais de **7 000 mortes** na UE em 2002, enquanto a exposição **em casa** foi responsável por mais **72 000 mortes**. Estas estimativas incluem a mortalidade devida a doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, cancro do pulmão e algumas doenças respiratórias provocadas pelo tabagismo passivo. Omitem porém a mortalidade nos adultos devida a outras doenças relacionadas com a exposição ao FTA (como a pneumonia), a mortalidade infantil e ainda a significativa morbidade, aguda e crónica, provocada pelo tabagismo passivo¹⁴.

1.2. Níveis de exposição

Os principais locais de exposição crónica e intensiva ao FTA são a **casa** e o **local de trabalho**¹⁵. De acordo com o relatório elaborado em 1998 pelo Sistema de Informação sobre Exposição Profissional a Agentes Cancerígenos (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens - CAREX), a exposição ao FTA era a segunda forma de exposição mais comum a agentes cancerígenos (após a radiação solar) na UE-15. Cerca de 7,5 milhões de trabalhadores europeus foram expostos ao tabagismo passivo durante pelo menos **75% do seu tempo de trabalho** no período de 1990 a 1993¹⁶.

Um estudo realizado em 2001 e 2002 em diferentes recintos públicos de sete cidades europeias revelou que o fumo do tabaco estava presente na maioria dos recintos públicos estudados, incluindo restaurantes, cafés e bares, espaços de lazer, transportes, hospitais e estabelecimentos educativos. As concentrações de FTA mais elevadas foram detectadas em bares e discotecas, equivalendo uma exposição de quatro horas numa discoteca a viver um mês com um fumador¹⁷. A conclusão que

aponta para o facto de os níveis de exposição serem excepcionalmente elevados em restaurantes, cafés e bares foi confirmada por outros estudos, segundo os quais a exposição média dos empregados de bar é três ou mais vezes superior à exposição decorrente de viver numa casa onde se fuma¹⁸.

Recentemente, a legislação antitabaco conduziu a uma eliminação quase total da exposição no local de trabalho em alguns Estados-Membros e em alguns tipos de estabelecimentos, enquanto que nos países que não aplicam proibições totais a exposição permanece elevada, particularmente no sector da hotelaria, restauração e cafetaria (sector HORECA) e das actividades de lazer¹⁹.

A fim de estimar a exposição ao FTA em toda a UE, o Grupo de Peritos em Biomonitorização Humana²⁰ da UE recomendou a inclusão da cotinina (um importante marcador biológico da exposição ao FTA) na lista de candidatos ao futuro projecto-piloto da EU no domínio da biomonitorização humana. Os Estados-Membros apoiaram essa recomendação em várias ocasiões.

1.3. Impacto de uma iniciativa em prol de zonas sem fumo

Uma iniciativa desta natureza não só protegeria as pessoas dos efeitos nocivos da exposição ao FTA como também contribuiria para reduzir o consumo de tabaco junto da população em geral. No plano da saúde, a redução do tabagismo passivo e activo traduzir-se-ia numa **diminuição da morbilidade e da mortalidade** provocada pelas grandes patologias – sobretudo cancro do pulmão, insuficiência coronária, doenças respiratórias e acidentes vasculares cerebrais – bem como no aumento da esperança de vida. Embora possam ser necessários cerca de 30 anos para que os benefícios para a saúde sejam plenamente visíveis, basta um período de um a cinco anos para que se registem progressos consideráveis sobretudo no que se refere às doenças respiratórias e cardiovasculares.

O projecto CHOICE, gerido pela OMS, identifica os recintos públicos sem tabaco como a **segunda forma mais eficaz de intervenção** para diminuir a mortalidade e a morbilidade relacionadas com o consumo de tabaco, a seguir ao aumento dos impostos (ver anexo I).

2. CONSIDERAÇÕES DE ÍNDOLE ECONÓMICA

2.1. Incidências económicas

Dados provenientes dos Estados-Membros (Reino Unido e Irlanda) e de países terceiros sugerem que a exposição ao FTA gera enormes custos individuais e sociais, embora a incidência global para a UE-27 esteja ainda por determinar. A incidência no **conjunto da economia** inclui os custos directos relativos às crescentes despesas de cuidados de saúde para as doenças relacionadas com o tabaco, bem como os custos indirectos ligados a perdas de produtividade e à perda de impostos sobre o rendimento e contribuições para a segurança social dos fumadores e das vítimas do tabagismo passivo que, de outro modo, exerceriam uma actividade profissional remunerada²¹.

A incidência económica é particularmente elevada para os **empregadores** e inclui a produtividade mais baixa dos trabalhadores devido às pausas para fumar e ao número crescente de ausências por doença; estragos devidos a incêndios provocados, por exemplo, pelos cigarros, bem como custos adicionais de limpeza e decoração relacionados com os hábitos tabágicos²². No Canadá, o custo anual de um trabalhador fumador comparado com o de um não fumador foi estimado em 2 565 dólares canadianos em 1995. Calcula-se que as perdas dos empregadores escoceses devidas a uma menor produtividade, taxas de absentismo mais elevadas e estragos provocados por incêndios de origem accidental devidos ao tabaco se situem entre 0,51% e 0,77% do produto interno bruto escocês (PIB) em 1997. Na Irlanda, a estimativa equivalente era de 1,1 a 1,7% do PIB em 2000²³.

2.2. Impacto de uma iniciativa em prol de zonas sem fumo

A longo prazo, os potenciais efeitos benéficos para a saúde resultantes de uma política antitabaco poderiam ter **consequências económicas importantes**. De acordo com as avaliações de impacto levadas a cabo no Reino Unido, os benefícios líquidos a longo prazo de uma política antitabaco seriam de 1,714 a 2,116 mil milhões de libras anuais²⁴. Na Escócia, no País de Gales e na Irlanda do Norte, os benefícios líquidos da proibição do tabaco foram calculados em, respectivamente, 4,387 e 2,096 mil milhões de libras em 30 anos, e 1,101 mil milhões de libras em 20 anos²⁵.

2.3. Eventuais consequências involuntárias

Como as políticas antitabaco irão motivar alguns fumadores a deixar de fumar, ou a fumar menos, **a indústria do tabaco pode sofrer perdas**, o que poderá conduzir a uma redução do emprego no sector do tabaco. Contudo, os empregos relacionados com a indústria do tabaco representam uma percentagem relativamente pequena do emprego total na UE. Em 2000, o emprego ligado à indústria do tabaco (cultura do tabaco, transformação e fabricação) correspondia a 0,13% do emprego total na EU-15²⁶. Além disso, o dinheiro despendido actualmente em tabaco é susceptível de ser gasto noutros bens e serviços, criando empregos noutros sectores da economia.

Uma redução dos níveis do tabagismo activo significará também uma **perda de receitas fiscais para os Estados-Membros** (impostos especiais sobre o consumo e IVA). Note-se, porém, que apesar de gerarem receitas importantes, os impostos sobre os cigarros não constituem na maioria dos países da UE uma parte significativa do orçamento do Estado (1 a 5%). As excepções a esta regra são a República Checa, a Polónia e a Grécia, países em que os impostos sobre os cigarros correspondiam a 6%, 7% e 9% das receitas fiscais do Estado em 1999²⁷. Para além de reduzir os custos societários decorrentes do tabagismo, a proibição do tabaco aumentaria o rendimento disponível dos agregados familiares com hábitos tabágicos; assim, as receitas do IVA geradas pelas despesas e investimentos alternativos dessas famílias viriam compensar parcialmente a perda de receitas.

Podem esperar-se algumas perdas de produção por parte de fumadores que, sendo actualmente autorizados a fumar no trabalho, continuarão a fazê-lo, interrompendo o trabalho e saindo do edifício para esse efeito.

3. CONSIDERAÇÕES DE ÍNDOLE SOCIAL

3.1. Apoio da opinião pública à legislação antitabaco

Cerca de 70% dos cidadãos comunitários não fumam²⁸ e os estudos demonstram que a maioria dos fumadores quer deixar de fumar²⁹.

De acordo com o recente **inquérito Eurobarómetro** sobre as «atitudes dos europeus perante o tabaco»³⁰, três quartos dos europeus estão conscientes de que o fumo do tabaco põe em risco a saúde dos não fumadores, enquanto 95% reconhecem que fumar na presença de uma mulher grávida pode ser muito perigoso para o bebé.

Os resultados do inquérito demonstram que **as políticas antitabaco contam com o apoio dos cidadãos comunitários** (ver anexo III). Em cada cinco inquiridos, mais de quatro são favoráveis à proibição de fumar no local de trabalho (86%) e em qualquer outro espaço público fechado (84%). A maioria dos europeus é também a favor da proibição do tabaco em bares (61%) e restaurantes (77%). O apoio aos bares (mais de 80%) e restaurantes (mais de 90%) reservados a não fumadores é mais elevado nos quatro Estados-Membros que já proibiram o tabaco neste tipo de estabelecimentos. Este é mais um indício de que o apoio às políticas antitabaco tende a aumentar na fase preparatória à sua introdução, acentuando-se esta tendência após a sua entrada em vigor³¹.

3.2. Incidência no consumo de tabaco

Um importante benefício indirecto das políticas antitabaco é o do aumento da sensibilização das pessoas para os perigos do tabagismo activo e passivo, contribuindo assim para a «**desnormalização**» do tabaco na sociedade. Uma mudança de percepção poderia conduzir à alteração dos hábitos tabágicos e, por exemplo:

- incitar os fumadores a decidir deixar de fumar ou a diminuir o consumo, apoiando-os no processo de cessação³²;
- desincentivar as crianças e os jovens de começar a fumar³³. A proibição de fumar em lugares de diversão – onde muitas vezes os jovens «experimentam» cigarros – pode ter um impacto importantíssimo;
- dissuadir os fumadores de fumar na presença de não fumadores, em especial, crianças e mulheres grávidas, mesmo que não haja disposições reguladoras nessa matéria (por exemplo, em casa e nos automóveis privados)³⁴. Fazê-lo é importante uma vez que os principais malefícios dizem respeito a crianças expostas ao tabagismo passivo em casa, uma esfera que não pode ser regulada.

3.3. Incidência na equidade social

As políticas antitabaco poderiam igualmente contribuir para a diminuição das desigualdades socioeconómicas no plano da saúde. Dado que a probabilidade de se ser fumador e estar exposto ao fumo dos outros é significativamente maior para os que têm níveis de habilitações, rendimentos e estatuto profissional mais baixos, seriam os grupos sociais mais desfavorecidos quem mais beneficiaria com a adopção de medidas em prol de zonas sem fumo.

4. DINÂMICA DE ACÇÃO

Sendo parte na **Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco (CQLA)** da OMS, a Comunidade tem a obrigação legal de adoptar medidas em prol de zonas sem fumo. Ao abrigo do artigo 8.º da CQLA, cada uma das partes assumiu o compromisso de adoptar e aplicar medidas legislativas, de execução, administrativas e/ou outras medidas eficazes tendo em vista a protecção contra a exposição ao fumo do tabaco em locais de trabalho fechados, transportes públicos, recintos públicos fechados e, se for caso disso, outros espaços públicos. Aquando da Primeira Conferência das Partes na CQLA, realizada em Fevereiro de 2006, foi acordado elaborar orientações relativas a zonas sem fumo, que serão apresentadas à Segunda Conferência das Partes prevista para o primeiro semestre de 2007.

Na sua Recomendação de 2002 relativa à prevenção do tabagismo e a iniciativas destinadas a reforçar a luta antitabaco, o **Conselho da União Europeia** convidou a Comissão «a considerar até que ponto se mostram eficazes as medidas indicadas na presente recomendação e a analisar a necessidade de novas acções, em particular se forem identificadas disparidades no mercado interno nos domínios abrangidos pela presente recomendação». Além disso, numa reunião do **Comité de Regulamentação «Tabaco»**³⁵, em Setembro de 2005, os Estados-Membros anuíram em que uma iniciativa da Comissão sob a forma de Livro Verde ou comunicação contribuiria para divulgar boas práticas e apoiar os esforços nacionais em prol de zonas sem fumo.

Na sua resolução de Fevereiro de 2005 sobre o plano de acção «Ambiente e saúde» apresentado pela Comissão, o **Parlamento Europeu** congratulou-se «com a vontade que a Comissão demonstra de continuar a tomar medidas para erradicar o tabagismo nos recintos fechados» e encorajou-a a «classificar o fumo do tabaco no ambiente como agente cancerígeno de classe 1»³⁶.

O valor acrescentado da acção comunitária foi também reconhecido no relatório «**Tabaco ou Saúde na União Europeia**» (Tobacco or Health in the European Union), elaborado por conta da Comissão por um grupo de peritos no domínio da luta antitabaco³⁷. O interesse de uma intervenção a nível europeu voltou a ser destacado no âmbito de dois projectos pan-europeus relativos à poluição do ar em recintos fechados, financiado ao abrigo do programa comunitário no domínio da saúde pública. O **relatório INDEX** publicado pelo Centro Comum de Investigação da UE estabeleceu uma lista de cinco substâncias químicas prioritárias (todas presentes no fumo do tabaco) cuja presença em recintos fechados tem de ser regulamentada, recomendando a proibição do tabaco em todos os recintos fechados sob jurisdição pública e em todos os locais de trabalho³⁸. Uma recomendação idêntica foi formulada no **relatório THADE**³⁹ que identificou o FTA como o factor que mais contribui para a concentração de partículas nos edifícios em que se fuma.

III. LEGISLAÇÃO EM VIGOR

1. DISPOSIÇÕES NACIONAIS

Há nos Estados-Membros uma tendência clara em prol de zonas sem fumo, instigada nomeadamente pelos requisitos legais comunitários e internacionais. Hoje em dia,

todos os Estados-Membros possuem alguma forma de regulamentação com vista a limitar a exposição ao FTA e os seus efeitos nocivos na saúde. O âmbito e a natureza destas regulamentações variam significativamente. A Irlanda (em Março de 2004) e Escócia (em Março de 2006) já introduziram a proibição total do tabaco **em todos os recintos públicos fechados e em todos os locais de trabalho**, incluindo cafés e restaurantes. Na Irlanda do Norte, Inglaterra e País de Gales, a proibição total do tabaco deverá entrar em vigor no Verão de 2007.

A **proibição do tabaco, acompanhada de derrogações**, introduzida em Itália (Janeiro de 2005), Malta (Abril de 2005) e na Suécia (Junho de 2005) autoriza os empregadores a criar salas de fumo estanques, dotadas de sistemas de ventilação independentes. A entrada em vigor de medidas semelhantes em França está prevista para Fevereiro de 2007 (período de transição para o sector HORECA até Janeiro de 2008) e na Finlândia para Junho de 2007. A Lituânia tenciona proibir o tabaco (com excepção dos «clubes de charutos e cachimbos» especialmente equipados) a partir de Janeiro de 2007.

Alguns outros Estados-Membros proibiram o tabaco em todos os recintos públicos fechados e em todos os locais de trabalho, **com excepção do sector HORECA**, ao qual se aplicam proibições parciais. Estes países incluem, por exemplo, a Bélgica, Chipre, a Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia e os Países Baixos.

A maioria dos Estados-Membros tem legislação que proíbe o tabaco nos **principais recintos públicos**, como estabelecimentos de saúde, educativos e da administração pública, bem como teatros, cinemas e transportes públicos. As restrições ao consumo de tabaco no local de trabalho são menos comuns. A força das medidas varia entre resoluções ou acordos voluntários e leis severas que prevêem sanções no caso de incumprimento.

Em consequência de regulamentos incompletos ou da ausência de medidas de aplicação, os governos nacionais e os empregadores foram com frequência alvo de processos movidos por cidadãos, devido aos efeitos nocivos do tabagismo passivo sobre a sua saúde⁴⁰.

Em diversos Estados-Membros, as disposições de âmbito nacional são reforçadas por disposições mais limitativas **a nível regional e/ou local**. O quadro jurídico é igualmente completado por medidas auto-reguladoras, havendo um número crescente de locais de trabalho, escolas, hospitais, transportes públicos, etc., a aderir, numa base voluntária, à proibição do tabaco. São cada vez mais as medidas para incentivar o pessoal a deixar de fumar e promover a qualidade do ar em recintos fechados enquanto direito fundamental de todos os cidadãos e trabalhadores.

2. DISPOSIÇÕES COMUNITÁRIAS

A nível comunitário, a questão das zonas sem fumo foi abordada em **resoluções e recomendações não vinculativas** que incentivaram os Estados-Membros a prever protecção adequada contra a exposição ao FTA. A título de exemplo, a **Resolução do Conselho de 1989 (89/C 189)**⁴¹ respeitante à proibição de fumar nos locais que acolhem público convidava os Estados-Membros a proibir o fumo nos estabelecimentos públicos e em todos os transportes públicos. Mais recentemente, a

Recomendação 2003/54/CE do Conselho⁴² relativa à prevenção do tabagismo e a iniciativas destinadas a reforçar a luta antitabaco convidou os Estados-Membros a implementar medidas eficazes de modo a assegurar protecção contra a exposição ao fumo do tabaco nos locais de trabalho fechados, em locais públicos fechados e nos transportes públicos.

Embora não mencione explicitamente o tabaco, a **Directiva-Quadro relativa à Segurança e à Saúde dos Trabalhadores no Trabalho** (89/391/CEE)⁴³ cobre todos os riscos para a saúde e segurança de trabalhadores⁴⁴, exigindo que o empregador avalie os riscos presentes no local de trabalho e introduza medidas adequadas de prevenção e protecção contra os mesmos.

Além disso, algumas directivas especiais no domínio da saúde e segurança no trabalho, que estabelecem «**requisitos mínimos**» relativos a riscos específicos, prevêm certas disposições garantindo a **protecção dos trabalhadores contra o FTA** (ver parágrafo seguinte). Os Estados-Membros têm de transpor estas directivas para o direito nacional e aplicá-las correctamente. De acordo com o Tratado, os Estados-Membros podem adoptar medidas mais restritivas.

A **Directiva relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde para os locais de trabalho** (89/654/CEE)⁴⁵, assim como as directivas relativas aos estaleiros temporários ou móveis (92/57/CEE)⁴⁶, às indústrias extractivas por perfuração (92/91/CEE)⁴⁷ e às indústrias extractivas (92/104/CEE)⁴⁸ exigem que os empregadores garantam suficiente ventilação e ar fresco nos locais de trabalho fechados e protejam os não fumadores contra o incómodo provocado pelo fumo do tabaco nos locais de descanso e de convívio.

A **Directiva relativa a agentes cancerígenos ou mutagénicos** (2004/37/CE)⁴⁹ e a **Directiva relativa ao amianto** (83/477/CEE)⁵⁰ proíbem o tabaco nas zonas de processamento de, respectivamente, agentes cancerígenos/mutagénicos e amianto. A **Directiva relativa às trabalhadoras grávidas** (92/85/CEE) exige que os empregadores tomem medidas para proteger a mulher grávida e lactante contra a exposição ao monóxido de carbono.

Certos componentes do FTA (como o arsénio, 1,3-butadieno, benzeno e óxido de propileno) estão classificados como cancerígenos no anexo 1 da **Directiva relativa às substâncias perigosas** (67/548/CEE)⁵¹. O fumo do tabaco propriamente dito não cai no âmbito da legislação comunitária em matéria de produtos químicos, uma vez que essa legislação só se aplica a substâncias e preparações que são **colocadas no mercado** nos Estados-Membros⁵².

IV. ALCANCE DE UMA INICIATIVA EM PROL DE ZONAS SEM FUMO

Uma questão fundamental que se coloca relativamente a uma iniciativa em prol de zonas sem fumo é a do seu **alcance**. Dada a ampla variedade de contextos em que ocorre a exposição ao FTA, as medidas em prol de zonas sem fumo deviam ser abrangentes, sem incidir apenas em determinados tipos de empresas ou instalações.

A abordagem mais abrangente consistiria em propor a proibição total do tabaco em **todos os locais de trabalho e recintos públicos fechados ou quase fechados**,

incluindo os transportes públicos. As proibições poderiam igualmente ser estendidas às zonas exteriores em torno de entradas de edifícios e, possivelmente, a outros recintos públicos exteriores onde as pessoas se encontram na proximidade imediata umas das outras, sentadas ou de pé, como estádios abertos e locais de entretenimento ao ar livre, abrigos de paragens de autocarro, plataformas ferroviárias, etc. Poderia ser previsto um número muito limitado de derrogações para estabelecimentos onde vivem pessoas (por exemplo, salas de fumo em edifícios residenciais, tais como estabelecimentos de cuidados prolongados, unidades psiquiátricas, prisões, etc.).

Uma abordagem menos severa consistiria em propor a proibição total do tabaco em todos os locais de trabalho e recintos públicos fechados ou quase fechados prevendo, todavia, **derrogações para determinadas categorias de estabelecimentos**. Poderiam ser estabelecidos requisitos mínimos para salas de fumo estanques, incluindo normas de ventilação. Tais derrogações poderiam incluir:

- o sector HORECA com licença de venda de bebidas alcoólicas (restaurantes, bares e cafés),
- estabelecimentos do sector HORECA que não sirvam alimentos.

Para maximizar os resultados das acções em prol de zonas sem fumo conviria complementá-las com **medidas de apoio** a nível comunitário ou nacional. Estas «políticas de acompanhamento» poderiam incluir campanhas de sensibilização que insistissem no direito ao ar puro e nos perigos do tabagismo passivo, bem como medidas destinadas a facilitar o acesso às terapias de cessação (tanto comportamentais como farmacológicas) para as pessoas que querem deixar de fumar.

1. PROIBIÇÃO TOTAL DO TABACO

Vantagens

De todas as opções, esta seria aquela que proporcionaria as **maiores reduções da exposição ao FTA** e dos efeitos nocivos que dela decorrem, garantindo a todos os cidadãos europeus o direito de respirar ar puro em recintos fechados, tal como reconhecido pela OMS⁵³.

Estudos realizados em países que proibiram o tabaco demonstram que a qualidade do ar em recintos fechados melhorou drasticamente após a entrada em vigor dessas proibições. A redução da exposição ao FTA foi espectacular nos estabelecimentos do sector HORECA e nos lugares de diversão⁵⁴. Meses depois da entrada em vigor das medidas, verificou-se uma melhoria significativa da saúde respiratória dos trabalhadores do sector HORECA⁵⁵ e uma importante redução da incidência e mortalidade devida a acidentes cardiovasculares⁵⁶.

A proibição total seria ainda a medida que mais poderia contribuir para a **desnormalização do tabaco** na sociedade, pois a dinâmica assim criada motivaria os fumadores a reduzir o tabaco ou deixar fumar, desincentivando os jovens de começar a fazê-lo.

Uma revisão de literatura relativa a 35 estudos sobre a eficácia da políticas antitabaco concluiu que as proibições totais com vista a garantir a qualidade do ar nos recintos

públicos são susceptíveis de reduzir a prevalência do tabagismo na população total em 10%⁵⁷. Uma revisão de 26 estudos sobre o local de trabalho aponta também para o facto de a proibição total do tabaco no local de trabalho estar associada a uma redução da prevalência do tabagismo de 3,8% e em menos 3,1 cigarros por fumador que continua a fumar⁵⁸.

Dados recolhidos em países que aplicam proibições totais confirmam que estas medidas contribuem para a **redução do tabagismo activo**, uma vez que a queda das vendas de tabaco (p.ex., em 8% na Itália e 14% na Noruega) foi acompanhada de um aumento significativo das tentativas de deixar de fumar pouco depois da entrada em vigor das novas disposições⁵⁹. Na Irlanda, 80% dos ex-fumadores citaram a nova legislação como motivação para deixar de fumar, ao passo que 88% declararam que a lei os tinha ajudado a não recomeçar.⁶⁰ Apesar de se temer o contrário, as proibições do tabaco em todos os recintos públicos parecem ter reduzido os níveis de consumo de tabaco em casa, especialmente em torno de crianças de tenra idade⁶¹. Na Irlanda, a proporção de agregados familiares não fumadores aumentou em 8% após a entrada em vigor da proibição⁶².

No plano das incidências sociais, esta opção beneficiaria sobretudo as pessoas dos **estratos socioeconómicos mais baixos**, que são mais susceptíveis de fumar e trabalhar no sector HORECA.

Em termos de **aplicação**, uma proibição total do tabaco seria mais fácil de aplicar do que as proibições parciais. Taxas de cumprimento superiores a 90% na Itália e Irlanda demonstram que uma proibição total do tabaco se impõe praticamente por si própria, dado que a pressão social põe um poderoso travão ao consumo de tabaco e diminui drasticamente a necessidade de adopção de medidas executórias por parte das autoridades.

Desvantagens

Uma proibição total do tabaco em todos os recintos públicos e em todos os locais de trabalho é passível de suscitar **oposição** em alguns Estados-Membros, podendo assim ser mais difícil de adoptar e aplicar. Esta opção é igualmente aquela a que a indústria do tabaco e a maioria do sector HORECA se declaram menos favoráveis.

Há quem tema as **eventuais consequências negativas para o sector HORECA** da proibição do tabaco nos bares e restaurantes. No entanto, os dados relativos à aplicação das leis antitabaco não apontam para uma incidência negativa global no emprego ou no volume de negócios do sector⁶³. Na Irlanda, o volume de vendas nos cafés e nos bares aumentou ligeiramente (0,1%) em 2005, invertendo assim a tendência recessiva que se iniciara antes da entrada em vigor da proibição do tabaco⁶⁴. Vale a pena lembrar alguns dados estatísticos, mesmo que digam respeito a países terceiros. Na Noruega, por exemplo, verificou-se uma pequena descida de 0,8% nas vendas dos estabelecimentos que servem refeições e bebidas, o que se pode dever a vários outros factores, incluindo o estado do tempo⁶⁵. Em Nova Iorque e na Califórnia, a maioria do sector HORECA parece ter beneficiado com a proibição do tabaco⁶⁶. Estes resultados são coerentes com uma revisão de literatura internacional de 97 estudos, que não logrou descortinar quaisquer incidências económicas negativas em estudos feitos com base em dados objectivos, a saber, números relativos aos impostos sobre as vendas e ao emprego⁶⁷.

2. PROIBIÇÃO TOTAL DO TABACO COM DERROGAÇÕES

Vantagens

Esta opção levaria a uma redução do tabagismo activo e passivo assim como a uma desnormalização do tabaco mais importantes do que se não fossem adoptadas quaisquer medidas.

Uma legislação que previsse derrogações poderia ser mais bem aceite em alguns Estados-Membros, nomeadamente pela indústria, pelo que seria mais fácil chegar a compromissos. Simultaneamente, cada Estado-Membro seria livre de adoptar, ou de continuar a aplicar, legislação nacional mais rigorosa que não contemplasse derrogações.

As derrogações poderiam ser acompanhadas de requisitos mínimos para as salas de fumo estanques, incluindo normas de ventilação.

Desvantagens

No plano da saúde e dos benefícios sociais, esta medida seria menos eficaz do que a proibição total do tabaco.

Alguns dos grupos mais vulneráveis continuariam a estar expostos ao FTA. Atendendo ao carácter incompleto da legislação, os Estados-Membros e/ou empregadores podem ser alvo de processos movidos por cidadãos devido aos efeitos nocivos do tabagismo passivo sobre a sua saúde.

As derrogações reduziriam o efeito de desnormalização do tabaco que a proibição total poderia obter. Dados internacionais indicam que o efeito nos comportamentos tabágicos da legislação que autoriza o tabaco em algumas zonas corresponde a metade do das estratégias de proibição total⁶⁸.

A aplicação de disposições diferentes a estabelecimentos diferentes seria ainda mais complicada e cara que uma proibição total, pois exigiria mais sinalização e inspecções.

2.1. Excepção para o sector HORECA com licença de venda de bebidas alcoólicas

Devido à elevada exposição ao FTA, os empregados do sector HORECA correm riscos especiais, como por exemplo um risco de contrair cancro do pulmão mais elevado em 50%⁶⁹. Este grupo profissional continuaria a estar exposto ao tabagismo passivo. Os clientes dos estabelecimentos que servem refeições e bebidas correriam os mesmos riscos no plano da saúde.

Segundo o inquérito às forças de trabalho de 2004, perto de 4,3 milhões de pessoas trabalhavam no sector HORECA em 15 Estados-Membros da UE, o que corresponde a 3% do emprego total nestes países (não há dados para os outros 10 Estados-Membros). Muitos jovens e muitas mulheres trabalham no sector HORECA⁷⁰.

Segundo a avaliação do impacto realizada pelo governo escocês, a regressão da mortalidade devida à diminuição do tabagismo activo e passivo através da adopção

destas medidas seria de, respectivamente, metade e um quarto da regressão da mortalidade que se obteria através de uma política de proibição total⁷¹.

2.2. Derrogações para bares e cafés sem restauração

Esta opção não garantiria a protecção das categorias profissionais mais vulneráveis ao tabagismo passivo. Os clientes dos bares e cafés também não seriam protegidos. Além disso, alguns bares poderiam deixar de servir comida para contornar a proibição de fumar.

Haveria ainda o risco de aumentar as desigualdades no plano da saúde. Estudos realizados recentemente no Reino Unido indicam que os níveis de exposição ao FTA são significativamente mais elevados nos bares das zonas desfavorecidas do que nos bares das zonas mais ricas⁷². Além disso, a maioria dos estabelecimentos autorizados a vender bebidas alcoólicas e que não servem comida estão localizados em zonas desfavorecidas, pelo que os bares destas zonas são mais susceptíveis de passar a servir apenas álcool⁷³.

Segundo a avaliação do impacto realizada pelo governo britânico, os benefícios desta opção no plano da saúde correspondem a 40% dos benefícios de uma proibição total (com base no pressuposto de que, à data, 10% a 30% dos bares não serviam comida)⁷⁴.

2.3. Salas de fumo estanques com ventilação independente

Os dados disponíveis revelam que as tecnologias actualmente utilizadas (baseadas na mistura e diluição) têm uma incidência limitada nos níveis dos poluentes do FTA no sector HORECA e demais recintos fechados⁷⁵. Além disso, estudos realizados em ambientes controlados, como a «câmara ambiental» da UE, INDOORTRON, concluíram que aumentar a taxa de renovação do ar não conduz a um aumento significativo da qualidade do ar nos recintos fechados⁷⁶. Embora alguns estudos recentes financiados pela indústria do tabaco⁷⁷ indiquem que a ventilação por deslocamento permite obter melhores resultados, **não é possível eliminar completamente o fumo do tabaco através da ventilação**⁷⁸.

A **Primeira Conferência das Partes** na Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco foi unânime ao dizer que existem provas concludentes de que as abordagens técnicas não conferem protecção contra a exposição ao fumo do tabaco⁷⁹. Do mesmo modo, a Sociedade Americana dos Engenheiros Especializados no domínio do Aquecimento, da Refrigeração e do Ar Condicionado [American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers (**ASHRAE**)], um organismo internacional de normalização no domínio da qualidade do ar e ventilação de recintos fechados, adoptou em 2005 um documento sobre as estratégias de controlo do FTA, que concluía que a única forma eficaz de eliminar os riscos para a saúde associados à exposição ao FTA era proibir o tabaco nos recintos fechados⁸⁰.

A separação física entre fumadores e não fumadores através da criação de **salas de fumo estanques** pode aumentar a eficácia dos sistemas de ventilação da secção de não fumadores nas instalações⁸¹. Todavia, esta abordagem não protege os ocupantes da sala de fumo nem o pessoal (p. ex., empregados do sector HORECA ou dos serviços de limpeza) que tem de penetrar nessas zonas por força do seu trabalho.

Um outro problema levantado pelas salas de fumo é o dos seus elevados **custos financeiros**, que poderiam colocar as pequenas empresas numa situação de desigualdade⁸². Além disso, o funcionamento e a manutenção de salas de fumo ventiladas exigem mecanismos de **inspecção e controlo** consideráveis. Os dados disponíveis indicam que, nos casos em que se recorre a sistemas de ventilação, estes não obedecem em geral à normas previstas na lei⁸³.

Caso se venha a entender que as salas de fumo são uma opção exequível para os locais que beneficiem de uma derrogação, teriam de ser cumpridos os seguintes requisitos:

- ser completamente estanques e isoladas das zonas de não fumadores;
- dispor de um sistema de ventilação independente do das zonas de não fumadores;
- ter pressão negativa para impedir a difusão do fumo do tabaco noutras zonas;
- não permitir quaisquer outras actividades com excepção do fumo, a fim de minimizar a necessidade de execução de actividades de trabalho nessas zonas⁸⁴.

Em Malta, em Itália e na Suécia, que permitem a criação de salas de fumo com ventilação independente, a maioria das empresas preferiu não utilizar esta opção.

V. OPÇÕES ESTRATÉGICAS

São várias as opções estratégicas disponíveis para alcançar os objectivos em matéria de luta antitabaco. Pretende-se identificar a opção que melhor alcance esses objectivos, minimizando custos e encargos. As opções reguladoras descritas em seguida estão apresentadas numa ordem que reflecte um nível crescente de intervenção da UE (do prosseguimento do nível actual de actividade à concepção de um novo quadro legal vinculativo baseado em legislação comunitária).

Estas opções estratégicas **não são mutuamente exclusivas** e poderiam ser complementares. Por exemplo, uma recomendação da Comissão poderia servir de incentivo para iniciativas de auto-regulação entre partes interessadas e Estados-Membros. Por outro lado, os instrumentos auto-reguladores poderiam servir de ponto de partida e/ou completar as disposições legais de carácter vinculativo (p. ex., cobrindo os estabelecimentos em que a legislação ainda não está em vigor ou que beneficiam de derrogações à proibição do tabaco).

Convém sublinhar que estas várias medidas teriam âmbitos distintos. Assim, enquanto a legislação de protecção dos trabalhadores da UE se aplicaria aos recintos públicos enquanto locais de trabalho – atendendo aos limites estabelecidos pelo Tratado -, poder-se-ia promover uma proibição total de fumar em todos os recintos públicos através de medidas não vinculativas (a saber, recomendação da Comissão ou Conselho), medidas legislativas adoptadas pelos Estados-Membros e/ou medidas de carácter voluntário adoptadas pelas partes interessadas.

Para ser eficaz, qualquer instrumento regulador deve ser acompanhado de medidas de **aplicação** viáveis e de um sistema de **controlo** transparente. A introdução de medidas reguladoras, na UE ou a nível nacional/subnacional, deve ainda ser acompanhada de **campanhas prévias de consulta pública e de informação**, bem como de uma **avaliação do impacto**.

1. MANTER O STATUS QUO

De acordo com esta opção, a UE não se dedicaria a actividades novas, limitando-se a **prosseguir o trabalho em curso** no domínio do tabagismo passivo, ao abrigo de programas comunitários distintos (saúde pública, investigação e emprego). Os mecanismos reguladores neste domínio seriam da responsabilidade dos Estados-Membros e do processo da CQLA.

Os recursos poupados pelo facto de não se conceberem nem aplicarem medidas novas poderiam ser utilizados para assegurar a adequada aplicação das recomendações comunitárias existentes e das directivas em vigor no domínio da saúde e segurança no trabalho. Em particular, poderiam ser elaboradas orientações destinadas a empregadores, trabalhadores e autoridades competentes dos Estados-Membros, a fim de assegurar uma melhor aplicação da Directiva-Quadro (89/391/CEE) que, embora não mencione especificamente o FTA, já cobre todos os riscos para a saúde e segurança dos trabalhadores, incluindo o fumo do tabaco.

Poderiam também ser envidados esforços no sentido de promover zonas sem fumo através de meios não legislativos, a saber, campanhas de informação e educação, criação de redes, etc. A actual campanha antitabaco «HELP», em curso até 2008, poderia ser seguida por outra iniciativa de sensibilização.

Além disso, o trabalho relativo à qualidade do ar em recintos fechados, incluindo o FTA, será prosseguido enquanto acompanhamento da acção 12 do plano de acção «Ambiente e saúde». Os recursos necessários aos vários projectos neste domínio virão de LIFE+, programa estratégico plurianual 2007 - 2010⁸⁵, do sétimo programa-quadro de investigação da Comunidade Europeia⁸⁶ e do programa de saúde pública⁸⁷.

Os Estados-Membros gozariam do direito de decidir se e de que modo introduzir medidas antitabaco em função das circunstâncias nacionais e diferenças culturais. Seria muito provável que a tendência em prol de zonas sem fumo se mantivesse, reforçada pelas orientações redigidas e publicadas pela CQLA. Alguns governos, incluindo os da Alemanha, Dinamarca, Eslovénia, Letónia e Portugal, já anunciaram ter a intenção de reforçar, num futuro próximo, as disposições antitabaco em vigor a nível nacional.

No entanto, esta é, em princípio, a opção menos eficaz no plano da redução da exposição ao FTA e dos seus efeitos nocivos. É susceptível de conduzir a uma evolução desigual em diferentes Estados-Membros. Em consequência de regulamentações incompletas, muitos grupos vulneráveis continuariam a estar expostos ao FTA em recintos fechados sob jurisdição pública. Isto poderia dar origem a processos judiciais movidos pelos cidadãos, devido aos efeitos nocivos do tabagismo passivo na sua saúde.

Dada a grande expectativa no tocante a uma iniciativa comunitária em prol de zonas sem fumo, correr-se-ia o risco de desapontar o público. Manter o *status quo* seria igualmente desperdiçar a dinâmica actual em prol de zonas sem fumo na UE.

2. MEDIDAS DE CARÁCTER VOLUNTÁRIO

Esta opção consistiria em incentivar as partes interessadas a, numa base voluntária, adoptar orientações comuns a nível europeu para estender as proibições do tabaco a outras zonas. Poderiam ser promovidas abordagens sectoriais (p. ex., no sector das actividades de lazer e da restauração). A responsabilidade social das empresas poderia ser utilizada como base de trabalho neste domínio.

A fim de facilitar os debates, poderia ser criada uma plataforma ampla que reunisse a sociedade civil e os operadores económicos, bem como os representantes das instituições da UE, dos Estados-Membros e das organizações internacionais. Uma plataforma desta natureza foi estabelecida no ano passado no domínio da alimentação e do exercício físico. Um processo semelhante foi recentemente proposto tendo em vista a elaboração de uma estratégia comunitária de luta contra o álcool.

Outra opção seria encorajar os parceiros sociais europeus (empregadores e sindicatos) a negociar um acordo autónomo sobre o consumo de tabaco no local de trabalho, baseado no artigo 138.º do Tratado. A auto-regulação através do diálogo social europeu permitiu concretizar vários projectos, incluindo a adopção de mais de 300 textos conjuntos pelos parceiros sociais europeus.

Em termos ideais, a auto-regulação poderia ser mais rápida e flexível do que as vias legislativas tradicionais, dando aos sectores e às empresas em causa a oportunidade de exercer uma influência mais directa sobre as medidas adoptadas. Tem igualmente a vantagem de criar sentido de responsabilidade e um sentimento de apropriação junto das partes interessadas. Não obstante, os progressos dependem do empenho das partes interessadas em cumprir o compromisso estabelecido e da eficácia dos mecanismos de aplicação. Infelizmente, dados provenientes dos Estados-Membros indicam que os acordos voluntários não foram eficazes na domínio da luta antitabaco. Concretamente no sector das actividades de lazer e no sector HORECA, as medidas de carácter voluntário não atingiram o objectivo-chave de reduzir significativamente a exposição ao FTA.

A título de exemplo, no Reino Unido, após cinco anos de aplicação de um acordo voluntário entre o Ministério da Saúde e as principais associações do sector HORECA, só era proibido fumar em menos de 1% dos cafés⁸⁸. Em Espanha, a legislação adoptada em 2006 deu aos restaurantes e cafés com menos de 100 m² a possibilidade de se tornarem estabelecimentos reservados a não fumadores, numa base voluntária. Os primeiros dados disponíveis indicam que só cerca de 10% dos estabelecimentos em causa decidiram fazê-lo⁸⁹. Em Paris, um sistema voluntário concebido para incentivar os 12 452 cafés, bistrôs e cervejarias da cidade a autoproclamarem-se «zonas reservadas a não fumadores» só foi adoptado por uns escassos 30 estabelecimentos⁹⁰.

3. MÉTODO ABERTO DE COORDENAÇÃO

Esta opção implicaria coordenar os esforços dos Estados-Membros em prol de zonas sem fumo através do «método aberto de coordenação». Assim, os Estados-Membros seriam encorajados a aumentar o grau de convergência das respectivas legislações antitabaco, sem ser necessária uma harmonização directa (embora esta possibilidade continue a existir).

Isto poderia incluir os seguintes elementos:

- partilhar experiências e **boas práticas** no que se refere à elaboração de políticas antitabaco eficazes a nível nacional, subnacional e local;
- concordar objectivos e orientações comuns baseados em experiências bem sucedidas nos Estados-Membros e em países terceiros; tais objectivos e orientações poderiam ser acompanhados de prazos relevantes, bem como das condições de controlo e aplicação associadas;
- traduzir estas orientações em planos de acção a nível nacional para reduzir a exposição ao FTA, com calendários específicos para alcançar as metas a curto, médio e longo prazo;
- controlo periódico, avaliação e avaliação interpares, por exemplo sob a forma de relatórios anuais apresentados pelos Estados-Membros.

Diversos países já proibiram totalmente o tabaco e vários outros declararam ter a intenção de o fazer. Os Estados-Membros enfrentam também desafios comuns, tais como a oposição da indústria, o cepticismo do público e o incumprimento das disposições em vigor. A coordenação da UE poderia contribuir para instaurar um processo de aprendizagem mútua e partilha de boas práticas entre os Estados-Membros.

No entanto, o compromisso perante os objectivos antitabaco continuaria a ser voluntário, não havendo sanções em caso de incumprimento dos objectivos fixados. A eficácia do sistema dependeria do rigor da vigilância multilateral e da pressão dos pares.

4. RECOMENDAÇÃO DA COMISSÃO OU DO CONSELHO

Esta opção consistiria em incentivar os Estados-Membros a adoptar, a nível nacional, legislação antitabaco orientada por uma recomendação de grande alcance em matéria de zonas sem fumo, elaborada pela Comissão ou pelo Conselho com base no artigo 152.º do Tratado CE, que proporia as acções a empreender. Poderia ser utilizada de forma independente ou como elemento dos sistemas de auto-regulação entre os Estados-Membros (opção 3) e/ou as empresas (opção 2).

Apesar de não ter carácter vinculativo, tal recomendação seria um sinal claro da parte da Comissão ou Conselho relativamente à necessidade de se adoptarem medidas com vista a eliminar o tabagismo passivo na Europa. Poria este tema no topo da agenda política em todos os Estados-Membros da EU, apoiando assim as acções por eles empreendidas.

A eficácia desta opção dependeria em grande medida da clareza das orientações comunitárias e dos requisitos de notificação. Objectivos claros acompanhados de calendários e indicadores específicos (p. ex., recomendar que se definam, para um dado ano e um dado sector, percentagens concretas de locais de trabalho que devem passar a ser zonas sem fumo) teriam certamente um maior impacto que recomendações de uma natureza mais geral. Do mesmo modo, a exigência de aplicar um sistema de controlo e tornar públicos os resultados levaria a pressões sociais no sentido de uma aplicação mais estrita e da elaboração de políticas mais rigorosas.

Embore proporcione flexibilidade aos Estados-Membros, o risco principal seria o de que alguns deles decidissem não fazer nada.

5. LEGISLAÇÃO DE CARÁCTER VINCULATIVO

Uma acção comunitária neste domínio poderia prever a adopção de medidas legislativas de carácter vinculativo. Tal legislação estabeleceria um nível elementar de protecção contra o risco de exposição ao FTA comparável, transparente e aplicável em todos os Estados-Membros.

Por um lado, um processo legislativo assegura consultas formais e negociações aprofundadas com a participação de todas as partes, capazes de robustecer as políticas adoptadas em seguida. Por outro lado, o percurso legislativo é susceptível de ser relativamente longo e o resultado final difícil de prever.

A base jurídica exacta da legislação só poderia ser determinada depois de definidos a natureza e o âmbito exactos do instrumento, devendo esta escolha ter em conta os resultados da presente consulta pública.

Podemos avançar desde já algumas opções, sem prejuízo do resultado da consulta pública:

- revisão das directivas existentes baseadas na Directiva-Quadro 89/391/CEE relativa à saúde e à segurança no local de trabalho; esta opção poderia incluir, por exemplo, o alargamento do âmbito da Directiva 2004/37/CE relativa aos agentes cancerígenos e mutagénicos (para cobrir o FTA) e/ou o reforço dos requisitos em matéria de protecção dos trabalhadores contra o fumo do tabaco no âmbito da Directiva 89/654/CEE relativa aos requisitos mínimos de saúde e segurança;
- outra possibilidade seria a adopção de uma directiva específica sobre o consumo de tabaco no local de trabalho;
- embora sem relação directa com a protecção contra o tabagismo passivo, uma outra opção possível seria a de alterar a Directiva relativa às substâncias perigosas (67/548/CEE)⁹¹, classificando o FTA como agente cancerígeno; assim, o FTA seria automaticamente abrangido pela Directiva relativa aos agentes cancerígenos e mutagénicos.

Nas primeiras duas opções, o âmbito das medidas circunscrever-se-ia ao local de trabalho. Poderiam ser aplicadas a todos os locais de trabalho ou a certas categorias

de locais de trabalho, e teriam de garantir a adequada protecção dos trabalhadores expostos a níveis perigosos de FTA.

Por último, a adopção de um instrumento legislativo, no âmbito das competências conferidas pelo Tratado, não impediria a Comunidade de adoptar medidas de acompanhamento de natureza não vinculativa, o que poderia contribuir para assegurar o objectivo global de protecção contra o FTA em todos os sectores.

VI. OBSERVAÇÕES FINAIS

Tendo em conta as provas científicas inequívocas dos efeitos nocivos do tabagismo passivo e o impacto das políticas em prol da qualidade do ar em recintos fechados na redução global do consumo de tabaco, a Comissão considera que a estratégia mais abrangente seria a mais benéfica no plano da saúde pública. Além disso, colocaria todos os operadores em pé de igualdade. Diversos exemplos bem sucedidos de estratégias de proibição total, em vigor pelo mundo fora, provam que esta opção é exequível e aplicável.

O nível desejável de participação da UE na promoção da legislação antitabaco é uma questão aberta que se prende também com a evolução em curso nos Estados-Membros, alguns dos quais decidiram recentemente tomar medidas com vista a proibir o tabaco nos recintos públicos.

A Comissão convida todas as instituições da UE, todos os Estados-Membros e todos os cidadãos, partes e organizações interessados a reagir às questões suscitadas no presente Livro Verde. A Comissão está particularmente interessada na resposta às seguintes perguntas:

Perguntas

- (1) No que respeita ao alcance de uma iniciativa em prol de zonas sem fumo, qual das duas estratégias apresentadas na secção IV seria preferível: uma proibição total de fumar em todos os recintos públicos e locais de trabalho fechados ou uma proibição com derrogações para determinadas categorias de estabelecimentos? Queira justificar a sua escolha.
- (2) Qual das opções estratégicas descritas na secção V seria preferível e mais adequada para promover zonas sem fumo? Que tipo de intervenção da UE é necessária para alcançar os objectivos antitabaco?
- (3) Seria conveniente ter em conta outros dados quantitativos ou qualitativos relativos à incidência das políticas antitabaco nos planos económico, social ou da saúde?
- (4) Tem outros comentários ou sugestões a fazer a propósito do Livro Verde?

As respostas a estas questões devem ser enviadas até 1 de Maio de 2007, para a seguinte morada (de preferência por correio electrónico):

Comissão Europeia

Direcção-Geral da Saúde e Defesa do Consumidor

Unidade C6 «Medidas sanitárias»

Endereço electrónico: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Endereço postal: B 1040 Bruxelas

Fax: (+32) 2 298 42 04

Todas as respostas ao presente Livro Verde serão publicadas no sítio Web da Comissão, salvo declaração em contrário por parte dos inquiridos.

VII. ANNEXES

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

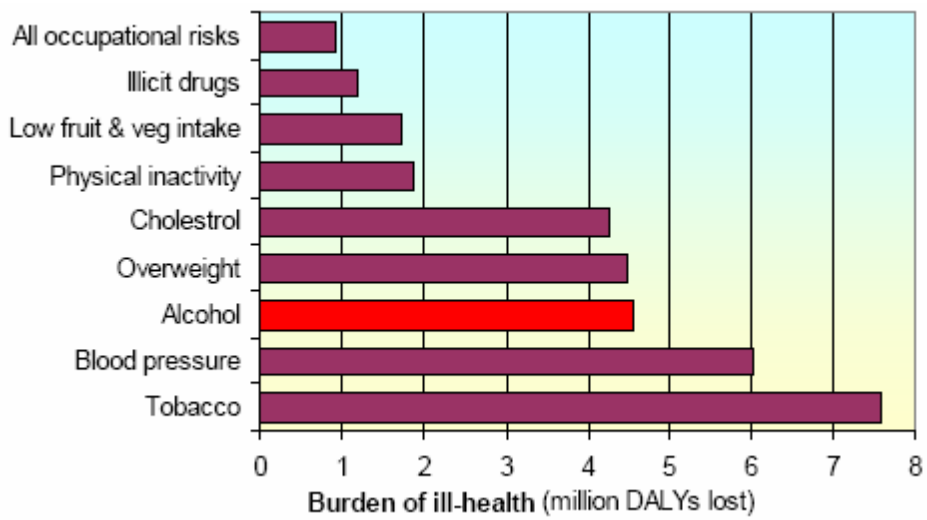
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A:** Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability).

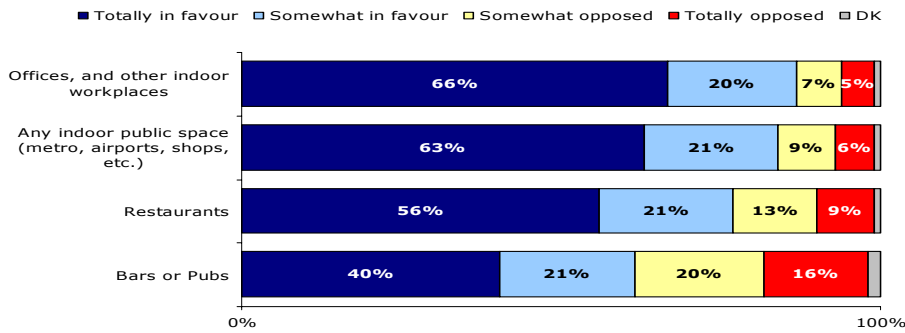
ANEXO II: Global burden of ill-health



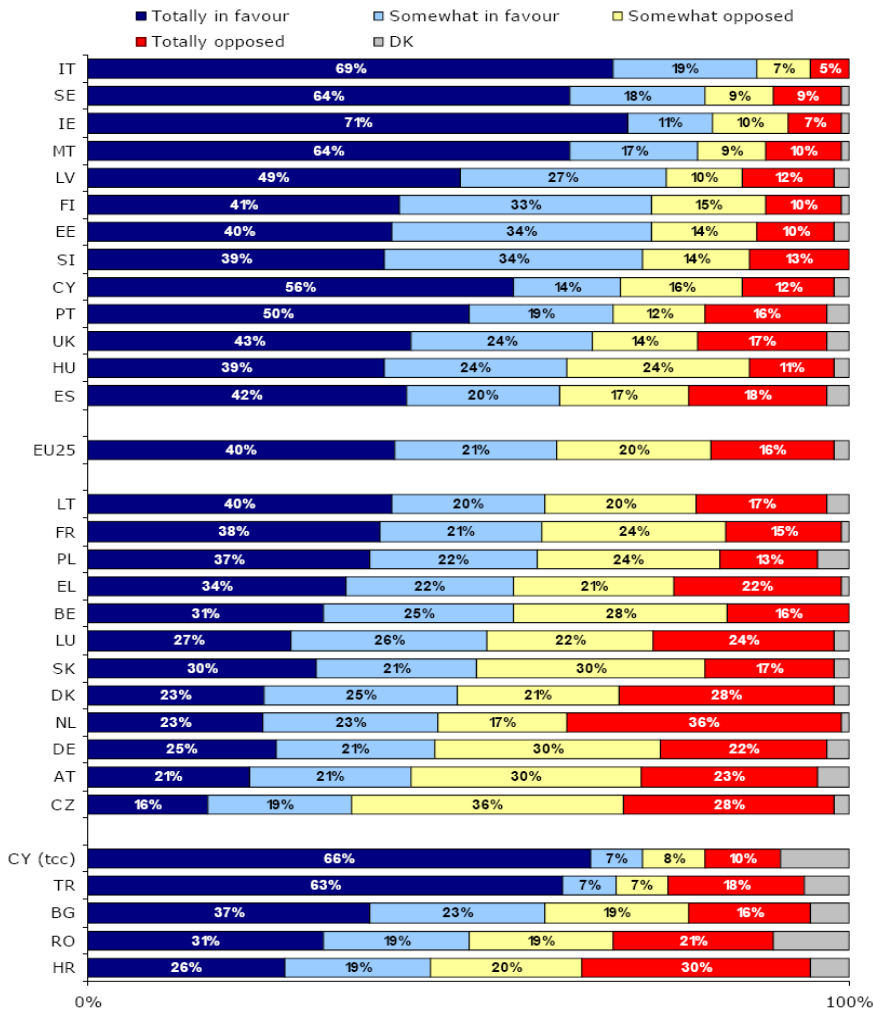
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

**Q8. Are you in favour of smoking bans in the following places?
(EU25)**



**Q8.2 Are you in favour of smoking bans in the following places?
Answer: Bars or Pubs**



Source:

“Attitudes of Europeans towards tobacco”, Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Annex IV: References

-
- 1 JO C 189 de 26.7.1989, p.1-2.
- 2 JO L 22 de 25.1.2003, pp. 31 a 34.
- 3 As of 18 December 2006.
- 4 *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General.*
Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006) http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
- Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.*
- ‘Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places’, Royal College of Physicians of London, (July 2005).
- Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), ‘Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998’, (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- ‘Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health’,(1998) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm>
- 5 International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.*
- Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health.* 1998 Jul;88(7):1025-9.
- 6 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
- Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol.* 1998 Jan;31(1):1-9.
- 7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
- 8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control.* 1999 Summer;8(2):156-60.
- You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health.* 1999 Apr;89(4):572-5.
- 9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. *Scand J Work Environ Health.* 2002;28 Suppl 2:52-70.

-
- 10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient perspective on severe asthma, Fighting for breath.
http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.
- 11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:

http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html

12 Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. *Epidemiology*. 2004 Nov;15(6):660-70.

12 Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. *British Journal of Ophthalmology* 2006;90;75-80.

13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003 Jul-Aug;46(1):31-8.

Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. *JAMA* 2001;286:462–3.

Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? *BMJ*. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.

14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", *Lifting the smokescreen., op.cit.*

15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. *Environ Int* 1994;20:693–712.

Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Scand J Work Environ Health* 1996;22 (suppl 1) :1–24.

Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:173–96.

Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1997;23:851–71.

Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. *Environ Int* 1998;24:405–25.

Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. *Environ Int* 1998;24:301-24.

16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).

17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. *Tob Control*. 2005 Feb;14(1):60-3.

18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.

Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict*. 1992;87:111-3.

Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;**270**:490-3.

Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med.* 2005 Jul;**47**(7):698-703.

19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; Setembro de 2006.

20 The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.

21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.

22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.

23 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.

Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.

Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.

Ross H, " Economics of smoke free policies", Lifting the smokescreen, *op.cit.*

24 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscre-04.asp>

The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal

www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170

Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>

25 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

26 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.

27 *Ibidem*, p. 85.

28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers": http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

29 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec;**6** Suppl 3:S341-51.

30 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

31 Jones S, Muller T., "Public attitudes to smoke-free policies in Europe", Lifting the smokescreen, *op.cit.*

Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;**15** Suppl 3:iii34-41.

-
- 32 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health*. 1999 Jul;89(7):1018-23.
- Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med*. 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Review.
- Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.
- 33 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-337.
- Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control*. 2005 Oct;14(5):300-6.
- Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717–22.
- Wakefield M and Forster J. **Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking.** *Tob. Control*, October 1, 2005; 14(5): 292 – 293.
- 34 Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.
- [Borland R, Mullins R, Trotter L, White V.](#) Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tob Control*. 1999 Autumn;8(3):266-71.
- Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health Survey. *Aust N Z J Public Health*. 2001 Aug;25(4):339-45.
- 35 Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.
- 36 European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European Environment and Health Action Plan 2004-2010.
- 37 The ASPECT report. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004.
- http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf
- 38 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf
- 39 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).
http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf
- 40 For an overview of court cases see: “Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of people at work”. Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.
- 41 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
- 42 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31–34.
- 43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1–8.
- 44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.

-
- 45 OJ L 393, 30.12.1989, p. 1–12.
- 46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.
- 47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.
- 48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10-25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
- 49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
- 50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
- 51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.
- 52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644) but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
- 53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen, Denmark; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
- 54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
- Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
- How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
- Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
- Repace J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
- Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tob Control.* 2005 Aug;14(4):236-41.
- McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-butadiene levels in pubs in Dublin. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006 May;41(5):799-810.
- 55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11; 296(14):1742-8.
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
- Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
- Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.
- 56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.

Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;**328**:977–80.

57 Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.

58 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.

59 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

60 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol.* 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø, L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005: SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.

61 Fong a GT, Hyland a, Borland r, Hammond o d, Hastings g, McNeill a, o Anderson s, Cummings Km, Allwright s, Mulcahy m, Howell f, Clancy l, thompson MIM, Connolly g, Driezen p. Reduções de poluição de fumo de tabaco e aumentos de apoio a lugares públicos sem tabaco no seguimento da aplicação de legislação de local de trabalho sem fumo generalizada na República da Irlanda: resultados da avaliação britânica de ITC a Irlanda/. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-8.

62 Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.

California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>

63 The 2004 Irish smoking ban: is there a ‘knock-on’ effect on smoking in the home?’ D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area. <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>

64 Joossens L. “Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants”, *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*, http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

65 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

66 Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS, <http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf>

67 NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, “The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review”, March 2004, <http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>.

Cowling D W, Bond P. **Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call**, *Health Economics*, 2005; 14 (12); 1273 – 81.

68 Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) [Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry](#). *Tobacco Control*, 12, 13-20.

69 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

70 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA.* 1993 Jul 28;270(4):490-3.

71 Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, “**Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing**”. <http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/127&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en>

71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-04.asp>

72 Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a cross-sectional study from North West England. *BMC Public Health* 2006, 6:42

73 Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England: modelling study, 18 August 2005.

IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.

74 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>

75 Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F., Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 **“Reductie van blootstelling aan omgevingstabaksrook in de HORECA door ventilatie en luchtreiniging”, 2003.**

Repace, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California Department of Health Services.

76 Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.

Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf

77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) ‘Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration’, Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) ‘An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry’, Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.

Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.

78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.

Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, op. cit.

79 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention. http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf

80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.

81 Ibidem

82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*

83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.

84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once

definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms

85

COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.

86

COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.

87

COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.

88

The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.

89

Fernandez E. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006 Apr;15(2):79-80.

90

'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05

<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.

91

OJ 196, 16.8.1967, p. 1-98.