

PROGRAMA NACIONAL

Prevenção e Controlo
do Tabágismo



Ficha técnica

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
2012 – 2016. – Lisboa: DGS, 2013. – 77 p.

ISBN:
978-972-675-199-1

Diretor-Geral da Saúde
Francisco George

Autor:
Emília Nunes

Contributos
Agradecem-se os contributos de:
Carlos Matias Dias, Cláudia Conceição, Eduarda Pestana, Isabel Baptista,
Jorge Bonito, José Belo Vieira, José Precioso, Luís Rebelo, Manuel Rosas,
Maria de Fátima Reis, Maria Manuel Açafrão, Miguel Narigão, Paulo Vitória,
Sérgio Vinagre, Sofia Ferreira.

Na elaboração do presente Programa foram ouvidos
os Responsáveis Regionais do PNPCT, o Conselho Científico do PNPCT
e o Grupo Técnico Consultivo da Lei do Tabaco (Lei 37/2007 de 14 de
agosto), agradecendo-se todos os contributos recebidos.

Foram ainda considerados os comentários recebidos, em sede de
Audição pública, ao documento "Orientações Programáticas do
Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo",
consultável na página www.dgs.pt, que igualmente se agradecem.

Apoio na edição gráfica:
Luciano Chastre

Design, paginação, impressão e acabamento:
Gráfica Maiadouro, S.A.

Tiragem:
3 000 ex.

Depósito legal:
362654/13

ÍNDICE

NOTA PRÉVIA	VII
1. INTRODUÇÃO	1
2. VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS	21
2.1. Visão	21
2.2. Finalidade	21
2.3. Objetivos Gerais	21
3. EIXOS ESTRATÉGICOS	23
3.1. Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens	24
3.2. Promover e apoiar a cessação tabágica	33
3.3. Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco	42
3.4. Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo	51
3.5. Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento	56
4. GOVERNAÇÃO E ESTRUTURA EXECUTIVA	63
BIBLIOGRAFIA	67

Siglas e acrónimos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ACT – Autoridade para as Condições do Trabalho
ARS – Administração Regional de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
USP – Unidade de Saúde Pública
ULS – Unidade Local de Saúde
DALY – *Disability Adjusted Life Years*
DGS – Direção-Geral da Saúde
DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica
ECTAD – Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e outras drogas
ESPAD – *European School Survey on Alcohol and other Drugs*
IARC – International Agency for Research on Cancer
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
INE – Instituto Nacional de Estatística
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
INS – Inquérito Nacional de Saúde
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MGF – Medicina Geral e Familiar
MPOWER – *Monitor tobacco use and prevention policies; Protect people from tobacco smoke; Offer help to quit tobacco use; Warn about the dangers of tobacco; Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship; Raise taxes on tobacco.*
OMS – Organização Mundial da Saúde
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
WHO – World Health Organization

NOTA PRÉVIA

O tabagismo, considerado como epidemia com expressão pandémica, é um fenómeno relativamente recente. Constitui, muito seguramente, o mais importante problema evitável de saúde pública. Coincide com o desenvolvimento da produção industrial de produtos da folha do tabaco, especialmente a massificação da produção de cigarros, verificada a partir do início do século XX.

Antes do final da primeira metade daquele século, as autoridades inglesas ao identificarem a subida alarmante de mortes por cancro do pulmão criaram uma Comissão para análise do problema. As investigações então conduzidas por Richard Doll e Austin Bradford Hill demonstraram a relação causa efeito entre a quantidade de cigarros fumados e o cancro do pulmão. Os célebres trabalhos de Doll provaram, ainda, que o fumo do tabaco provoca, além deste tipo de cancro, mais vinte doenças.

Estes estudos iniciais foram, depois, confirmados por muitos outros centros de investigação. Ninguém, absolutamente ninguém, na comunidade científica, coloca dúvidas sobre os efeitos da inalação do fumo tabaco como agente causal de doenças oncológicas, respiratórias, cérebro-cardiovasculares e em todos os sistemas do organismo.

Ora, são estas doenças que explicam, muitas vezes, a morte prematura (antes dos 70 anos de idade) ao anteciparem o final da vida e ao determinarem tantos anos potenciais de vida perdida.

O tabagismo não pode ser encarado como opção individual de cada cidadão. Pelo contrário, é um fenómeno eminentemente social, não só pelo que representa em termos de *burden* para o Sistema de Saúde como, também, pelos efeitos da inalação passiva do fumo do tabaco, sobretudo em espaços fechados.

A propósito dos debates que tiveram lugar no início da aplicação da Lei do Tabaco em Portugal (que entrou em vigor no dia 1 de janeiro de 2008), em particular sobre os efeitos do fumo passivo, ambiental, em cidadãos que não fumam, sublinhe-se que não faz qualquer sentido citar princípios de liberdade dos cidadãos quando estão em causa valores como o direito à saúde e à vida de quem não quer fumar ao frequentar espaços públicos.

Aquele “fumo em segunda mão” (na expressão feliz dos autores ingleses) representa, comprovadamente, um risco. Aliás, este facto é, agora, socialmente compreendido e conduz a opções mais saudáveis como o fumar em espaços livres, à janela ou na varanda. A avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei assim o demonstrou.

Portugal, no contexto do Plano Nacional de Saúde, destaca a epidemia do tabagismo como problema de saúde pública principal. Para tal, foi criado o Programa Nacional com carácter prioritário.

O ambiente sociológico e político é, reconheça-se, favorável. Há mais informação, mais conhecimento, mais literacia sobre os efeitos originados pela inalação do fumo da folha de tabaco. Muitos já assumem que o paradigma normal é não fumar e que o estilo de vida mais protetor da saúde de cada cidadão e de cada família é, da mesma maneira, não fumar e não fazer os outros fumar passivamente em espaços fechados.

O conhecimento dos efeitos perniciosos do tabagismo em mulheres grávidas e crianças é também mais vasto do que anteriormente.

Não se ignora, contudo, a possibilidade de surgirem bloqueios à implementação das ações de prevenção e controlo do tabagismo em nome de princípios de defesa da Economia.

Alguns citam a conjuntura económica e a situação de crise social, traduzidas por elevadas taxas de desemprego, como argumento para evitar a adoção de medidas preventivas mais eficazes. No fundo, ao pretenderem defender os interesses das empresas produtoras de tabaco não valorizam a importância da conservação da saúde no processo produtivo para o desenvolvimento económico.

O trabalho de hoje na redução da incidência e prevalência do tabagismo representa um investimento essencial no futuro mais saudável das próximas gerações.

Julho, 2013

Francisco George

Diretor-Geral da Saúde

O consumo de tabaco constitui a principal causa evitável de doença e de morte, repercutindo-se pesadamente em custos sociais, económicos e de saúde. Atinge todas as regiões do mundo e todos os estratos sociais, apresentando uma tendência crescente, em particular entre as regiões e os grupos populacionais mais desfavorecidos, contribuindo desse modo para agravar as iniquidades em saúde (WHO, 2004; 2008).

Dada a composição química do tabaco, rico em nicotina, substância psicoativa geradora de dependência, e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde baseadas na prova científica, custo-efetivas, continuadas e universais (World Health Organization, 2008; 2009).

Perante a globalização deste problema, decorrente da expansão mundial da produção, comercialização e *marketing* dos produtos do tabaco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 1999, a preparação técnica de uma Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, que viria a ser adotada, por unanimidade, na 56^a Assembleia Mundial da Saúde, em 21 de maio de 2003, após quatro anos de negociações intergovernamentais.

Esta Convenção Quadro, importante instrumento jurídico internacional no domínio da saúde pública, contém as bases da prevenção e controlo do tabagismo para os próximos anos, encontrando-se atualmente ratificada pela quase totalidade dos Estados-Membros da OMS. Foi assinada, por

Portugal, em 9 de janeiro de 2004 e aprovada em novembro de 2005¹, tendo entrado em vigor no dia 6 de fevereiro de 2006 (WHO, 2003).

A prevenção e o controlo do tabagismo têm constituído, também, um objetivo prioritário nas políticas de saúde pública da União Europeia, sendo de realçar, para além de diversas Diretivas em vigor nesta matéria, a Recomendação do Conselho, de 30 de novembro de 2009, e a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de novembro de 2009, ambas relativas à criação de espaços sem fumo.

A necessidade de promover a implementação da Convenção Quadro da OMS, como uma das principais estratégias para a obtenção de ganhos em saúde nos próximos anos, foi recentemente reforçada pela aprovação da Declaração Política sobre Prevenção e Controlo de Doenças não Transmissíveis, em setembro de 2011, na Reunião de Alto Nível da Assembleia-Geral das Nações Unidas e reiterada no contexto da estratégia "Saúde 2020", da OMS (United Nations, 2011; World Health Organization, 2003; 2012b).

Em Portugal, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, veio dar execução ao disposto nesta Convenção, estabelecendo "normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo".

Neste contexto, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012–2016, justificando-se, assim, a criação do Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo do Tabagismo (PNPCT), conforme Despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro².

Pretende-se, com o presente Programa, fixar os objetivos a atingir até 2016, delinear as principais estratégias de intervenção e criar as condições para a sua efetiva implementação, monitorização e avaliação, tendo como

¹ Decreto 25–A/2005 de 8 de novembro.

² Despacho n.º 404/2012 – Diário da República, 2.ª série, n.º 10, 13 de janeiro de 2012.

referência, não só o preconizado pela Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, mas também os princípios e eixos de ação para a promoção da saúde expressos na Carta de *Ottawa*: definição de políticas públicas que favoreçam a prevenção e o controlo do tabagismo; diminuição da aceitabilidade social do consumo de tabaco; reforço da ação comunitária em favor de ambientes sem fumo; promoção da literacia e do empoderamento, individual e coletivo, relativamente à prevenção e à cessação do consumo de tabaco, e reorientação dos serviços de saúde para uma resposta mais efetiva às necessidades das pessoas fumadoras, incluindo o apoio na cessação e motivação para a mudança, em todos os níveis de contacto com a população (International Conference, 1986; Slama, 2005; World Health Organization, 2003; 2012b).

Este esforço implica, necessariamente, uma estreita cooperação entre diferentes sectores governamentais (saúde em todas as políticas), muito em particular nas áreas da saúde, da educação, do desporto e juventude, da economia e das finanças, e a participação das sociedades científicas e organizações da sociedade civil.

Implica, ainda, a participação ativa das Administrações Regionais de Saúde (ARS), às quais competirá promover e desenvolver as estratégias de prevenção e controlo do tabagismo que se revelem necessárias, tendo em conta a sua realidade, em estreita articulação com os respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Unidades Locais de Saúde (ULS), serviços hospitalares e outras estruturas de nível regional.

De igual modo, o envolvimento e a participação dos serviços de saúde de âmbito local, das autarquias, das escolas, do sector empresarial, das organizações não governamentais e de outras estruturas da comunidade, bem como dos próprios cidadãos, constituem uma condição indispensável para a plena consecução dos objetivos que se pretendem alcançar com o presente Programa.

1.1. TABAGISMO E SAÚDE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui, presentemente, a principal causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (World Health Organization, 2008).

Um em cada dois consumidores que fume regularmente ao longo da vida morrerá por uma doença associada ao tabaco, perdendo em média dez anos de esperança de vida (Doll *et al.*, 2004; US Department of Health and Human Services; 2004a; 2010; WHO, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras e ex-fumadoras, das quais cerca de 700 000 na União Europeia. Se não forem adotadas medidas efetivas de prevenção e controlo, o número de mortes anuais, a nível mundial, poderá atingir os 8 milhões, dentro das próximas duas décadas (World Health Organization, 2008; European Commission, 2012).

No conjunto dos países europeus, o consumo de tabaco foi a segunda causa de carga da doença, a seguir à hipertensão, contribuindo com 12,3% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, expressos em *DALYS* (World Health Organization, 2002).

Em Portugal, de acordo com Borges e colaboradores (2009), em 2005, morreram cerca de 12 600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco (11,7% do total de mortes). A proporção estimada da carga da doença atribuível ao tabaco, expressa em *DALYS*, foi, em ambos os sexos, de 11,2%; 15,4% nos homens e 4,9% nas mulheres.

Fumar afeta todo o organismo humano, sendo causa ou fator de agravamento das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, para além de outros efeitos nocivos a nível da saúde sexual e reprodutiva, da saúde ocular, da saúde oral e do envelhecimento da pele (US Department of Health and Human Services, 2004a; 2010).

Quadro 1. Percentagem do total de mortes atribuíveis ao consumo de tabaco em Portugal (2004)

Grupo etário	30 – 44	45 – 59	60 – 69	70 – 79	80 +	Total > 30 anos
Homens e Mulheres						
Todas as causas	14%	23%	17%	10%	5%	10%
Todos os Cancros	20%	30%	24%	18%	10%	19%
Cancro da Traqueia Brônquios e Pulmão	58%	81%	81%	78%	68%	77%
Doenças Cardiovasculares	55%	41%	16%	6%	1%	7%
Doenças Respiratórias	37%	45%	44%	38%	27%	33%
Sexo Masculino						
Todas as causas	18%	32%	24%	16%	8%	17%
Todos os Cancros	34%	45%	36%	27%	17%	30%
Cancro da Traqueia Brônquios e Pulmão	70%	89%	90%	88%	84%	88%
Doenças Cardiovasculares	68%	51%	22%	10%	1%	12%
Doenças Respiratórias	48%	52%	56%	49%	39%	46%
Sexo Feminino						
Todas as causas	4%	6%	3%	3%	2%	3%
Todos os Cancros	3%	4%	3%	3%	3%	3%
Cancro da Traqueia Brônquios e Pulmão	28%	37%	28%	28%	30%	30%
Doenças Cardiovasculares	15%	15%	5%	3%	1%	2%
Doenças Respiratórias	13%	19%	12%	13%	16%	15%

Fonte: Adaptado de World Health Organization – Global Report: Mortality attributable to tobacco, 2012a.

Conforme estimativas para o ano de 2004, recentemente publicadas pela OMS (World Health Organization, 2012a), o consumo de tabaco foi responsável por cerca de 10% do total de mortes verificadas na população portuguesa com mais de 30 anos. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino e nos grupos etários mais jovens, em particular no grupo etário dos 45–59 anos: 23% do total de mortes, em ambos os sexos; 32% nos homens e 6% nas mulheres, conforme se observa no Quadro 1.

A exposição ao fumo ambiental do tabaco é também nociva para todas as pessoas expostas, em particular para as crianças, as mulheres grávidas, os doentes crónicos e os trabalhadores obrigados a permanecer em locais fechados onde se fume, não existindo um limiar seguro de exposição (International Agency for Research on Cancer, 1986; 2004; US Department of Health and Human Services, 2004a; 2006; 2010; World Health Organization, 2007; 2009).

Öberg e outros (2010), num estudo relativo a 192 países, concluíram, tendo por base estimativas para o ano de 2004, que a exposição ao fumo ambiental do tabaco foi responsável pela morte de cerca de 603 000 pessoas em todo o mundo; 281 000 (46%) mulheres, 166 000 (28%) crianças, 156 000 (26%) homens e por 0,7% do total de anos de vida saudável perdidos (DALYS), dos quais 60% em crianças, 24% em mulheres e 16% em homens.

Segundo dados recolhidos em 2012, no âmbito de um estudo Eurobarómetro (European Commission, 2012), nos Países da União Europeia, 28% dos inquiridos com 15 ou mais anos referiram fumar; 32% dos homens e 24% das mulheres. Na população desempregada essa prevalência atingiu o valor de 49%. Referiram ser ex-fumadores, cerca de 21% dos inquiridos, dos quais 26% homens e 17% mulheres. Entre os Estados-Membros, as prevalências de fumadores mais elevadas foram encontradas na Grécia (40%), Bulgária (36%), Letónia (36%) Áustria (33%) e Espanha (33%).

Neste estudo, Portugal apresentou 23% de respondentes fumadores, situando-se entre o grupo de países com prevalências mais baixas, imediatamente a seguir à Suécia (13%), e 15% de ex-fumadores, valor inferior à média europeia (21%). Quanto à intensidade do consumo, Portugal apresentou um consumo médio de 14,4 cigarros por dia, valor próximo da média europeia (European Comission, 2012).

Tendo como referência os estudos Eurobarómetro, conclui-se que a proporção de inquiridos portugueses que assumiram fumar em 2012 se manteve inalterada relativamente a 2009, ano em que se registou um decréscimo de cerca de 1%, relativamente à prevalência observada em 2006 (24%), (European Commission, 2007; 2010). Observou-se, em 2012, relativamente a 2009, um aumento de cerca de 2% na proporção de ex-fumadores e uma diminuição de 2% na proporção de inquiridos que disseram nunca ter fumado (European Commission, 2012).

O último Inquérito Nacional de Saúde (INS) revelou uma prevalência de fumadores, diários e ocasionais (dados ponderados para a população portuguesa residente em Portugal, com 15 ou mais anos), de 20,9%; 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Prevalências do consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥15 anos, INS 2005/2006 (% ponderadas para a população)

	Fumadores	Nunca fumadores	Ex-fumadores
Sexo Masculino	30,9	43,1	26,0
Sexo Feminino	11,8	81,3	6,9
Total (M, F)	20,9	63,0	16,1

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

Considerando os dados amostrais não ponderados, relativos a Portugal Continental e referentes à população com 15 ou mais anos de idade, recolhidos nos quatro INS até hoje realizados, parece verificar-se uma tendência ligeiramente decrescente na proporção de fumadores diários, resultante da diminuição da percentagem de consumidores no sexo masculino e do seu aumento no sexo feminino, conforme se confirma no Quadro 3.

Quadro 3. Fumadores diários nos inquiridos com ≥15 anos, por sexo. INS 2005/2006 – Continente (% não ponderadas para a população)

	INS 1987	INS 1995/1996	INS 1998/1999	INS 2005/2006
Sexo Masculino	33,3	29,2	29,3	26,1
Sexo Feminino	5,0	6,5	7,9	9,0
Total (M, F)	18,4	17,3	18,0	17,2

Fonte: Direção-Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. – INFOTABAC Relatório 2011.

As prevalências de fumadores (diários e ocasionais) mais elevadas ocorreram no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos (44,5% nos homens e 20,9% nas mulheres), conforme Quadro 4. (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

Quadro 4. Prevalências de consumo de tabaco por sexo e grupo etário, INS 2005/2006 (% ponderadas para a população residente em Portugal)

Sexo Masculino			
	Fumadores	Nunca fumadores	Ex-fumadores
15-24	31,5	63,3	5,2
25-34	39,3	47,5	13,2
35-44	44,5	33,6	21,9
45-54	34,4	32,0	33,6
55-64	21,7	35,4	43,0
65-74	13,1	45,1	41,8
Sexo Feminino			
	Fumadores	Nunca fumadores	Ex-fumadores
15-24	16,0	77,4	6,6
25-34	17,8	73,2	9,0
35-44	20,9	67,6	11,5
45-54	12,5	78,5	9,0
55-64	5,6	89,1	5,3
65-74	1,6	96,7	1,7

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

No que se refere às prevalências do consumo de tabaco, ponderadas e padronizadas pela idade e pelo sexo, em função dos anos de escolaridade com aproveitamento, verificou-se que, nos homens com menos de cinco anos de escolaridade, a prevalência de consumo (32,5%) foi superior à encontrada nos homens com mais de doze anos de escolaridade (24,1%). No sexo feminino, pelo contrário, as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade apresentaram uma prevalência de consumo (7,3%) inferior à encontrada nas mulheres com mais de doze anos de escolaridade (14,5%) (Machado; Nicolau; Dias, 2009).

Quadro 5. Prevalências, ponderadas e padronizadas pela idade, de fumadores, não fumadores e ex-fumadores na população ≥15 anos, por sexo e por região de residência (% calculadas com base na amostra ponderada, INS 2005/2006)

Região NUTS	Fumadores		Nunca fumadores	Ex-fumadores	
	Diários	Ocasionais		Diários	Ocasionais
Sexo Masculino					
Norte	24,6	2,9	33,3	13,6	2,9
Centro	20,5	4,1	37,6	11,7	3,5
LVT	24,0	2,6	34,7	13,8	2,2
Alentejo	29,9	2,9	29,4	12,1	3,0
Algarve	27,1	3,7	30,8	13,3	2,4
Sexo Feminino					
Norte	7,6	1,1	63,0	3,8	2,5
Centro	8,3	0,8	63,8	2,9	2,2
LVT	15,4	1,3	53,7	5,3	2,2
Alentejo	12,1	1,9	56,7	4,3	3,2
Algarve	12,9	2,9	54,8	5,3	2,3

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

Analisado o consumo de tabaco nas diferentes Regiões do Continente (NUTS), verificou-se que a Região do Alentejo apresentava, de acordo com os dados do INS 2005/2006, a maior prevalência de fumadores diários do sexo masculino, na população com 15 ou mais anos, (29,9%) e a Região Centro a prevalência mais baixa (20,5%). Relativamente ao sexo feminino, a prevalência mais elevada foi encontrada na Região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e a mais baixa na Região Norte (7,6%), conforme se observa no Quadro 5.

No que se refere ao consumo entre os jovens, segundo dados referentes ao ano de 2011, recolhidos pelo IDT no âmbito do estudo ECTAD/ESPAD Portugal, realizado numa amostra representativa de alunos do ensino público (Feijão; Lavado; Calado, 2011), dos rapazes com 18 anos, 64,6% responderam já ter consumido tabaco; 5,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos e 29,0% entre os 13 e os 15 anos. Das raparigas com 18 anos, 64,9% responderam já ter consumido tabaco; 3,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos e 31,6% entre os 13 e os 15 anos, conforme se verifica na Figura 1.

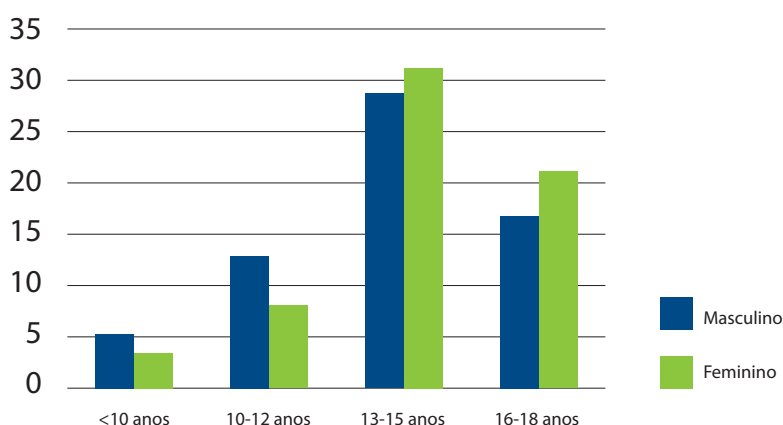


Figura 1. Idade de início do consumo de tabaco reportada pelos alunos do ensino público, com 18 anos, que já experimentaram fumar. Fonte: Adaptado de: Feijão; Lavado; Calado – ECATD/ESPAD Portugal, 2011.

Em relação ao consumo de tabaco nos últimos 30 dias (consumidores atuais), apresenta-se, na Figura 2., a distribuição em função do sexo.

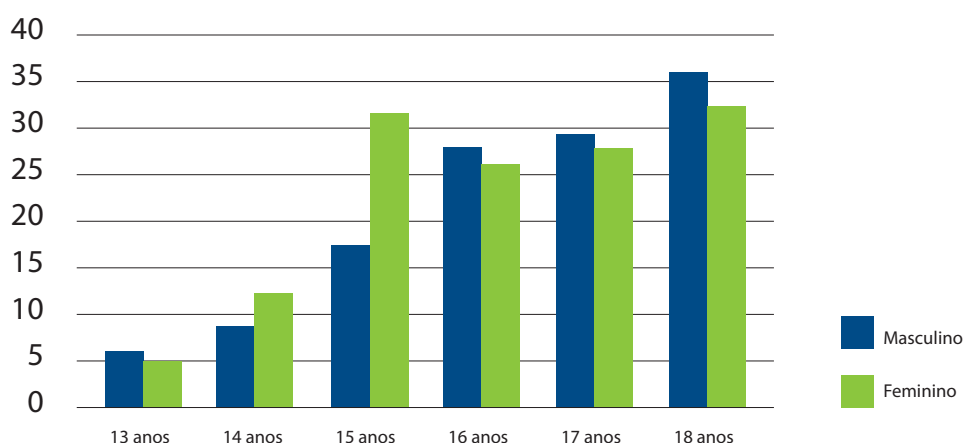


Figura 2. Proporção de alunos, do ensino público, que disseram ter fumado nos últimos 30 dias, por sexo e idade. Fonte: Adaptado de: Feijão; Lavado; Calado – ECATD/ESPAD Portugal, 2011.

Analizada a evolução das prevalências de consumo de tabaco ao longo da vida (ter alguma vez consumido tabaco) nos alunos do ensino público, na última década, verificou-se um decréscimo em 2006 e uma subida em 2011, quer no 3.º ciclo, quer no ensino secundário (Feijão, 2012).

Registou-se, também, um aumento relevante nas percentagens de jovens que disseram ter fumado nos 30 dias anteriores ao estudo, entre os anos de 2006 e de 2011, em particular nos alunos do ensino secundário, conforme se pode observar na Figura 3.

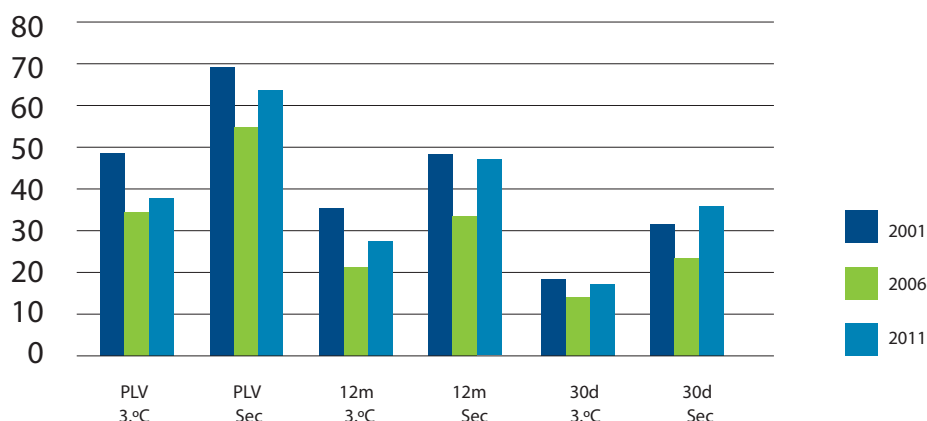


Figura 3. Proporção de alunos, do ensino público, 3.º ciclo e secundário, que disseram ter fumado ao longo da vida (PLV), no último ano (12m) e nos últimos 30 dias (30d), por ano. Fonte: Adaptado de: Feijão, F. – Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011, SICAD, 2012.

Analizada a distribuição dos consumos por Região, verificou-se que as prevalências de consumo recente mais elevadas (últimos 12 meses), quer no 3.º ciclo, quer no secundário, se registaram na Região do Alentejo (Feijão, 2012).

De acordo com o Relatório do estudo de âmbito europeu ESPAD 2011 (Hibell *et al.*, 2012), 43% dos adolescentes portugueses escolarizados de 16 anos disseram já ter fumado pelo menos uma vez (48% dos rapazes e 40% das raparigas); 29% responderam ter consumido cigarros nos últimos 30 dias e 15% ter fumado diariamente nos últimos 30 dias.

Ainda segundo este Relatório, 69% dos inquiridos consideraram ser fácil ou muito fácil aceder aos cigarros; 66% dos rapazes e 71% das raparigas (Hibell *et al.*, 2012).

Conforme dados recolhidos em 2012, pelo estudo Eurobarómetro (European Commission, 2012), 22% dos inquiridos portugueses fumadores ou ex-fumadores, disseram ter começado a fumar regularmente (pelo menos

uma vez por semana) com menos de 15 anos. Apenas 6% referiram ter começado a fumar regularmente depois dos 25 anos. A idade média de início do consumo regular foi de 17,7 anos.

De acordo com o mesmo estudo, 45% dos fumadores portugueses disseram já ter tentado parar de fumar, valor inferior à média europeia (60%). Dos 14% de respondentes fumadores que tentaram parar de fumar nos doze meses anteriores à inquirição, 84% não pediu ajuda, 10% tomou substitutos de nicotina e 5% pediu ajuda a um médico ou a outro profissional de saúde. O uso de uma linha telefónica de apoio foi mencionado por 1% dos respondentes. O recurso a *sites* de apoio à cessação tabágica na Internet não foi mencionado (European Commission, 2012).

Quanto à exposição ao fumo ambiental do tabaco, segundo dados recolhidos em dezembro de 2008, num estudo Eurobarómetro (European Commission, 2009), na União Europeia, 14% das pessoas não fumadoras disseram estar expostas diariamente, no seu domicílio, ao fumo do tabaco consumido por outras pessoas. A proporção mais baixa de não fumadores expostos ao fumo do tabaco no domicílio foi observada na Suécia (3%) e na Finlândia (2%).

Em Portugal, cerca de 13% dos não fumadores referiram encontrar-se expostos diariamente, no seu domicílio, ao fumo do tabaco (European Commission, 2009).

Por outro lado, cerca de 24% dos fumadores portugueses assumiram expor terceiras pessoas ao fumo do tabaco em sua casa. Na Finlândia, apenas 8% dos fumadores deram uma resposta semelhante (European Commission, 2009).

No contexto de um projeto de investigação de âmbito nacional "Prevenção da exposição de crianças ao fumo ambiental do tabaco no seu domicílio", realizado em 2012, constatou-se que 32,6% das crianças (com uma média de idades de 9 anos) que participaram neste estudo estavam expostas ao fumo no seu domicílio, diária (14,3%) ou ocasionalmente (18,3%). Das crianças participantes que costumavam viajar de carro, 29,1% afirmaram estar

expostas ao fumo de tabaco na viatura onde habitualmente eram transportadas, 4,9% sempre e 24,2% ocasionalmente (Precioso et al., 2012).

No que se refere à exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho, segundo dados recolhidos em 2012, 82% dos portugueses responderam nunca ou quase nunca estar expostos, valor superior à média europeia (72%). Referiram estar diariamente expostos ao fumo 7% dos trabalhadores portugueses inquiridos. Cerca de 2% referiram uma exposição diária superior a 5 horas e 3% uma exposição entre 1 e 5 horas (European Commission, 2012).

1.2. ESTRATÉGIAS GLOBAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

O tabagismo é um fenómeno complexo, determinado por múltiplos fatores, de índole cultural, social, económica, comportamental, genética e neurobiológica. A sua prevenção e controlo requer, deste modo, uma abordagem global, integrada por diversas medidas e iniciativas, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação tabágica, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de um clima social, cultural e económico favorável à adoção de estilos de vida conducentes à saúde (World Health Organization, 2003; 2008).

Em face do amplo conhecimento científico sobre as consequências nefastas do tabagismo e as tendências de produção, comercialização, *marketing* e consumo do tabaco à escala global, a OMS, em maio de 1999, deu início a um processo de negociação que culminou, em 21 de maio de 2003, com a adoção por unanimidade, no âmbito da 56.ª Assembleia Mundial da Saúde, da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (World Health Organization, 2003).

Esta Convenção Quadro, aprovada por Portugal em novembro de 2005³, constitui um importante marco histórico no contexto das políticas internacionais de promoção da saúde. Com a sua ratificação, as partes contratantes assumem o compromisso de adotar um conjunto diversificado de medidas plurisectoriais respeitantes à redução da oferta de tabaco, à redução da procura e à proteção do meio ambiente, num esforço conjugado de cooperação internacional, visando proteger as gerações presentes e futuras dos efeitos devastadores, sanitários, sociais, ambientais e económicos, causados pelo consumo e pela exposição ao fumo do tabaco (World Health Organization, 2003).

No sentido de promover a adequada implementação deste tratado, a OMS identificou as seis estratégias mais efetivas para prevenir e controlar o consumo de tabaco nos próximos anos (World Health Organization, 2008). Estas estratégias de ação, que serão adotadas como referência no presente Programa, apresentam-se sintetizadas no acrónimo "MPOWER" (World Health Organization, 2008):

- monitorizar o consumo de tabaco e as suas repercussões na saúde;
- proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- oferecer ajuda na cessação tabágica;
- avisar, informar e educar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco;
- proibir totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio dos produtos do tabaco;
- aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco.

Serão, igualmente, tidas em consideração as linhas diretrizes para implementação dos diferentes artigos da Convenção Quadro, aprovadas em sede de Conferências das Partes (World Health Organization, 2011a).

³ Decreto n.º 25-A de 8 de novembro de 2005, que aprovou a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco.

Na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controlo das doenças crónicas não transmissíveis, realizada em Nova Iorque, em setembro de 2011, foi adotada uma declaração política, que sublinhou a importância do investimento na prevenção e controlo do tabagismo, como uma das principais estratégias para a redução da prevalência daquelas doenças. No contexto desta declaração, os Estados-Membros foram encorajados a desenvolver políticas intersectoriais visando a criação de ambientes e condições de vida favoráveis à saúde e à adoção, por parte dos cidadãos, das famílias e das comunidades, de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde. Foi acentuada a importância da educação para a saúde, dentro e fora da escola, no sentido da promoção da literacia em saúde. Foi, também, apoiada a necessidade de imprimir celeridade na implementação dos compromissos assumidos com a adesão à Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, como via para promover o controlo do tabagismo a nível mundial, nos próximos anos (United Nations, 2011).

A nova estratégia de saúde europeia da OMS "Saúde 2020" (World Health Organization, 2012b) aponta no mesmo sentido, valorizando a importância da saúde como um recurso essencial para o desenvolvimento económico e social. A sobrecarga nos sistemas de saúde resultante do aumento da incidência de doenças não transmissíveis requer uma ação concertada de âmbito intersectorial, que tenha em conta a necessidade de redução do gradiente social em saúde, para o qual o consumo de tabaco é um fator contributivo major, dado afetar tendencialmente as regiões e os grupos populacionais mais pobres (World Health Organization, 2004; Marmot, 2006; Commission on Social Determinants of Health, 2008).

A procura de redução das iniquidades em saúde, no contexto das mudanças demográficas, socioculturais, económicas e de saúde que vão caracterizar o século XXI na Europa, impõe a adoção de modelos de governação, assentes no empoderamento e capacitação dos cidadãos e numa maior respon-

sabilização, individual e coletiva, pela criação de condições mais favoráveis à saúde e ao desenvolvimento. Neste sentido, a estratégia da OMS "Saúde 2020" sublinha a necessidade de reforçar a intervenção sobre os principais fatores determinantes destas doenças, sociais, económicos, ambientais e relativos aos comportamentos e estilos de vida, envolvendo todos os sectores governamentais, organizações da sociedade civil e os próprios cidadãos (International Conference, 1986; World Health Organization, 2012b).

A nível da União Europeia, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem, desde há vários anos, um objetivo prioritário no âmbito das políticas de saúde pública. De notar que a Comissão Europeia, tendo ratificado a Convenção Quadro da OMS, encontra-se vinculada ao seu cumprimento nas matérias da sua competência. Neste âmbito, estão em vigor diversas Diretivas, das quais se destacam: a Diretiva 2001/37/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, atualmente em revisão, relativa à rotulagem e às condições de fabrico e venda dos produtos do tabaco, recentemente alterada pela Diretiva 2012/9/EU da Comissão; a Diretiva 2003/33/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa à publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do tabaco; a Diretiva 2010/12/UE do Conselho, relativa à estrutura e às taxas do imposto especial de consumo incidente sobre os tabacos manufaturados.

Para além destas Diretivas, são ainda de realçar a Recomendação do Conselho, de 30 de novembro de 2009, e a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de novembro de 2009, ambas relativas à criação de espaços sem fumo (Conselho da União Europeia, 2009; Parlamento Europeu, 2009).

Apesar destas recomendações, conforme sublinhado por McNeill e outros (2012), os progressos no controlo do consumo de tabaco na União Europeia têm sido lentos, não existindo uma estratégia coerente e uniforme de vigilância e controlo deste problema. A esta situação não tem sido alheia

a influência que a indústria do tabaco tem procurado exercer nesta matéria, comprometendo a aplicação dos princípios expressos no artigo 5. 3.º da Convenção Quadro, que preceitua a necessidade de as políticas de prevenção e controlo do tabagismo serem protegidas dos interesses, comerciais e outros, da indústria do tabaco (Smith *et al.*, 2010; McNeill, 2012; MacKay, 2012; World Health Organization, 2012c).

A implementação, no nosso País, das medidas acordadas com a aprovação desta Convenção impõe um esforço coletivo de coordenação e cooperação intersectorial, envolvendo todos os sectores da governação e diversos atores sociais, para além do sector da saúde, com particular destaque para o papel que deverá ser assumido pelo Ministério da Economia e Emprego, Ministério da Educação e Ciência, Instituto do Desporto e Juventude, ordens representativas dos profissionais de saúde, sociedades científicas, organizações não governamentais e sociedade civil.

O sucesso do presente Programa, traduzido pela plena consecução dos seus objetivos, requer, deste modo, um amplo consenso social e um verdadeiro compromisso coletivo, político e social, na criação de condições para um futuro mais saudável, livre de tabaco, para todos os cidadãos.



VISÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

2.1. VISÃO

Promover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco.

2.2. FINALIDADE

O presente Programa, criado pelo Despacho 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado no DR II série, de 13 de janeiro de 2012, integra-se no Plano Nacional de Saúde (2012 – 2016), tendo como finalidade:

- Aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo de tabaco.

2.3. OBJETIVOS GERAIS

- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016.
- Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.



EIXOS ESTRATÉGICOS

O PNPCT estrutura-se em função de três eixos estratégicos nucleares – prevenção da iniciação do consumo, promoção da cessação tabágica e proteção da exposição ao fumo ambiental – complementados por dois eixos de intervenção transversal, orientados para a informação, a educação, a avaliação, a formação e a investigação:

- 1.** Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.
- 2.** Promover e apoiar a cessação tabágica.
- 3.** Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco.
- 4.** Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo.
- 5.** Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

3. 1. PREVENIR A INICIAÇÃO DO CONSUMO DE TABACO NOS JOVENS

A iniciação do tabagismo tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da idade adulta, numa fase da vida em que a capacidade para tomar decisões ponderadas se encontra, ainda, insuficientemente desenvolvida. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar de modo regular (American Academy of Pediatrics, 2009; US Department of Health and Human Services, 2012).

Segundo dados do estudo Eurobarómetro realizado em 2012, cerca de 90% dos fumadores portugueses disseram ter iniciado o consumo regular de tabaco antes dos 25 anos; 22% antes dos 15 anos e 51%, entre os 15 e os 18 anos (European Commission, 2012).

A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e os jovens é, portanto, crucial para se poder vir a controlar a "epidemia tabágica" nas próximas gerações.

Segundo Milton e outros (2004), o processo pelo qual o adolescente evolui da experimentação do tabaco ao consumo regular e à dependência integra cinco estádios sucessivos:

- Fase de preparação – aquisição de conhecimentos e formação de crenças e expectativas sobre o uso do tabaco.
- Fase de iniciação – consumo dos primeiros cigarros.
- Fase de experimentação – período de uso repetido, irregular, que pode ocorrer apenas em situações ocasionais ao longo de um período de tempo variável.
- Fase de consumo regular – desenvolvimento de um padrão de consumo repetido e regular.

- Fase de dependência – consumo regular, normalmente diário, mediado pela necessidade compulsiva de consumir e pelo aparecimento de síndrome de abstinência. É de sublinhar que os sintomas de dependência da nicotina, traduzida pela perda de autonomia relativamente ao consumo de cigarros, podem surgir dias ou semanas após o uso ocasional, muitas vezes antes de um consumo regular se ter instalado (DiFranza et al., 2002; 2007; Milton et al., 2004; DiFranza e Richmond, 2008; Fiore et al., 2008; US Department of Health and Human Services, 2012).

O ato de fumar é socialmente aprendido. Dos factores sócio-ambientais com maior influência na iniciação do consumo, destacam-se o comportamento de fumar dos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e os jovens, a facilidade de acesso ao tabaco, em particular o preço acessível, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco, designadamente, no cinema, em vídeos, na Internet, nos meios de comunicação social e nos locais de venda (Stead; Perera; Lancaster, 2006; Wellman *et al.*, 2006; Song *et al.*, 2007; Wakefield; Germain; Henriksen, 2008; Paynter e Edwards, 2009; Barrientos-Gutiérrez, *et al.*, 2012; US Department of Health and Human Services, 2012).

Os adolescentes tendem a sobrestimar a prevalência do consumo entre os seus pares. A probabilidade de um adolescente fumar aumenta, se os seus amigos também fumarem (Matos *et al.*, 2003; Wellman *et al.*, 2006; Matos, 2008; National Cancer Institute, 2008; Vitória *et al.*, 2011; Currie *et al.*, 2012; US Department of Health and Human Services, 2012).

De acordo com os dados recolhidos pelo Eurobarómetro (2012), 82% dos inquiridos portugueses disseram ter começado a fumar devido ao facto de os amigos fumarem; 19% por gostarem do cheiro ou do sabor do tabaco, 10% por este ser economicamente acessível, 6% por terem pais fuma-

dores, 3% por gostarem de cigarros com determinado sabor, adocicado, frutado ou a mentol, e 1% por gostarem da embalagem dos cigarros (European Commission, 2012).

Por outro lado, diversos fatores individuais contribuem para a decisão de iniciar o consumo: características genéticas e da personalidade, autoestima, saúde mental, conhecimentos, crenças, atitudes, sucesso escolar, preocupação com o aumento de peso, disponibilidade financeira, entre outros. Embora a maioria dos jovens pré-adolescentes evidenciem atitudes negativas perante o tabagismo, muitos virão a experimentar fumar e, mais tarde, a fumar de modo regular ao longo da vida adulta. Por outro lado, as crenças e as atitudes associadas ao consumo, designadamente que fumar favorece a integração social e é relativamente seguro, aumentam a probabilidade de os adolescentes decidirem experimentar (Matos *et al.*, 2003; Matos, 2008; US Department of Health and Human Services, 2012).

De acordo com o Relatório de 2010 do estudo *Health Behaviour in School Aged Children*, promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social, realizado numa amostra de alunos do ensino público, do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, 30% dos adolescentes disseram ter experimentado fumar. Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre sexos, relativamente à experimentação e ao consumo de tabaco. Cerca de 16% dos alunos responderam ter fumado o primeiro cigarro com 11 ou menos anos de idade, 41% entre os 12 e os 13 anos e 43% depois dos 14 anos. Cerca de 4,5% dos respondentes disseram fumar diariamente (Matos *et al.*, 2012).

Um estudo efetuado em estudantes universitários portugueses revelou que a maioria dos alunos fumadores referiu ter começado a fumar durante o ensino básico e secundário. Fê-lo por curiosidade, por desejo de experimentar ou devido à influência dos amigos (Precioso, 2004).

A análise da efetividade das diferentes estratégias de prevenção do consumo de tabaco entre os jovens revela que o aumento dos preços é uma das medidas mais efetivas, seguida da eliminação de todas as formas de publicidade e de promoção dos produtos do tabaco. As campanhas informativas e os avisos de saúde com imagens nos maços de tabaco, bem como a proibição total de fumar em escolas e locais públicos contribuem, de igual modo, para prevenir a iniciação do consumo, na medida em que diminuem a aceitabilidade social do tabaco (Stead e Lancaster, 2005a; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; World Health Organization, 2008; Pierce *et al.*, 2012; US Community Preventive Services Task Force, 2012b; US Department of Health and Human Services, 2012).

A prevenção do consumo de tabaco na escola carece de um investimento consistente e continuado, dado que as abordagens casuísticas e pontuais são de baixa ou nula efetividade (Thomas e Perera, 2006). O envolvimento das crianças e jovens nos processos pedagógicos tendentes à aquisição de competências para uma adequada autogestão da saúde é fundamental para aumentar o sucesso das intervenções de prevenção do tabagismo (Milton *et al.*, 2004; Precioso, 2006; Nunes, 2007; Dobbins *et al.*, 2008; Vitória; Silva; De Vries, 2011; US Department of Health and Human Services, 2012).

O papel de exemplo dos professores, dos pais e dos restantes jovens, relativamente ao consumo de tabaco assume, também, uma particular importância. Nesse sentido é necessário sensibilizar os pais e os professores fumadores para que evitem fumar na presença de crianças e jovens e tomem a decisão de parar de fumar (World Health Organization, 2007; 2008; 2009; US Department of Health and Human Services, 2012).

A restrição total de fumar em casa contribui para reduzir o consumo entre os adolescentes. Restrições parciais parecem não ter o mesmo efeito (Vi-

tória et al., 2011; Vitória, Silva, De Vries, 2011; US Department of Health and Human Services, 2012).

Os Serviços de Saúde, através da Saúde Escolar, deverão incentivar a cessação tabágica junto dos professores e dos pais de crianças escolarizadas, garantido o apoio necessário através da medicina geral e familiar ou das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

Conforme já referido, o aumento dos preços dos produtos do tabaco é a estratégia mais efetiva para limitar o consumo de tabaco, em particular entre os jovens e os grupos populacionais com menores recursos (Jha e Chaloupka, 1999; World Health Organization, 2008; 2010b). De acordo com estimativas publicadas pelo Banco Mundial, nos países desenvolvidos, um aumento de 10% nos preços dos produtos do tabaco poderá contribuir para uma quebra no consumo de cerca de 4%. Todavia, para garantir a sua efetividade, esta medida deverá ser sustentada no tempo, através de políticas fiscais adequadas, de modo a manter o aumento dos preços acima do valor da taxa de inflação (Jha e Chaloupka, 1999; World Health Organization, 2008; 2010b; US Community Preventive Services Task Force, 2012b; US Department of Health and Human Services, 2012).

Na União Europeia, nos termos da Diretiva 2010/12/UE do Conselho, de 16 de fevereiro de 2010, referente à estrutura e às taxas do imposto especial de consumo que incide sobre os tabacos manufaturados, foram introduzidas várias alterações na legislação fiscal sobre estes produtos, nos termos das obrigações da União Europeia, enquanto parte signatária da Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco.

Em paralelo ao aumento dos preços, é fundamental controlar e combater o comércio ilícito de tabaco. Este tipo de comércio, para além dos prejuízos económicos que acarreta, contribui para facilitar o acesso a produtos do tabaco menos dispendiosos e portanto mais acessíveis, em particular aos jo-

vens e aos grupos sociais com menores recursos económicos. Nesse sentido, parece pertinente apoiar a adesão do nosso País ao protocolo de combate ao comércio ilícito dos produtos do tabaco, no contexto da Convenção Quadro da OMS. Tratando-se de matéria da competência da Autoridade Tributária e Aduaneira, é de particular importância promover formas de articulação entre o Ministério da Saúde e os Ministérios com competências nas áreas da economia e das finanças, tendo em vista garantir a adesão de Portugal ao referido protocolo.

Com o objetivo de limitar o acesso das crianças e dos jovens aos produtos do tabaco, nos termos da legislação, é proibida a venda destes produtos a menores de 18 anos. Todavia, dado que mais de metade dos jovens com idade inferior assume já ter consumido tabaco e que cerca de um terço refere consumir atualmente, importa compreender melhor quais as vias usadas pelos jovens portugueses para aceder a estes produtos. Por outro lado, será importante garantir o cumprimento da proibição de venda de tabaco a menores, em particular através da sensibilização dos responsáveis pelos locais de venda situados nas imediações dos estabelecimentos de ensino, dado tratar-se de uma medida com efeitos positivos na dissuasão do consumo (Stead e Lancaster, 2005a; US Community Preventive Services Task Force, 2012b).

A proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio contribui para diminuir o número de jovens que anualmente começa a fumar, para diminuir os níveis de consumo entre os consumidores, para aumentar as tentativas para parar de fumar e para diminuir a visibilidade social do tabaco. Para que esta medida seja efetiva deve ser adotada integralmente em várias vertentes, incluindo todas as formas de promoção, de patrocínio e de publicidade direta e indireta (National Cancer Institute, 2008; World Health Organization, 2008; 2011).

Segundo a OMS, uma proibição total de todas as formas de publicidade, promoção e patrocínio poderá provocar uma quebra no consumo de tabaco de cerca de 7%, independentemente da adoção de outras medidas preventivas (World Health Organization, 2008; 2011b).

Conforme preconizado nas linhas de orientação para aplicação do artigo 13.º da Convenção Quadro, referente à proibição da publicidade, os governos deverão ponderar a proibição da exposição do tabaco nos pontos de venda (*display ban*) e abolir a venda de tabaco através de máquinas automáticas e através da Internet, a fim de limitar a visibilidade social destes produtos. No mesmo sentido, dado que a embalagem dos produtos do tabaco constitui, em si mesma, uma forma de promoção do consumo, estas linhas de orientação recomendam a adoção de embalagens genéricas (*plain packaging*), sem logos, uso de cores atrativas ou informação promocional (Wakefield *et al.*, 2002; Freeman; Chapman; Rimmer, 2007; Bock *et al.*, 2008; World Health Organization, 2008; 2011b; Moodie *et al.*, 2012).

A publicidade ao tabaco encontra-se totalmente proibida em Portugal desde 1982. A Lei 37/2007 de 14 de agosto, que incorporou o disposto na Diretiva 2003/33/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, veio reiterar essa proibição, clarificando o seu âmbito de aplicação e atribuindo ao Instituto do Consumidor a competência de fiscalização.

De acordo com um estudo Eurobarómetro (European Commission, 2010), apenas 40% dos respondentes portugueses disseram nunca ter visto publicidade ao tabaco nos últimos seis meses; 5% responderam ter visto publicidade muitas vezes e 20% "de vez em quando".

No Relatório Infotabac 2011 (DGS; INSA, 2011), relativo à avaliação dos primeiros três anos de aplicação desta Lei, concluiu-se que a publicidade ao tabaco ainda existe no nosso país. Importa, assim, caracterizar quais as formas e contornos de violação da lei, em articulação com a Direção-Geral do Consumidor.

A regulamentação dos produtos do tabaco, em particular dos aromas e de outros ingredientes utilizados no seu fabrico, tendo em vista controlar a sua capacidade para induzir o consumo, em particular junto dos adolescentes, é outra das vertentes em estudo no âmbito da revisão da Diretiva 2001/37/CE, sob coordenação da Comissão Europeia, dando assim cumprimento às linhas de orientação para aplicação dos artigos 9.º e 10.º da Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (World Health Organization, 2010a; 2011a).

3.1.1. OBJETIVOS OPERACIONAIS

- 1.** Diminuir a % de jovens escolarizados de 13 anos que referem ter fumado nos últimos 30 dias para < 4%. (Valor de referência: 5,3%, M 5,8%; F 4,8%, ECATD/ ESPAD 2011)
- 2.** Diminuir a % de jovens de 16 anos que referem já ter fumado alguma vez para <40%. (Valor de referência: 43%; M 48%; F 40%, ESPAD 2011)
- 3.** Diminuir a % de jovens de 16 anos que referem ter fumado nos últimos 30 dias para < 25%. (Valor de referência: 29%; M 29%, F 29%, ESPAD 2011)
- 4.** Diminuir a % de jovens de 16 anos que referem ter fumado diariamente nos últimos 30 dias para < 12%. (Valor de referência: 15%, ESPAD 2011)
- 5.** Diminuir a % de jovens de 16 anos que consideram fácil ou muito fácil ter acesso ao tabaco para < 60%. (Valor de referência: 69%; M 66%; F 71%, ESPAD 2011)
- 6.** Reduzir a % de consumidores diários do sexo masculino, dos 15 – 24 anos, para <27 %. (Valor de referência: 31,5%, INS 2005/2006)
- 7.** Reduzir a % de consumidores diários do sexo feminino, dos 15 – 24 anos, para <14 %. (Valor de referência: 16,0%, INS 2005/2006)

3.1.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO 2012-2016

- a) Sensibilizar decisores e opinião pública para a importância do aumento anual dos preços dos produtos do tabaco, acima do valor da taxa de inflação, na redução da iniciação do consumo, em particular nos jovens.
- b) Apoiar a adesão de Portugal ao Protocolo sobre o Comércio Ilícito de Tabaco, no âmbito da Convenção Quadro da OMS, a fim de limitar o acesso a produtos do tabaco a preço reduzido.
- c) Articular com a Direção-Geral do Consumidor no sentido de fazer cumprir a proibição total da promoção, patrocínio e publicidade direta e indireta ao tabaco.
- d) Articular com a Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica, no que se refere à proibição de fumar em locais fechados e à proibição de venda de produtos do tabaco a menores de 18 anos.
- e) Estabelecer formas de articulação com o Ministério da Educação e Ciência tendo em vista:
 - Reforçar o investimento pedagógico atribuído à prevenção do tabagismo no âmbito do currículo do ensino básico e secundário.
 - Apoiar a formação dos educadores e professores sobre prevenção do tabagismo.
 - Apoiar a educação para a saúde na escola, envolvendo os alunos, os professores, os pais e a restante comunidade educativa.
 - Apoiar a elaboração de materiais técnico-científicos e educativos.
 - Promover e apoiar a cessação tabágica entre os professores, pais e alunos.

- f) Estabelecer parceria com o Ministério de Educação e Ciência no sentido da realização anual de pelo menos um projeto ou iniciativa nacional de prevenção do tabagismo dirigido às escolas do ensino básico e secundário.
- g) Estabelecer parceria com o Instituto Português do Desporto e Juventude para dinamização de projetos de prevenção e tratamento do tabagismo nos jovens.
- h) Incentivar o desenvolvimento de projetos de intervenção na comunidade, a nível dos ACES e das autarquias, no sentido da prevenção e tratamento do tabagismo nos jovens.
- i) Realizar campanhas informativas e educativas dirigidas aos adolescentes e jovens, fomentando parcerias, neste domínio, com organizações da sociedade civil.
- j) Informar, sensibilizar e promover o cumprimento da lei 37/2007 de 14 de agosto, nos perímetros escolares e em outros locais frequentados por crianças e jovens.
- k) Elaborar proposta de revisão da Lei 37/2007, de 14 de agosto, em consonância com as linhas diretrizes para aplicação da Convenção Quadro da OMS.

3. 2. PROMOVER E APOIAR A CESSAÇÃO TABÁGICA

A menos que os atuais fumadores parem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início deste consumo e as doenças com ele associadas.

Segundo estimativas elaboradas por Peto, Lopez e outros, se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens que anualmente começa a fumar, evitar-se-ão vinte milhões de mortes acumuladas até 2050. No entanto, se até 2020, metade dos atuais fumadores parar de fumar, o número acumulado de mortes evitadas, em 2050, será de cerca de cento e oitenta milhões (Jha e Chaloupka, 1999).

Assim, embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva continuar a merecer um forte investimento, há necessidade, em simultâneo, de reforçar as estratégias de promoção da cessação tabágica, como via para reduzir a prevalência de fumadores na população, nos próximos anos.

A nível individual, parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, em pessoas com ou sem doenças relacionadas com o tabaco. Embora deixar de fumar seja benéfico em qualquer idade, os ganhos são tanto maiores quanto mais precoce for o abandono definitivo do consumo de tabaco (US Department of Health and Human Services, 1990; Doll *et al.*, 2004; Fiore *et al.*, 2008; World Health Organization, 2008; 2011a).

De acordo com os estudos de Richard Doll e colaboradores (2004), as pessoas fumadoras que abandonam o tabaco antes dos cinquenta anos diminuem para metade o risco de morte nos quinze anos seguintes, em comparação com o risco observado nas pessoas que continuam a fumar. As que param antes dos trinta diminuem quase totalmente o excesso de risco (Doll *et al.*, 2004).

Os ex-fumadores gozam de melhor saúde do que os fumadores que continuam a fumar e têm uma perceção mais favorável da sua saúde. Por outro lado, a promoção da cessação tabágica contribui para diminuir a visibilidade

social do ato de fumar, o que constitui uma importante estratégia para prevenir a iniciação do consumo, por parte das crianças e jovens, e para evitar a exposição ao fumo ambiental do tabaco dos não fumadores.

Um estudo Eurobarómetro (European Commission, 2012) revelou que, em 2012, 15% dos inquiridos portugueses assumiram ser ex-fumadores. Dos fumadores, 45% responderam já ter tentado parar de fumar pelo menos uma vez ao longo da vida, valor inferior à média europeia (60%).

Tendo por base dados dos estudos Eurobarómetro, verificou-se uma diminuição da proporção de fumadores portugueses que referiu ter feito uma tentativa para parar de fumar no último ano: 32%, em 2006, 17% em 2009 e 14% em 2012 (European Commission, 2007; 2010; 2012).

Segundo dados recolhidos em 2012, dos fumadores portugueses que fizeram uma tentativa para parar de fumar no último ano, 59% referiram a preocupação com a própria saúde, 48% o preço do tabaco, 26% o conselho de familiares ou amigos, 9% o conselho médico ou de outro profissional de saúde e 8% a preocupação com a exposição ao fumo de terceiros pessoas, como motivos para essa decisão (European Commission, 2012).

Embora a maioria das pessoas pare de fumar sem qualquer tipo de ajuda, as recaídas são frequentes, estimando-se que cada pessoa fumadora faça, ao longo da vida, várias tentativas até conseguir parar definitivamente (Hughes; Keely; Naud, 2004; Fiore *et al.*, 2008).

Em termos populacionais existem duas abordagens para aumentar o número de pessoas que param de fumar definitivamente: aumentar as taxas de sucesso das tentativas e/ou aumentar o número de pessoas que anualmente fazem uma tentativa para parar.

O aconselhamento das pessoas fumadoras por parte de um profissional de saúde, em particular dos médicos de Medicina Geral e Familiar, com recurso

a uma intervenção breve, bem como a redução dos custos das terapêuticas para deixar de fumar, pode aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso (Rebello, 2004a; 2004b; Direção-Geral da Saúde, 2007; Fiore *et al.*, 2008; Reis *et al.*, 2008; Carr e Ebbert, 2012; US Community Preventive Services Force, 2012a). Complementarmente devem ser disponibilizadas consultas de apoio intensivo, para seguimento das situações mais complexas, conforme preconizado no Programa-tipo de atuação em cessação tabágica da DGS (Direção-Geral da Saúde, Circular normativa 26/DSPPS/28/12/2007; Nunes *et al.*, 2008).

Fumar durante a gravidez compromete gravemente a saúde da mãe e do feto, aumentando o risco de atraso de crescimento intrauterino, placenta prévia, descolamento da placenta, rotura precoce de membranas, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e gravidez ectópica.

Dietz e outros (2010) estimaram que, nas mulheres grávidas americanas, 5 a 8% dos partos de pré-termo, 13 a 19% de partos de crianças com baixo peso ao nascer, 5 a 7% das mortes relacionadas com partos de pré-termo e 23 a 34% das mortes súbitas do lactente, possam ser atribuídos ao consumo de tabaco durante a gravidez e o período pós-parto. As crianças cujas mães fumaram durante a gravidez podem apresentar um risco acrescido de asma, cólicas e obesidade infantil.

Embora parar de fumar até às 15 semanas de gravidez ofereça os maiores benefícios, quer para o feto, quer para a mãe, parar de fumar é sempre benéfico, em qualquer momento da gravidez (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2010; 2012; US Community Preventive Services Task Force, 2012a).

Neste sentido, a promoção da cessação tabágica na mulher grávida e nos jovens pais permitirá reduzir os efeitos adversos na saúde do feto, do recém-nascido e das crianças de tenra idade, sendo uma área de intervenção

que carece de grande investimento nos próximos anos. Não se dispõe, contudo, de dados nacionais que permitam avaliar a prevalência do consumo de tabaco nestes grupos da população.

A promoção da cessação tabágica entre os adolescentes e os jovens constitui um outro eixo de investimento que importa reforçar. Muitos adolescentes gostariam de parar de fumar e muitos já fizeram tentativas nesse sentido (Sussman, 2002; Milton *et al.*, 2004; Fiore *et al.*, 2008; Sussman e Sun, 2009; US Department of Health and Human Services, 2012).

Não existe, contudo, uma base sólida de evidência relativamente às estratégias a adotar na promoção da cessação tabágica entre os adolescentes (Sussman, 2002; Grimshaw; Stanton; Lancaster, 2006; Thomas e Perera, 2006; Fiore *et al.*, 2008; Joffe *et al.*, 2009; Sussman e Sun, 2009; Karpinsky *et al.*, 2010). O aumento dos preços do tabaco e as campanhas mediáticas parecem constituir as estratégias mais efetivas (US Community Preventive Services Task Force, 2012a). O aconselhamento motivacional por parte de um profissional de saúde, individual ou em grupo, pode ter também resultados positivos (Sussman, 2002; Stead e Lancaster, 2005b, Sussman e Sun, 2009; US Community Preventive Services Task Force, 2012a; US Department of Health and Human Services, 2012).

As políticas de proteção da exposição das crianças e dos jovens ao fumo ambiental do tabaco contribuem para que estes decidam parar de fumar, pelo que devem ser incentivadas, em particular no âmbito da prestação de cuidados de vigilância da saúde infantil e juvenil (American Academy of Pediatrics, 2009; World Health Organization, 2011a).

O apoio através de linhas telefónicas de aconselhamento (*quitlines*), por parte de profissionais de saúde com formação específica nesta área e o recurso à Internet e às tecnologias de informação e comunicação são abordagens com grande potencialidade, em particular junto de públicos mais

jovens, ou com pouca disponibilidade para procurar outro tipo de serviços, pelo que devem ser equacionadas, em articulação com as restantes intervenções. Carecem, contudo, de mais avaliação quanto à sua efetividade a longo prazo (Stead; Perera; Lancaster, 2006; Cunningham, 2008; Niederdeppe *et al.*, 2008; Civljak, M. *et al.*, 2010; Pierce *et al.*, 2012; US Community Preventive Services Task Force, 2012a; US Department of Health and Human Services, 2012).

Para além da organização de respostas dirigidas às pessoas fumadoras que necessitam de apoio para parar de fumar, é fundamental implementar estratégias populacionais, com envolvimento de vários atores sociais, que contribuam para aumentar a proporção das que, anualmente, fazem uma tentativa para parar de fumar (World Health Organization, 2008).

3.2.1. OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Aumentar a % de ex-fumadores diários do sexo masculino, de 15–24 anos, para >4 %. (Valor de referência: 2,4%, INS 2005/2006)
2. Aumentar a % de ex-fumadores diários do sexo feminino, de 15–24 anos, para >4%. (Valor de referência: 2,5%, INS 2005/2006)
3. Aumentar a % de ex-fumadores diários do sexo masculino, de 25–34 anos, para >12 %. (Valor de referência: 9,9%, INS 2005/2006)
4. Aumentar a % de ex-fumadores diários do sexo feminino, de 25–34 anos, para >7%. (Valor de referência: 5,8%, INS 2005/2006)
5. Aumentar a % de ex-fumadores na população com ≥ 15 anos, para >18%. (Valor de referência: 16,1%, INS 2005/2006)
6. Aumentar a % de fumadores com ≥ 15 anos que referem ter feito uma tentativa para parar de fumar, nos últimos doze meses, para >30%. (Valor de referência: 14%, Eurobarómetro 2012)

- 7.** Aumentar, anualmente, a % de mulheres fumadoras que referem, no momento da consulta de revisão do puerpério, ter parado de fumar durante a gravidez. (Sem valor de referência)
- 8.** Aumentar a % de pais/mães não fumadores no momento dos exames globais de saúde dos filhos. (Sem valor de referência)
- 9.** Aumentar a % de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que cessam de fumar/ano. (Sem valor de referência)
- 10.** Aumentar a % de educadores de infância e professores do ensino básico e secundário que cessam de fumar/ano. (Sem valor de referência)
- 11.** Definir uma rede de referência de apoio à cessação tabágica até 2014.
- 12.** Garantir resposta às necessidades de apoio intensivo à cessação tabágica, dos utentes fumadores, em 100% dos ACES e ULS, até final de 2015.
- 13.** Melhorar a efetividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS.
- 14.** Facilitar o acesso à terapêutica farmacológica da dependência tabágica, diminuindo os custos para o utilizador.
- 15.** Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes do SNS fumadores, observados nos últimos três anos.
- 16.** Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% dos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), observados anualmente no SNS. (Sem valor de referência)
- 17.** Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% das mulheres grávidas fumadoras, seguidas anualmente no SNS. (Sem valor de referência)

3.2.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO 2012-2016

- a) Sensibilizar decisores e opinião pública para a importância do aumento anual dos preços dos produtos do tabaco, acima do valor da taxa de inflação, na redução do consumo e na promoção da cessação tabágica.
- b) Apoiar a adesão de Portugal ao Protocolo sobre o Comércio Ilícito de Tabaco, no âmbito da Convenção Quadro da OMS, a fim de limitar o acesso a produtos do tabaco a preço reduzido.
- c) Promover o cumprimento do Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS.
- d) Promover e facilitar a realização, por parte de todos os profissionais de saúde, de intervenções breves de apoio à cessação tabágica, em todos os níveis de contacto com os utentes fumadores, através de formação profissional pré e pós graduada.
- e) Promover e facilitar a realização, por parte dos profissionais de saúde, de intervenções breves de apoio à cessação tabágica, através de soluções estruturais e organizativas: inserção de algoritmo clínico nos sistemas de registo clínico, definição de indicadores de avaliação e de contratualização, entre outras.
- f) Incentivar a realização de intervenções breves de apoio à cessação tabágica no âmbito das consultas de medicina geral e familiar, vigilância da saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil e juvenil e consultas de seguimento de doentes crónicos.
- g) Incentivar e apoiar a cessação tabágica em meio escolar, no âmbito da atividade do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Programa Nacional de Saúde Oral, em articulação com o Ministério da Educação e Ciência e com a Ordem dos Médicos Dentistas;

- h) Incentivar e apoiar a cessação tabágica no contexto das políticas, planos e atividades de segurança e saúde nos locais de trabalho, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional.
- i) Incentivar a valorização da cessação tabágica no contexto dos programas nacionais prioritários, em especial os relativos ao Cancro, Doenças Respiratórias, Doenças Cardiovasculares, Diabetes e Saúde Mental, em articulação com os respetivos diretores.
- j) Promover formas de articulação com as ARS, no sentido da definição de uma rede de referenciação no âmbito do apoio à cessação tabágica.
- k) Promover e apoiar a organização de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica a nível dos ACES e serviços hospitalares, em função da rede de referenciação estabelecida.
- l) Promover e apoiar a criação de sistemas de registo clínico e de enfermagem que permitam gerir as consultas de cessação tabágica de apoio intensivo, de acordo com o Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS.
- m) Elaborar proposta no sentido da diminuição dos custos, para o utilizador, no acesso à terapêutica farmacológica da dependência tabágica.
- n) Incentivar as unidades funcionais dos ACES, em particular as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), para o desenvolvimento de projetos e iniciativas de âmbito populacional, em parceria com autarquias e outras entidades, tendo em vista promover o abandono do consumo de tabaco, junto da população em geral ou de grupos populacionais específicos.

- a) Promover campanhas mediáticas e produzir materiais informativos de incentivo à cessação tabágica, destinados a diferentes públicos-alvo.
- b) Apoiar e promover respostas de apoio à cessação tabágica, com recurso às tecnologias de informação e comunicação, à Internet e ao atendimento telefónico, reforçando a intervenção da Linha Saúde 24/Saúde Pública neste domínio.
- c) Apoiar a Comissão Europeia no processo de revisão da Diretiva 2001/37/CE.
- d) Elaborar proposta de revisão da Lei 37/2007, de 14 de Agosto, em consonância com as linhas diretrizes para aplicação da Convenção Quadro da OMS.

3. 3. PROTEGER DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO

O fumo ambiental do tabaco é constituído por uma mistura complexa de mais de 4000 substâncias, sob a forma de gases e de partículas, das quais mais de cinquenta com propriedades cancerígenas e, muitas outras, com propriedades tóxicas, irritantes ou mutagénicas. Dado resultar, em grande parte, da combustão incompleta do tabaco, contém uma maior concentração de alguns compostos nocivos relativamente ao fumo inalado pelo fumador, não existindo um limiar seguro de exposição (International Agency for Research on Cancer, 1986; 2004; US Department of Health and Human Services, 2006; 2010; World Health Organization, 2008; 2009).

O conhecimento científico disponível confirma que a exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos adversos imediatos no sistema cardiovascular, podendo também desencadear a exacerbação de sintomas res-

piratórios, em particular em doentes com asma e DPOC (US Department of Health and Human Services, 2006; Foreman *et al.*, 2007). Confirma, igualmente, que as pessoas não fumadoras expostas ao fumo ambiental do tabaco têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares (US Department of Health and Human Services, 2006; Meyers; Neuberger; He, 2009; World Health Organization, 2009).

Devido a uma combinação única de factores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, as crianças são particularmente vulneráveis à exposição ao fumo ambiental do tabaco (American Academy of Pediatrics, 1999; 2007; DiFranza; Aligne; Eitzman, 2004; Us Department of Health and Human Services, 2006; Hwang *et al.*, 2012). Vivem mais próximo do chão, nomeadamente nas fases mais precoces do seu desenvolvimento, o que as coloca em maior proximidade de poeiras e superfícies em que se acumulam alguns dos poluentes do fumo do tabaco (Hwang *et al.*, 2012). Para além disso, têm uma maior frequência respiratória, com inalação diária de um volume de ar proporcionalmente maior ao inalado pelo adulto. O seu aparelho respiratório é mais sensível à generalidades dos produtos tóxicos ambientais e o seu organismo apresenta uma menor capacidade de metabolizar as substâncias tóxicas do fumo, devido à imaturidade do sistema enzimático e dos mecanismos de *clearance* (Hwang *et al.*, 2012).

As crianças podem ser obrigadas a viver em ambientes com fumo de tabaco por períodos de tempo consideravelmente superiores aos dos outros não fumadores, dado não terem capacidade para se defender, se os pais, outros membros da família, ou os educadores, as expuserem ao fumo (DiFranza; Aligne; Eitzman, 2004; Matt *et al.*, 2008; Hwang *et al.*, 2012).

O risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco pode ser superior nas crianças, na medida em que as políticas restritivas de saúde pública, visando a proteção dos não fumadores, se focalizam nos locais de exposição de

maior relevância para os adultos, como é o caso dos locais de trabalho e dos espaços de restauração e lazer, não tendo em conta que os pais e familiares são a principal fonte de exposição para as crianças, que ocorre predominantemente em casa e nos carros, onde as restrições ao consumo são inteiramente voluntárias (DiFranza; Aligne; Eitzman, 2004; Matt *et al*, 2008; Hwang *et al*, 2012).

As crianças, quando expostas ao fumo dos pais ou familiares, sofrem de problemas respiratórios e do ouvido médio com maior frequência e de um agravamento das crises asmáticas, no caso de sofrerem desta doença. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de morte súbita do lactente (American Academy of Pediatrics, 1997; 2007; 2009; Hofhuis; Jongste; Maerkus, 2003; US Department of Health and Human Services, 2006; World Health Organization, 2009; Jones *et al*, 2011; Hwang *et al*, 2012).

Para além dos riscos para a saúde, a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e em locais públicos contribui para que as crianças aprendam a considerar o tabagismo como um comportamento normal dos adultos, o que aumenta a probabilidade de, mais tarde, elas próprias se tornarem fumadoras (US Department of Health and Human Services, 2012).

Para quantificar a exposição ao fumo ambiental pode utilizar-se a medição da nicotina no ar ou das partículas respiráveis suspensas, em especial das micro partículas ($PM_{2.5}$). Pode, também, proceder-se ao doseamento de biomarcadores nos não fumadores expostos, designadamente de cotinina, principal metabolito da nicotina, de nitrosaminas específicas do tabaco ou de aductos de ADN (Tulunay *et al*, 2005; US Department of Health and Human Services, 2006; 2010; International Agency for Research on Cancer, 2004; Matt; Bernet; Hovell, 2008; Avila-Tang *et al*, 2012).

Embora os sistemas de ventilação possam eliminar o cheiro e reduzir a concentração de alguns dos poluentes existentes no fumo ambiental do tabaco, não são suficientes para remover a totalidade destes poluentes e

conferir um grau de proteção adequado. Esta conclusão foi recentemente reiterada pela American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. (ASHRAE), que assumiu a seguinte posição nesta matéria:

"... At present, the only means of effectively eliminating health risk associated with indoor exposure is to ban smoking activity ... No other engineering approaches, including current and advanced dilution ventilation or air cleaning technologies, have been demonstrated or should be relied upon to control health risks from ETS exposure in spaces where smoking occurs " (ASHRAE, 2010)."

Nos termos do artigo 8.º da Convenção Quadro da OMS para o controlo do Tabaco, "as Partes reconhecem estar cientificamente provado, de forma inequívoca, que a exposição ao fumo do tabaco provoca doenças, incapacidade e morte. Cada Parte adotará e implementará, em áreas da competência do Estado nos termos do seu direito interno, e encorajará ativamente, nas áreas em que se exerçam outras competências, a adoção e a aplicação de medidas legislativas, executivas, administrativas e ou outras eficazes com vista à proteção contra a exposição ao fumo do tabaco em locais de trabalho fechados, transportes públicos, locais públicos fechados e, se for caso disso, em outros locais públicos." Nesta medida, para proteger a saúde de todas as pessoas contra os efeitos prejudiciais do fumo ambiental do tabaco, a OMS sublinhou que "*... 100% smoke-free environments are the only proven way to adequately protect the health of people from the harmful effects of second-hand tobacco smoke*" (World Health Organization, 2007).

A lei 37/2007, de 14 de agosto, instituiu a proibição de fumar em diversos locais, em particular em serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, locais de trabalho fechados, meios de transporte público, aeroportos, bibliotecas e estabelecimentos de restauração e bebidas, entre outros. Embora o

princípio geral seja o da proibição de fumar em locais públicos e de trabalho fechados, esta Lei estabeleceu diversas exceções a esta proibição, designadamente a possibilidade de criação de áreas ou espaços onde se pode fumar, em particular nos estabelecimentos de restauração e bebidas, em função da respetiva área destinada ao público. Esta possibilidade limitou a proteção dos trabalhadores, sempre que estes são obrigados a permanecer em zonas destinadas a fumadores. Acresce a dificuldade de fiscalizar a eficácia dos aparelhos de ventilação e extração de ar, dada a sua ineficácia na eliminação total das micro partículas e dos gases poluentes existentes no fumo ambiental do tabaco (World Health Organization, 2009; ASHRAE, 2010; Precioso *et al.*, 2011).

Um estudo efetuado por Reis e outros (Reis *et al.*, 2011), numa amostra de 806 estabelecimentos de restauração, foi possível concluir que, em mais de um quarto (26,2%) destes estabelecimentos, ainda era possível fumar. Dos estabelecimentos cujos proprietários optaram pela permissão de fumar ou pela criação de zonas para fumadores, destacam-se as discotecas, bares e *pubs* (70%), seguidos dos cafés e pastelarias (30%) e dos restaurantes (15%).

Esta investigação concluiu, ainda, que apenas em 40% dos espaços com zonas de fumo existia algum tipo de ventilação em funcionamento, em 15% dos mesmos espaços havia pessoas a fumar fora da área delimitada e em 25% foi notado fumo nas zonas para não fumadores (Reis *et al.*, 2011).

Os valores medianos da concentração de nicotina no ar interior dos estabelecimentos observados foram de $0,24 \mu\text{g}/\text{m}^3$ naqueles em que era totalmente proibido fumar, de $2,54 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nos que dispunham de zonas de fumo e de $7,03 \mu\text{g}/\text{m}^3$ naqueles em que era permitido fumar. O doseamento da nicotina no ar interior atingiu máximos de $116,67 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nas discotecas/bares/*pubs*, $41,57 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nos cafés/pastelarias e $10,40 \mu\text{g}/\text{m}^3$ nos restaurantes.

Foram identificados trabalhadores não fumadores que apresentaram níveis de intoxicação por monóxido de carbono (CO) acima de 6 ppm (ponto de corte habitual para distinguir fumadores de não fumadores), significando isto que se confirma, para estes trabalhadores e por meio de testes biológicos, um nível de intoxicação ocupacional por monóxido de carbono (CO), equivalente ao que se verifica em indivíduos fumadores. Estes doseamentos levaram os autores do estudo a concluir que a exposição ao fumo ambiental do tabaco "... nos trabalhadores de 40% dos estabelecimentos observados, representa um risco de cancro do pulmão de 3 em 10 000 ... estes doseamentos evidenciaram ainda que, para os trabalhadores de 26% destes estabelecimentos, o risco é de 1 em 1000 para a mesma patologia." (Reis *et al.*, 2011).

Este estudo revelou também uma grande heterogeneidade no cumprimento da atual legislação, existindo um maior nível global de incumprimento nos estabelecimentos que adotaram a permissão de fumar total ou parcial, relativamente àqueles em que a prática de fumo foi totalmente proibida. O incumprimento da lei observou-se, por ordem decrescente, nos estabelecimentos com permissão de fumar (35%), com zonas de fumo (25%) e com proibição de fumar (7%), (Reis *et al.*, 2011).

Pacheco e outros (2012), num estudo efetuado em restaurantes da cidade de Lisboa, concluíram que os trabalhadores expostos ao fumo ambiental do tabaco apresentavam níveis de exposição a micro partículas (PM_{2.5}) e concentrações de cotinina urinária significativamente superiores aos observados em trabalhadores em locais com proibição total de fumar.

Nagelhout e outros, (2012) concluíram, tendo por base uma investigação efetuada na Irlanda, no Reino Unido e nos Países Baixos, que as restrições totais de fumar em locais públicos e locais de trabalho, sem exceções, são mais efetivas na promoção da cessação tabágica entre os fumadores. Pelo

contrário, as restrições parciais, aparentemente, não têm um impacto significativo na proporção de fumadores que tenta parar de fumar ou no sucesso dessas tentativas.

Como referido anteriormente, de acordo com o estudo Eurobarómetro de 2012, ainda existe uma percentagem de cerca de 7% de trabalhadores portugueses que referiram estar diariamente expostos ao fumo ambiental do tabaco (European Commission, 2012).

A prevenção e o controlo do tabagismo no contexto das políticas de segurança e saúde das empresas é de grande importância, sendo fundamental promover o envolvimento ativo das estruturas representativas dos trabalhadores e dos empregadores, de modo a assegurar uma efetiva proteção da saúde em todos os locais de trabalho.

Para além da exposição em locais públicos ou de trabalho, muitos não fumadores encontram-se expostos ao fumo ambiental do tabaco no contexto familiar.

Um estudo Eurobarómetro realizado em 2008 revelou que 13% dos não fumadores portugueses responderam estar expostos diariamente ou quase diariamente ao fumo ambiental do tabaco nas suas próprias casas. Dos respondentes fumadores, 24% assumiram fumar em casa, expondo terceiros pessoas (European Commission, 2009).

Segundo o estudo Eurobarómetro realizado em 2009, quatro em dez cidadãos europeus permitem que se fume em sua casa. Cerca de 95% dos respondentes Finlandeses e 86% dos respondentes Suecos disseram não permitir que se fume em sua casa. Dos respondentes portugueses, 66% responderam não permitir que se fume em sua casa, 19% permitem que se fume apenas em algumas divisões e 13% permitem que se fume em toda a casa, sem qualquer restrição. No entanto, dos respondentes portugueses que disseram ser fumadores, apenas 31% não permitem que se fume

dentro de casa, 36% apenas permitem que se fume em algumas divisões e 32% permitem que se fume em toda a casa (European Commission, 2010).

Quanto ao fumo no interior de veículos, dados de investigação revelam que as concentrações de poluentes do tabaco são muito elevadas sempre que se fume no seu interior, mesmo com as janelas abertas (Jones *et al.*, 2009; Sendzik *et al.*, 2009). Dos cidadãos europeus, 52% disseram nunca permitir que se fume no interior do seu carro. Os Finlandeses (78%) e os Suecos (76%) foram os menos permissivos. Dos respondentes portugueses, apenas 43% disseram nunca permitir que se fume no interior do seu carro (European Commission, 2010).

Segundo dados recolhidos pelo Eurobarómetro publicado em 2006, 41% dos respondentes portugueses disseram fumar no interior do seu carro expondo terceiros e 13% assumiram fumar no carro na presença de crianças (European Commission, 2007).

Perante estes resultados, parece importante reforçar a sensibilização das pessoas fumadoras para que não fumem no interior das habitações ou de veículos, na presença de outras pessoas, em especial de crianças, mulheres grávidas e pessoas com doenças respiratórias, cardiovasculares ou outras doenças crónicas.

3.3.1. OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Aumentar a % de trabalhadores nunca ou raramente expostos ao fumo ambiental do tabaco no seu local de trabalho para >98%. (Valor de referência: 82%, Eurobarometer, 2012)
2. Diminuir a % de pessoas não fumadoras expostas ao fumo ambiental do tabaco em sua casa para <10%. (Valor de referência: 13%, Eurobarometer, 2009)

3. Diminuir a % de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco, em casa. (Sem valor de referência)
4. Diminuir a % de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco, em veículos. (Sem valor de referência)
5. Diminuir a % de grávidas expostas ao fumo ambiental do tabaco durante a gravidez. (Sem valor de referência)

3.3.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO 2012-2016

- a) Promover o cumprimento da lei 37/2007 de 14 de agosto, no que se refere à proibição de fumar em determinados locais, em articulação com a ASAE e a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT).
- b) Elaborar proposta de revisão da lei 37/2007, de 14 de agosto, de acordo com as linhas diretrizes da Convenção Quadro da OMS.
- c) Incentivar o desenvolvimento de projetos de intervenção na comunidade, a nível dos ACES, autarquias, escolas e empresas, no sentido da promoção de ambientes 100% livres de fumo do tabaco.
- d) Incentivar as abordagens de informação e educação para a saúde no contexto da utilização dos serviços de saúde, em particular no âmbito das consultas de medicina geral e familiar, planeamento familiar, saúde materna e vigilância da saúde infantil e juvenil, sobre os riscos associados à exposição ao fumo ambiental do tabaco.
- e) Promover campanhas informativas destinadas às mulheres grávidas e aos pais de crianças menores de idade para que não fumem durante a gravidez ou na presença de crianças, em especial em casa e no interior de veículos.

- f) Promover e apoiar campanhas informativas e iniciativas de sensibilização da população sobre os riscos associados à exposição ao fumo ambiental do tabaco.
- g) Promover a cooperação com a Comissão Europeia e a OMS em matéria de prevenção e controlo da exposição ao fumo ambiental do tabaco.

3. 4. INFORMAR, ALERTAR E PROMOVER UM CLIMA SOCIAL FAVORÁVEL AO NÃO TABAGISMO

Apesar do vasto conhecimento disponível quanto aos efeitos aditivos e aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco, muitas pessoas fumadoras, em particular os adolescentes, continuam a subestimar a dimensão e a gravidade dessas consequências (Carbonea; Kverndokkb; Rogebergb, 2005; Peretti-Watel *et al.*, 2007; Song *et al.*, 2009).

Na União Europeia, a Diretiva 2001/37/CE do Parlamento Europeu e do Conselho proibiu o uso de termos ou descritores (*mild*, *light*, *ultra-light*, etc.) que possam induzir o consumidor a considerar que alguns produtos do tabaco são menos nocivos do que outros. Pese embora esta proibição, muitos consumidores ainda têm a perceção de que existem produtos do tabaco menos prejudiciais à saúde, desvalorizando o risco real associado ao seu consumo (Hammond *et al.*, 2006; Brown *et al.*, 2012).

Segundo um estudo Eurobarómetro (European Commission, 2010), 12% dos respondentes portugueses consideraram que existem produtos do tabaco menos nocivos do que outros. Por outro lado, este estudo revelou que, na escolha dos produtos do tabaco que consomem, 51% dos fumadores portugueses sentem-se influenciados pela referência aos teores de alcatrão e de nicotina e 19% pelo tipo de embalagem.

No sentido de alertar os consumidores sobre estes riscos, a Diretiva 2001/37/CE tornou obrigatória a inclusão de avisos de saúde na rotulagem dos produtos do tabaco, sendo facultativa a adoção de avisos com imagens, que, no caso de serem adotados, deverão ser selecionados de entre um conjunto de pictogramas aprovados pela Comissão Europeia.

O uso de pictogramas aumenta a visibilidade das advertências de saúde, que são mais facilmente recordadas pelos consumidores, contribuindo para que muitos jovens não iniciem o consumo e muitos fumadores reduzam o consumo ou façam tentativas para parar de fumar (World Health Organization, 2008; 2011a; 2011b).

As linhas de orientação para implementação do art.º 11.º da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, referente à rotulagem dos produtos do tabaco, sublinham o direito de todos os cidadãos a serem devidamente informados quanto aos efeitos aditivos e aos riscos para a saúde associados ao consumo destes produtos (World Health Organization, 2011a; 2011b).

A obrigatoriedade de adotar avisos de saúde ilustrados por imagens na rotulagem dos produtos do tabaco é, assim, uma medida, sem custos adicionais para os Governos, de informar e alertar os consumidores sobre a nocividade destes produtos, pelo que deve fazer parte de uma estratégia global de controlo do tabagismo (World Health Organization, 2008; 2011a; 2011b).

O recurso a campanhas informativas na televisão e noutros meios de comunicação social, sobre os malefícios do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco, bem como sobre os benefícios da cessação tabágica, é uma estratégia efetiva de redução do consumo, em particular se estas campanhas ou iniciativas mediáticas forem continuadas no tempo e acompanhadas de trabalho de intervenção a nível local (McVey e Stapleton, 2000; Bala; Strzeszynski e Cahill, 2008; Niederdeppe *et al.*, 2008; Czarnecki *et al.*, 2010; World Health Organization, 2011b; US Community Preventive Services Task Force, 2012a; 2012b).

As campanhas informativas bem conduzidas, apesar de dispendiosas, são custo-efetivas, dado que permitem atingir, num curto período de tempo, um elevado número de pessoas, de vários grupos etários e condições sociais, pelo que constituem uma abordagem a equacionar no contexto do presente Programa (U.S. Department of Health and Human Services, 2003; National Cancer Institute, 2008; Czarnecki et al, 2010; World Health Organization, 2011b).

A educação para a saúde em meio escolar no domínio da prevenção do tabagismo é uma abordagem que deve ser valorizada e apoiada pelo sistema educativo, desde as idades mais precoces e ao longo da escolaridade básica e secundária.

Complementarmente os profissionais de saúde devem informar e aconselhar os seus pacientes e as comunidades locais que servem, em parceria com a escola, as autarquias, as empresas e outras estruturas pertinentes, no sentido da criação de condições favoráveis à saúde e ao não tabagismo.

As consultas de vigilância da saúde materna e de saúde infantil e juvenil oferecem um contexto privilegiado para a discussão e informação sobre os benefícios de não se fumar que deve ser aproveitado e valorizado. Os pais devem ser informados sobre os riscos para a saúde dos seus filhos que decorrem da exposição ao fumo ambiental do tabaco, em casa e em viaturas fechadas.

A promoção e a vigilância do pleno cumprimento da legislação de proibição do consumo de tabaco em locais de trabalho e em espaços públicos, bem como a proibição total da publicidade, direta e indireta, contribuem de igual modo para reforçar o clima social favorável à saúde e ao não consumo de tabaco.

3.4.1. OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Aumentar a % de população que considera que a exposição ao fumo ambiental do tabaco pode causar doenças graves, como o cancro ou doenças respiratórias para > 90%. (Valor de referência: 78%; Eurobarometer 2007)
2. Aumentar a % de população que considera que todos os produtos do tabaco são igualmente nocivos à saúde para >90%. (Valor de referência: 81%; Eurobarometer, 2010)
3. Aumentar a % de pessoas que referem nunca ter visto publicidade ao tabaco, nos últimos seis meses, para >90%. (Valor de referência: 40%; Eurobarometer, 2010)
4. Aumentar a % de pessoas que concordam com uma legislação de prevenção e controlo do tabagismo mais restritiva em bares e *pubs* para >70% (Valor de referência: 47,3% , Infotabac, 2011)

3.4.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO 2012-2016

- a) Elaborar proposta de revisão da Lei 37/2007 no sentido da adoção de advertências de saúde com imagens a cores na rotulagem dos produtos do tabaco, de acordo com a Diretiva 2001/37/CE e as linhas diretrizes da Convenção Quadro da OMS.
- b) Promover formas de articulação com a Direcção-Geral do Consumidor no sentido de melhorar a aplicação da Lei 37/2007 em matéria de proibição da publicidade ao tabaco.
- c) Manter o microsite do tabaco, na página web da DGS, permanentemente atualizado.

- d) Promover ou apoiar campanhas informativas sobre os riscos associados à exposição ao fumo ambiental do tabaco e de sensibilização das pessoas fumadoras para que não fumem em locais fechados.
- e) Reforçar e apoiar a educação para a saúde na escola, em matéria de prevenção e controlo do tabagismo, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Ministério de Educação e Ciência.
- f) Reforçar e apoiar a informação e sensibilização dos trabalhadores em matéria de prevenção e controlo do tabagismo, no âmbito das políticas de segurança e saúde nos locais de trabalho, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional.
- g) Promover e apoiar o desenvolvimento de iniciativas de informação e educação para a saúde sobre prevenção do tabagismo, dirigidas aos utentes e à comunidade, no âmbito dos ACES.
- h) Produzir e difundir conteúdos informativos e materiais pedagógicos, em diversos suportes, e promover campanhas informativas sobre os riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo ambiental do tabaco destinadas, em particular:
 - às crianças, adolescentes e jovens;
 - às mulheres grávidas e aos pais fumadores;
 - aos trabalhadores fumadores;
 - aos profissionais de saúde e aos professores;
 - à população em geral.
- i) Estabelecer parcerias com ordens profissionais, sociedades científicas, organizações representativas dos trabalhadores, dos empregadores e da sociedade civil, no sentido de apoiar e promover iniciativas e ações de informação sobre prevenção e tratamento do tabagismo.

- j) Promover a cooperação com a Comissão Europeia, a OMS e outras entidades pertinentes em matéria de informação da população sobre prevenção e tratamento do tabagismo.
- k) Promover a celebração do Dia Mundial sem Tabaco, promovido pela OMS (31 de maio).
- l) Cooperar com a Comissão Europeia no âmbito da Revisão da Diretiva 2001/37/CE, referente às condições de fabrico, rotulagem e venda dos produtos do tabaco, e da aplicação da Diretiva 2003/33/CE, relativa à proibição da publicidade ao tabaco.

3.5. MONITORIZAR, AVALIAR E PROMOVER A FORMAÇÃO PROFISSIONAL, A INVESTIGAÇÃO E O CONHECIMENTO

O conhecimento e a monitorização epidemiológica do consumo e da exposição ao fumo de tabaco e dos seus impactes na saúde são fundamentais para um adequado planeamento das estratégias e atividades a desenvolver ao longo dos próximos anos e para a introdução das medidas corretivas que se julguem oportunas (US Department of Health and Human Services, 2007; International Agency for Research on Cancer, 2009).

Estão disponíveis, ou em curso, diversos projetos de recolha de informação nesta matéria, embora nem sempre com carácter periódico ou com utilização de critérios e métodos de recolha de informação comparáveis, o que limita a sua utilidade. Existem, por outro lado, importantes lacunas no conhecimento, em particular no que se refere ao consumo de tabaco, à exposição ao fumo ambiental e à cessação tabágica, em mulheres grávidas, crianças, trabalhadores e grupos populacionais com menores recursos socioeconómicos.

Os Inquéritos Nacionais de Saúde recolhem informação de âmbito nacional sobre consumo de tabaco, embora com uma periodicidade irregular, situação que dificulta o acompanhamento atempado do impacto do Programa na população em geral. Este instrumento também se revela pouco adequado para caracterizar o consumo de tabaco em grupos populacionais específicos, designadamente mulheres grávidas, adolescentes ou pessoas com doenças crónicas.

O Instituto da Droga e da Toxicodependência, atual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), tem vindo a promover, com regularidade, diversos inquéritos em meio escolar (ensino público) sobre consumo de substâncias (Feijão; Lavado; Calado, 2011; Feijão, 2012). Têm, também, sido realizados Inquéritos nacionais ao consumo na população em geral (Balsa *et al*, 2007). Portugal integra o estudo *School Health Behaviour in School-aged Children* da OMS, sob coordenação da Faculdade de Motricidade Humana (Matos *et al*. e Aventura Social, 2011). A Comissão Europeia realiza estudos Eurobarómetro de modo regular, que recolhem dados representativos para a população portuguesa (European Commission, 2007; 2009; 2010; 2012).

Torna-se, assim, necessário identificar uma lista de indicadores para avaliação e monitorização do presente Programa, com base em fontes de informação publicadas e credíveis, numa lógica de eficiência de meios e partilha de informação entre entidades com acesso a dados pertinentes nesta matéria, designadamente o SICAD, o INSA, a ACSS, as ARS e a Comissão Europeia.

Por outro lado, interessa garantir que cada ARS e cada ACES, enquanto unidades de intervenção a nível regional e local, possuem um adequado conhecimento epidemiológico sobre o consumo e a exposição ao fumo de tabaco na sua área geográfica. Trata-se de matéria a enquadrar nas atividades dos Departamentos de Saúde Pública e de Planeamento e Contratualização, a nível das ARS, e dos Observatórios locais de saúde, a nível dos ACES, que deverão ser envolvidos neste processo. Esse conhecimen-

to será decisivo para o adequado delineamento, monitorização e avaliação das abordagens de prevenção e controlo do tabagismo a nível nacional, regional e local (Starr *et al.*, 2005; Copley; Lovato; O'Connor, 2006; New York Department of Health, 2007).

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, importa garantir a recolha de informação que possibilite acompanhar o consumo de tabaco e a cessação tabágica nos utentes, bem como na população. Importa também identificar indicadores para a avaliação e a contratualização de atividades neste domínio, a nível dos ACES.

No que concerne à avaliação do impacte da Lei do tabaco (Lei 37/2007), a DGS, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e com o Grupo Técnico Consultivo, procura assegurar o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, bem como o impacte resultante da sua aplicação, devendo elaborar, para o efeito, relatórios de periodicidade quinquenal.

No contexto da formação profissional, é imprescindível garantir que os profissionais de saúde, os educadores e os professores possuem o conhecimento e as competências necessários, de modo a melhorar a qualidade da sua intervenção. Neste sentido, deve ser dada uma particular ênfase à formação pré e pós-graduada. Importa também conhecer a oferta formativa, bem como as necessidades de formação dos profissionais de saúde, nesta matéria.

3.5.1. OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Caracterizar epidemiologicamente o consumo e a exposição ao fumo ambiental do tabaco, até 2016.
2. Caracterizar o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental, na mulher grávida, até 2015.

- 3.** Caracterizar o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental das crianças, até 2015.
- 4.** Delinear uma estratégia de formação para os profissionais do SNS, em articulação com as ARS, até 2014.
- 5.** Melhorar a formação pré-graduada dos profissionais de saúde na área da prevenção e tratamento do tabagismo, de acordo com as necessidades identificadas, até final de 2016.
- 6.** Melhorar a formação de todos os profissionais de saúde, no âmbito da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, para a realização de intervenções breves de apoio à cessação tabágica, até 2016.
- 7.** Garantir que os profissionais que prestam cuidados nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica possuem pelo menos 35 horas de formação específica nesta área, até final de 2014.
- 8.** Melhorar a formação dos profissionais de saúde pública, em particular a nível dos ACES, para o desenvolvimento de projetos de prevenção e controlo do tabagismo na comunidade, até 2016.
- 9.** Contribuir para a melhoria da formação de professores e educadores na área da prevenção e controlo do tabagismo.
- 10.** Caracterizar e monitorizar anualmente a oferta e a procura das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS.
- 11.** Caracterizar e disponibilizar informação sobre o cumprimento e a aceitabilidade social da legislação de prevenção e controlo do tabagismo, nos prazos previstos na Lei.
- 12.** Promover a investigação epidemiológica no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo, de modo a colmatar as lacunas de conhecimento identificadas.

- 13.** Responder às solicitações da OMS e da Comissão Europeia, no domínio da cedência de informação, emissão de pareceres, elaboração de relatórios e implementação de iniciativas de formação e investigação, no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo.

3.5.2. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO 2012-2016

- a) Definir indicadores de avaliação do Programa e respetivas fontes de informação.
- b) Promover a recolha e o tratamento de informação que permita caracterizar epidemiologicamente o consumo de tabaco a nível nacional e a nível de cada ARS/ACES, em articulação com o dispositivo informativo Infotabac (DGS).
- c) Promover a criação de procedimentos de registo nos suportes de informação clínica relativos à saúde materna e ao planeamento familiar, de modo a caracterizar o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental na mulher grávida, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).
- d) Promover a criação de procedimentos de registo nos suportes de informação clínica relativos aos Programas de Intervenção em Saúde Infantil e Juvenil e de Saúde Escolar, de modo a caracterizar o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental de crianças e jovens, em articulação com os Programas Nacionais de Saúde Infantil e Juvenil e de Saúde Escolar, a ACSS e os SPMS.
- e) Promover formas de articulação com o SICAD – estudos em meio escolar e com o INSA, IP. – estudo ECOS e Inquérito Nacional de Saúde.

- f) Realizar o Global Youth Tobacco Survey (GYTS) com o apoio da OMS, do CDC e do Ministério da Educação e Ciência.
- g) Promover a articulação com a ACSS e os SPMS, no sentido da introdução do tabagismo no sistema de informação de apoio médico e de enfermagem (SAM e SAPE).
- h) Promover formas de articulação com as ARS no sentido da obtenção de informação relativa à prestação de cuidados aos utentes fumadores e à realização de projetos e iniciativas de prevenção do tabagismo e promoção da saúde, de âmbito populacional.
- i) Fomentar parcerias com as Ordens profissionais na área da saúde, para a melhoria da intervenção profissional no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.
- j) Caracterizar a oferta curricular a nível das escolas médicas, de enfermagem, e de outras áreas da saúde, na área da prevenção e tratamento do tabagismo e identificar as necessidades de formação pré-graduada neste domínio.
- k) Identificar necessidades de formação dos profissionais de saúde, em particular dos que exercem funções nos ACES, sobre prevenção e tratamento do tabagismo (intervenção breve, abordagem motivacional, abordagem de apoio intensivo, intervenção na comunidade).
- l) Promover a realização de estudo nacional sobre a caracterização e efetividade das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.
- m) Divulgar e promover o cumprimento do Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS.
- n) Elaborar normas e orientações para os serviços do SNS, no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo.

- o) Incentivar e apoiar a realização de ações de formação de âmbito regional e local sobre prevenção e tratamento do tabagismo, de acordo com as necessidades identificadas.
- p) Realizar iniciativas e encontros técnicos nacionais ou regionais para apresentação, divulgação e discussão das estratégias e resultados do Programa.
- q) Elaborar e divulgar “folhas de factos e números” sobre consumo de tabaco a nível nacional e regional.
- r) Promover o mapeamento da investigação no domínio da prevenção e controlo do tabagismo em Portugal.
- s) Definir uma agenda de investigação e apoiar financeira e tecnicamente a investigação epidemiológica neste domínio, tendo por base as necessidades de conhecimento e de avaliação decorrentes do presente Programa.
- t) Estabelecer parcerias com escolas, universidades e outras entidades pertinentes, no sentido da investigação e produção de conhecimento neste domínio.
- u) Elaborar Relatórios de implementação da Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco (atualização bienal).
- v) Elaborar relatórios de avaliação do cumprimento e do impacte da lei 37/2007 de 14 de agosto, no âmbito do dispositivo informativo Infotabac (DGS).
- w) Promover o trabalho intersectorial e a cooperação internacional com a Comissão Europeia e a OMS em matéria de prevenção e controlo do tabagismo.
- x) Elaborar relatórios periódicos de monitorização e avaliação do presente Programa.

4

GOVERNAÇÃO E ESTRUTURA EXECUTIVA

4.1. DIREÇÃO NACIONAL

O Programa é coordenado por um Diretor, que funcionará na direta dependência do Diretor-Geral da Saúde.

O Diretor do Programa será apoiado por uma equipa técnica a nível da DGS e pelos responsáveis do Programa, em cada Administração Regional de Saúde (ARS).

4.2. REDE NACIONAL DE COORDENAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

Será criada uma rede nacional de coordenação e implementação do Programa, integrando as cinco ARS e aberta à participação das Regiões Autónomas, que se farão representar, a nível nacional, por responsáveis especificamente designados para este Programa.

Os Responsáveis do Programa deverão ser apoiados, a nível regional, por uma equipa técnica, que integre elementos dos Departamentos de Planeamento e contratualização e Saúde Pública, bem como outros profissionais de saúde com conhecimento e/ou experiência em prevenção do tabagismo e consulta de apoio intensivo à cessação tabágica.

A nível local deverão ser envolvidos todos os ACES, designadamente os Conselhos clínicos, e respetivas unidades funcionais. As USP deverão

apoiar a implementação do Programa, em especial através dos respetivos Observatórios Locais de Saúde e da coordenação de programas de prevenção do tabagismo de base populacional.

4.3. CONSELHO CIENTÍFICO

O Conselho científico será constituído por peritos e individualidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção e controlo do tabagismo. Será salvaguardada a independência técnico-científica deste Conselho, bem como a inexistência de conflito de interesses com os objetivos de prevenção e controlo do tabagismo, conforme disposto no artigo 5.3.º da Convenção Quadro da OMS.

4.4. GRUPO TÉCNICO CONSULTIVO

O Grupo Técnico Consultivo é constituído por despacho do Diretor-Geral da Saúde ao abrigo do disposto no artigo 22.º da lei 37/2007 de 14 de agosto e integra representantes da administração pública e da sociedade civil, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas e, ainda, de representantes de outras organizações não governamentais.

4.5. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO PROGRAMA

A monitorização e a avaliação do Programa serão efetuadas através de um painel de indicadores a definir, no decurso do processo de implementação do Programa, com a participação:

- a nível nacional, do dispositivo informativo Infotabac (DGS);
- a nível regional, das ARS – Departamentos de Saúde Pública, de Planeamento e contratualização;
- a nível local, dos ACES/USP e Unidades Locais de Saúde – Observatórios Locais de Saúde.

Complementarmente, será necessário garantir que os sistemas de registo de informação disponíveis nos serviços de saúde incentivam a intervenções dos profissionais neste domínio e possibilitam a monitorização dos indicadores de avaliação e contratualização selecionados. Nesse sentido, será necessário promover uma estreita articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

4.6. ORÇAMENTO E GESTÃO ORÇAMENTAL

Diversos estudos têm evidenciado a existência de associação entre os níveis de financiamento dos programas de prevenção e controlo do tabagismo e a redução das prevalências do consumo, quer na população adulta, quer na população adolescente (US Department of Health and Human Services, 2004b; Tauras, *et al.*, 2005; Farrely *et al.*, 2008).

O financiamento das ações previstas no presente Programa é uma condição imprescindível para garantir o seu pleno cumprimento. Será efetuado a nível central no âmbito das verbas atribuídas ao Ministério da Saúde, provenientes dos jogos sociais. A nível de cada ARS deverá ser atribuído financiamento específico para as atividades de âmbito regional, de acordo com o respetivo Plano de Atividades.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Health – Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics*, 99, 4 (1997) 639–642. (Reaffirmed May 2007)

American Academy of Pediatrics – Tobacco use. A pediatric disease. *Pediatrics*, 124: 5 (2009) 1474–1487.

American College of Obstetricians and Gynaecologists – Smoking cessation during pregnancy. ACOG. Committee Opinion n.º 471. *Obstetrics and Gynaecology*, 116 (2010) 1241–1244. (Reaffirmed 2012).

American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc. – Position document on environmental tobacco smoke. Atlanta, Georgia: ASHRAE, 2010.

Avila-Tang *et al.* – Assessing second hand smoke using biological markers. *Tobacco Control*. Online First, 2 September 2012. [Acedido 26 dezembro 2012]. Disponível em <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2012/09/01/tobaccocontrol-2011-050298.full.pdf+html>

Bala M, Strzeszynski I, Cahill K. – Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane database of systematic reviews* 2008, issue 1 (2008).

Balsa C *et al.* – Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na população em geral. Universidade Nova de Lisboa. Coleção Estudos – Universidades. Portugal: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2007.

Barrientos-Gutiérrez T. *et al.* – Se busca mercado adolescente: internet y videojuegos, las nuevas estrategias de la industria tabacalera. *Salud Pública de México*, 54:3 (2012) 303 – 314.

Bock BC *et al.* – A review of web-assisted tobacco interventions (WATIS). *Journal of Medical Internet Research*, 10:5 (2008) e37. [Acedido 26 março. 2012]. Disponível em <http://www.jmir.org/2008/5/e39/>

Borges M *et al.* – Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15: 6 (2009) 952/1004.

Brown A *et al.* – Do smokers in Europe think all cigarettes are equally harmful? *European Journal of Public Health*. 22: Suppl.1 (2012) 35–40.

Carbonea JC, Kverndokkb S; Rogebergb OJ – Smoking, health, risk, and perception. *Journal of Health Economics* 24 (2005) 631–653.

Carr AB, Ebbert J – Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 6 (2012) [Acedido 26 março. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.cd005084.pub3/abstract;jsessionid=9b5e2b902dcc9b38eea1f59af597bda9.d02t02>

Civiljak M *et al.* – Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9, pub3. (2010).

Commission on Social Determinants of Health – Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva, 2008.

Conselho Europeu – Diretiva 2010/12/UE do Conselho de 16 de fevereiro de 2010, que altera as Diretivas 92/79/CEE, 92/80/CEE e 95/59/CE, no que se refere à estrutura e às taxas do imposto especial de consumo que incide sobre os tabacos manufaturados, e a Diretiva 2008/118/CE. *Jornal Oficial da União Europeia*, 27/02/2010. [Acedido a 13 abril 2012]. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:050:0001:0007:PT:PDF>

Conselho da União Europeia – Recomendação do Conselho sobre a criação de espaços sem fumo; 30/11/2009. *Jornal Oficial da União Europeia*, 5/12/2009. [acedido 13 abril 2012]. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:0014:PT:PDF>

Copley TT, Lovato C; O'Connor S – Indicators for monitoring tobacco control: A resource for decision-makers, evaluators and researchers. On behalf of the National Advisory Group on Monitoring and Evaluation. Toronto, ON: Canadian Tobacco Control Research Initiative, 2006.

Cunningham JA – Access and interest: two important issues in considering the feasibility of web-assisted tobacco interventions *Journal of Medical Internet Research*. 10: 5 (2008) e37. [Acedido 12 abril 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2630837/>

Currie C *et al.* (eds.) – Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

Czarnecki KD *et al.* – Media campaign effectiveness in promoting a smoking-cessation program. *American Journal of Preventive Medicine*. 38: 3S (2010) S333–S342. [Acedido 18 abril 2012]. Disponível em <http://www.tobacco-cessation.org/PDFs/March%202010%20Supplement/Media-Czarnecki.pdf>

Decreto n.º 25-A. Diário da República n.º 214, 1.ª Série, Parte A, de 08/11/2005, Suplemento 1.

Dietz PM *et al.* – Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*. 39: 1 (2010) 45–52.

DiFranza J *et al.* – Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (development and assessment of nicotine dependence in youths) study. *Archive of Pediatric Adolescent Medicine*. 156 (2002) 397–403.

DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M – Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*. 113: 4 Suppl (2004) 1007–15.

DiFranza J, Richmond JB – Let the children be heard: Lessons from studies of the early onset of tobacco addiction. *Pediatrics*. 28 (2008) 621– 623.

DiFranza JR *et al.* – Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use. *Archive of Pediatric Adolescent Medicine*. 161:7 (2007) 704–710.

Direção-Geral da Saúde – Avaliação intercalar do impacto da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de agosto). Relatório intercalar a 31 de dezembro de 2009. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde; DGS, 2009.

Direção-Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, IP – INFOTABAC Relatório. Primeira avaliação do impacto resultante da aplicação da lei do tabaco. 2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; INSA, IP, 2011.

Direção-Geral da Saúde – Programa-tipo de cessação tabágica. Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007.

Dobbins M *et al.* – Effective practices for school based tobacco use prevention. *Preventive Medicine*. 46 (2008) 289–297.

Doll R *et al.* – Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 328 (2004) 1519–1528.

European Commission – Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 239. Brussels: TNS Opinion & Social, 2006.

European Commission – Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 272. Brussels: TNS Opinion & Social, 2007.

European Commission – Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.

European Commission – Survey on tobacco: Analytical report. Flash Eurobarometer 253. Brussels: The Gallup Organization, 2009.

European Commission – Tobacco: Special Eurobarometer 332. – Tobacco. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010.

Farrelly MC *et al.* – The impact of tobacco control programs on adult smoking. *American Journal of Public Health*. 98: 2 (2008) 304–309.

Feijão F – Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – 3.º ciclo e Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), 2012.

Feijão F, Lavado E, Calado V – Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. ECTAD 2011. European School Survey on Alcohol and other Drugs/Portugal (ESPAD – Portugal 2011) Apresentação 16 de novembro de 2011; Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), 2011.

Fiore *et al.* – Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline. Rockville, MD: Public Health Service. U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

Foreman MG *et al.* – Clinical determinants of exacerbations in severe, early-onset COPD. *European Respiratory Journal*. 30:6 (2007) 1124–1130.

Freeman B, Chapman S, Rimmer M – The case for the plain packaging of tobacco products. *Tobacco Control Addiction*. 103: 4 (2008) 580–590.

Grimshaw G, Stanton A, Lancaster T – Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, The Cochrane Library Issue 1. 2010, [Acedido 15 maio 2012]. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD003289.pdf>

Hammond D *et al.* – Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*. 15: Suppl 3 (2006) 19–25.

Hibell *et al.* – The 2011 ESPAD Report substance use among students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2012.

Hofhuis W, Jongste JC, Maerkus P J F M – Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Archives of Disease Childhood*. 88 (2003) 1086– 1090.

Hughes JR, Keely J, Naud S – Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 99 (2004) 29–38.

Hwang SH *et al.* – Environmental tobacco smoke and children's health. *Korean Journal of Pediatrics*. 55: 2 (2012) 35–41.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. Lisboa: INSA, IP/INE, 2008.

International Agency for Research on Cancer – IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: Tobacco smoking. IARC Monograph 38, 1986.

International Agency for Research on Cancer – Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monograph 83. Lyon, France: World Health Organization, 2004.

International Agency for Research on Cancer – Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, n.º 13. Lyon, France: World Health Organization, 2009. [Acedido a 27 março 2012]. Disponível em <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook13/handbook13.pdf>

International Conference on Health Promotion, 1, Ottawa, 17–21 November – Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986. (WHO/HPR/HEP/955.1).

Jha P, Chaloupka FJ – Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 1999. (World Bank Publications).

Joffe A *et al.* – Evaluation of school-based smoking cessation interventions for self-described adolescent smokers. *Pediatrics*. 124: 2 (2009) 187–194.

Jones MR *et al.* – Secondhand tobacco smoke concentrations in motor vehicles: a pilot study. *Tobacco Control*. 18: 5 (2009) 399–404.

Jones MR *et al.* – Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory Research*. 12:5 (2011) 1–11.

Karpinsky JP *et al.* – Smoking cessation treatment for adolescents. *Journal of Paediatrics Pharmacology Therapy*. 15: 4 (2010) 249–263.

Lei n.º 37/2007. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 14 de agosto de 2007.

Lightwood JM, Glantz SA – Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*. 120: 14 (2009) 1373–9.

Machado A, Nicolau R, Dias C M – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

Mackay J – Implementing tobacco control policies. *British Medical Bulletin*. 102 (2012) 5–16.

Marmot M – Smoking and health inequalities. *The Lancet*. 386: 9533 (2006) 341–342.

Matos MG *et al.* – A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Lisboa: Aventura Social e Saúde, 2012.

Matos MG *et al.* – Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 4 (2003) 205–219.

Matos MG *et al.* e Aventura Social e Saúde – Health in school aged children. Dados nacionais 2010 – abril 2011. Problemas emergentes e contextos sociais. [Acedido 18 abril 2012]. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf

Matos MG, coord. *et al.* – Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo? Lisboa: Instituto da droga e da Toxicodependência, 2008.

Matt GE, Bernert JT, Hovell MF – Measuring secondhand smoke exposure in children: an ecological measurement approach. *Journal of Pediatrics and Psychology*. 33:2 (2008) 156–175.

McNeill A *et al.* – Tobacco control in Europe: A deadly lack of progress. *European Journal of Public Health*. 22; Sup. I (2012) 1–3.

McVey D, Stapleton J – Can antismoking television advertising and local tobacco control activity affect smoking behaviour? A controlled trial of the Health Education Authority's antismoking campaign. *Tobacco Control*. 9 (2000) 273–282.

Meyers D G, Neuberger J S, He J – Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*. 54: 14 (2009) 1249–1255.

Milton MH *et al.* – Youth tobacco cessation: a guide for making informed decisions. Atlanta: U S Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

Moodie C *et al.* – Plain tobacco packaging; a systematic review. London: Public Health Research consortium. UK Centre for tobacco Control Studies, University of Stirling, 2012. [acedido 20 outubro 2012]. Disponível em http://phrc.lshtm.ac.uk/papers/PHRC_006_Final_Report.pdf

National Cancer Institute – The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Tobacco Control Monograph N.º 19. Bethesda, Maryland, USA: US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute, 2008.

National Institute for Health and Clinical Excellence – Mass-media and point-of-sales measures to prevent the uptake of smoking by children and young people. NICE public health guidance 14. London: NICE, 2008.

New York State Department of Health. – Key tobacco control outcome indicators. Albany, NY: New York State Department of Health, Tobacco Control Programme. 2011. [Acedido 18 novembro 2012]. Disponível em http://www.health.ny.gov/prevention/tobacco_control/docs/2011-09_key_to_bacco_outcome_indicators.pdf

Niederdeppe J. *et al.* – Smoking-cessation media campaigns and their effectiveness among socio-economically advantaged and disadvantaged populations. *American Journal of Public Health*. 98: 5 (2008) 916–924.

Nunes E *et al.* – Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa: Gradiva, Direção-Geral da Saúde, 2008.

Nunes E – Tabaco e Saúde. In: Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar. Lisboa: Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular; Direção-Geral de Saúde. Instituto da droga e Toxicodependência: 2007.

Öberg M *et al.* – Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. 377: 9760 (2011) 139–146.

Pacheco SA *et al.* – Occupational exposure to environmental tobacco smoke: a study in Lisbon restaurants. *Journal of Toxicology and Environmental Health*. 75: 13–15 (2012) 857–866.

Parlamento Europeu – Resolução de 26 de novembro de 2009, sobre a criação de espaços sem fumo. *Jornal Oficial da União Europeia* C 285 E/63. 21/09/ 2010. [Acedido a 13 abril 2012]. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:285E:0063:0067:PT:PDF>

Peretti-Watel P *et al.* – Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial. A French survey. *Tobacco Control*. 16 (2007) 351–356.

Paynter J, Edwards R – The impact of tobacco promotion at the point of sale: A systematic review. *Nicotine Tobacco Research*. 11:1 (2009) 25–35.

Pierce JP – Quitlines and nicotine replacement for smoking cessation: Do we need to change policy? *Annual Reviews of Public Health*. 33 (2012) 341–356.

Precioso, J – Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22 (2006) 201–22.

Precioso J *et al.* – Qualidade do ar interior em estabelecimentos da restauração após a entrada em vigor da lei portuguesa de controlo do tabagismo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 29:1 (2011) 22–26.

Precioso, J – Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*. 3: XXII (2004) 499–506.

Precioso J *et al.* – Prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental de tabaco em casa e no carro: estudo transversal em Portugal. Poster apresentado no IX Congresso do EMASH – Tabagismo – Fumo Ativo/Fumo Passivo, organizado pela secção portuguesa da European Medical Association on Smoking or Health, Coimbra, 18 e 19 de outubro de 2012.

Rebelo L – Consulta de cessação tabágica: uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20:1 (2004a) 87–98.

Rebelo L – O médico de família e a dependência tabágica: uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20:1 (2004b) 75–84.

Reis I *et al.* – Norma de Orientação Clínica para Cessação Tabágica. Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2008.

Reis M F *et al.* – A nova lei do tabaco: adesão, cumprimento e avaliação do impacto no sector da restauração e similares (SR&S) em Portugal. Faculdade de Medicina de Lisboa: Instituto de Medicina Preventiva, 2011. Projeto n.º 91/2008.

Sendzik T *et al.* – An experimental investigation of tobacco smoke pollution in cars. *Nicotine & Tobacco Research*. 11:1 (2009) 627–634.

Slama K – From evidence to practice: tobacco control effectiveness. *IUHPE – Promotion & Education*. 12 (2005) 28–32.

Smith *et al.* – “Working the System”—British American Tobacco's influence on the European Union treaty and its implications for policy: An analysis of internal tobacco industry documents. *PLOS Medicine*. 7:1 (2010). [Acedido 18 abril 2012]. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000202>

Song AV *et al.* – Perceptions of smoking-related risks and benefits as predictors of adolescent smoking initiation. *American Journal of Public Health*. 99:3 (2009) 487–492.

Song A, Ling P, Neilands T, Glantz S – Smoking in movies and increased smoking among young adults. *Am Journal of Preventive Medicine*. 2007;33(5):396–403.

Starr G *et al.* – Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; Department of Health and Human Services. 2005.

Stead LF, Lancaster T. – Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 1. (2005a).

Stead LF, Lancaster T. – Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 2. (2005b).

Stead LF, Perera R, Lancaster T – Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews. Issue 3. (2006).

Sussman SP – Effects of sixty six adolescent tobacco use cessation trials and seventeen prospective studies of self-initiated quitting. Tobacco Induced Diseases. 1:1 (2002) 35–81.

Sussman SP, Sun P – Youth tobacco use cessation: 2008 update. Tobacco induced Diseases. 5:3 (2009) [Acedido 26 junho 2012]. Disponível em <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/5/1/3>

Tauras JA *et al.* – State tobacco control spending and youth smoking. American Journal of Public Health. 95:4; 2 (2005) 338–344.

Thomas RE, Perera R. – School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews (2006) Issue 3.) [Acedido 26 junho 2012]. Disponível em <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001293.pdf>

Tulunay O E *et al.* – Urinary metabolites of a tobacco-specific lung carcinogen in non-smoking hospitality workers. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 14:5 (2005) 1283–1286.

US Community Preventive Services Task Force – The Guide to community preventive services. Increasing tobacco use cessation. Last updated: maio, 2012a. [Acedido a 27 novembro 2012]. Disponível em www.thecommunityguide.org/tobacco/cessation/index.html.

US Community Preventive Services Task Force – The Guide to community preventive services. Reducing tobacco use initiation. Last updated: 29 march, 2012b. [acedido a 27 novembro 2012]. Disponível em www.thecommunityguide.org/tobacco/initiation/index.html.

US Department of Health and Human Services – Best practices for comprehensive tobacco control programs – 2007. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.

US Department of Health and Human Services – Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2003.

US 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: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.

US Department of Health and Human Services – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention, Co-

ordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Atlanta, Ga. 2006.

US Department of Health and Human Services. – The health benefits of smoking cessation: a report of the Surgeon General. Rockville, MD: Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, 1990.

US Department of Health and Human Services – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004a.

US Department of Health and Human Services – Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

US Department of Health and Human Services – Sustaining state funding for tobacco control. The facts. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004b.

United Nations – Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. General Assembly. 66.th session. 16 September, 2011.

Vitória PD *et al.* – Social influence, intention to smoke, and adolescent smoking behaviour longitudinal relations. *British Journal of Health Psychology* 16 (2011) 779–798.

Vitória PD, Silva AS, De Vries H – Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents. *Revista de Saúde Pública*. 45:2 (2011) 344–354.

Wakefield M *et al.* – The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*. 11: sup 1 (2002) 173–180.

Wakefield M, Germain D, Henriksen L. – The effect of retail cigarette pack displays on impulse purchase. *Addiction* 103 (2008) 322e8.

Wellman RJ *et al.* – The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco. Ameta-analysis. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 160 (2006) 1285–1296.

World Health Organization Study Group on Tobacco Product Regulation – Report on the scientific basis of tobacco product regulation: third report of a WHO study group. WHO technical report series, n.º 955. Geneva: WHO, 2010a.

World Health Organization – The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO, 2002.

World Health Organization – Global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: WHO, 2012a.

World Health Organization Regional Office for Europe – WHO Guidelines for implementation of article 5.3; article 8; article 9 and 10; article 11; article 12; article 13; article 14. WHO Framework Convention on Tobacco control. Geneva: WHO, 2011a.

World Health Organization – WHO technical manual on tobacco tax administration. Geneva: World Health Organization, 2010b. [Acedido 26 outubro 2012]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf

World Health Organization – Framework Convention on Tobacco Control, Geneva: WHO, 2003. Acedido a 24/02/2012. Disponível em http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

World Health Organization – Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. WHO Regional Office for Europe. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. Malta, 10–13 September, 2012b. [Acedido 26 setembro 2012]. Disponível em http://issuu.com/whoeurope/docs/health2020_policyframework_strategy?mode=window&backgroundcolor=%23222222

World Health Organization – International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. Consultation report. Geneva: World Health Organization, 1999.

World Health Organization. – Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Geneva: WHO, 2007.

World Health Organization – Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization – Report on the global tobacco epidemic. Implementing smoking-free environments. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2009.

World Health Organization – Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization, 2011b.

World Health Organization – Tobacco and poverty. A vicious circle. Geneva: WHO, 2004.

World Health Organization – Tobacco industry interference. A global brief. Geneva: WHO, 2012c.

