INFOTABAC RELATÓRIO

Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do Tabaco

2011

AVALIAÇÃO DA LEI DO TABACO EM PORTUGAL

2008-2010

INFOTABAC RELATÓRIO

Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco

2011

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE

"A lei entrou pelo senso comum, as pessoas deixaram de fumar em certos sítios não pela lei mas pelo respeito pelos outros"

Participante em grupo focal, Dezembro 2010 [1]

Infotabac

Coordenação – **Paulo Jorge Nogueira** – Divisão de Estatísticas de Saúde da DGS

Carlos Matias Dias (DEP/INSA)

Carlos Orta Gomes (DE/DGS)

Emília Nunes (DSPPS/DGS)

Marina Ramos (DE/DGS)

Mário Carreira (DGS)

Nina de Sousa Santos (GAJER/DGS)

Com a colaboração

Cláudia Conceição

Cláudia Teles (UESP/DGS)

Joana Frade (UESP/DGS)

Catarina Sena (DGS)

Agradecimentos

A todas as entidades e profissionais que directa ou indirectamente colaboraram na cedência de informação que possibilitou a elaboração do presente Relatório, nomeadamente:

- Aos centros de saúde, hospitais do Serviço Nacional de Saúde, clínicas e hospitais privados e aos centros de tratamento e reabilitação de tóxico dependentes e de alcoólicos que responderam ao Inquérito da DGS aos estabelecimentos de saúde sobre a aplicação da nova Lei do tabaco;
- Aos estabelecimentos do ensino superior, públicos e privados do Continente, que ministravam os cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Medicina Dentária, que responderam ao Inquérito da DGS aos estabelecimentos do ensino superior sobre a aplicação da nova Lei do tabaco;
- Às empresas que responderam ao Inquérito da DGS às empresas públicas e privadas sobre a aplicação da nova Lei do tabaco;
- Aos estabelecimentos de restauração que responderam ao Inquérito da DGS sobre cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração;
- Administrações Regionais de Saúde;
- Autoridade Marítima Nacional, Comando Geral da Policia Marítima;
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica;
- Associação de Grossistas do Tabaco;
- Câmaras Municipais;
- Direcção Nacional da Polícia Judiciária;
- Direcção Geral do Consumidor;
- Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo;
- Gabinete Coordenador de Segurança;

- Guarda Nacional Republicana, Comando operacional;
- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;
- Instituto da Droga e da Toxicodependência;
- Ministério da Educação;
- Polícia de Segurança Pública, Direcção Nacional.

Agradecemos ainda

- À Professora Doutora Margarida Gaspar de Matos (FMH e Uma aventura Social www.aventurasocial.com) a disponibilização dos dados portugueses relativos ao tabaco dos inquéritos HBSC/OMS dos anos de 2002, 2006 e 2010;
- À Dra. Sofia Amador do Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina Preventiva o apoio na pesquisa bibliográfica;
- O apoio da Dra. Judite Catarino (DE/DGS) na actualização dos dados de mortalidade;
- O apoio da Dra. Maria João Branco, Dr. Baltazar Nunes e Dra. Eleanora Paixão, do INSA, na preparação dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde e estudos ECOS;
- O apoio administrativo e a gestão da informação do inquérito às Câmaras Municipais assumido pelo Sr. João Delmiro Costa (DSEES/DGS).

Siglas e acrónimos

ACT	Autoridade para as Condições de Trabalho
ADENE	Agência para a Energia
ADN	Associação Discotecas Nacional
AHRESP	Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal
AIHRC	Associação dos Industriais de Hotelaria e Restauração do Centro
AIHSA	Associação dos Industriais Hoteleiros e Similares do Algarve
APCC	Associação Portuguesa de Centros Comerciais
APHORT	Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo
APIRAC	Associação Portuguesa da Indústria de Refrigeração e Ar Condicionado
ARS	Administração Regional de Saúde
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
CACMEP	Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade
CE	Comissão Europeia
CGTP-IN	Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses-Intersindical Nacional
CM	Câmaras Municipais
COPPT	Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo
DALY	*Disability Adjusted Life Years*
DE	Divisão de Epidemiologia
DEP	Departamento de Epidemiologia
DGAIEC	Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo
DGIDC	Direcção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DIC	Doença isquémica cardíaca
DNPJ	Direcção Nacional da Polícia Judiciária
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DSEES	Direcção de Serviços de Epidemiologia e de Estatísticas da Saúde
DSPPS	Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde
ECOS	Em Casa Observamos Saúde
ESPAD	European School Project on Alcohol and other Drugs
EWCS	European Working Conditions Surveys
GAJER	Gabinete de Assuntos Jurídicos, Ética e Responsabilidade
GCS	Gabinete Coordenador de Segurança
GTC	Grupo Técnico consultivo
HBSC	*Health Behaviour in School-aged Children*

IC	Intervalo de confiança
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IDP	Instituto do Desporto de Portugal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPAC	Instituto Português de Acreditação
IPJ	Instituto Português da Juventude
IPQ	Instituto Português da Qualidade
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*
NUTS	Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIJ	Serviço de Inspecção de Jogos, Turismo de Portugal
SITESE	Sindicato dos Trabalhadores e Técnicos de Serviços
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPT	Sociedade Portuguesa de Tabacologia
STIHTRSN	Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Norte
UE	União Europeia
UESP	Unidade de apoio às emergências de Saúde Pública
UGT	União Geral de Trabalhadores
UHDC	União Humanitária dos Doentes com Cancro

Índice geral

Agradecimentos vii

Siglas e acrónimos ix

Índice de tabelas xvi

Índice de figuras xviii

Sumário executivo xxi

Capítulo I – Introdução 1

Metodologia 2

Organização do relatório 3

Capítulo II – Enquadramento legislativo e social 5

2.1. Enquadramento legislativo nacional e internacional 5

2.2. O tabaco na imprensa escrita 9

2.3. Aceitabilidade social da Lei 10

2.3.1. Satisfação relativamente à Lei e apoio a políticas de controlo do tabaco 10

2.3.2. Percepção do cumprimento da Lei 20

2.3.3. Percepções de impactes da Lei na saúde e nos hábitos tabágicos 23

2.4. Acesso à linha de saúde pública relacionado com a Lei (2008-2010) 30

2.5. Acesso ao microsite do tabaco 31

Capítulo III – Impactes da Lei na saúde da população 33

3.1. Epidemiologia do consumo de tabaco em Portugal 33

3.1.1. Proporção de fumadores com 10 ou mais anos de idade. 33

3.1.2. Consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade 34

3.1.3. Consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade, por região 41

3.1.4. Idade de inicio do consumo de tabaco 41

3.1.5. Consumo de tabaco e grau de escolaridade 42

3.1.6. Consumo de tabaco e situação profissional 43

3.1.7. Consumo nos jovens escolarizados 44

3.1.8. Número de cigarros consumidos na população 47

3.2. Exposição ao fumo ambiental do tabaco 47

3.2.1. Alteração da exposição em ambiente familiar 47

3.2.2. Alteração da exposição em ambiente laboral 48

3.3. Mortalidade e morbilidade 50

3.3.1. Mortalidade por doenças associadas ao tabaco (doença isquémica cardíaca, cancro do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crónica) 51

3.3.2. Doenças associadas ao tabaco: carga de doença e impacte na mortalidade 53

3.3.3. Episódios de internamento por doenças associadas ao tabaco (asma, doença isquémica cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica e tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão) 54

Capítulo IV – Protecção da exposição ambiental ao fumo do tabaco 57

4.1. Serviços de saúde 57

4.1.1. Cumprimento da proibição de fumar 58

4.1.2. Criação de áreas para pacientes fumadores, em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependência e de alcoologia 59

4.1.3. Afixação de dísticos 60

4.1.4. Venda de tabaco 60

4.2. Escolas 60

4.3. Estabelecimentos do ensino superior 64

4.4. Câmaras Municipais 66

4.5. Empresas públicas e privadas 67

4.6. Estabelecimentos de restauração 68

4.6.1. Avaliação do cumprimento da Lei do Tabaco em estabelecimentos de restauração 68

4.6.2. Estudo de avaliação da qualidade do ar em estabelecimentos de restauração 72

4.6.3. Evolução do número de pedidos de licenciamento para esplanadas 72

Capítulo V – Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados 77
5.1. Lista de ingredientes 77
5.2. Laboratórios para medição dos teores 79
Capítulo VI – Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros.....81
Capítulo VII – Venda de produtos do tabaco.....83
7.1. Compra de tabaco 83
7.2. Entradas no retalho de cigarros 83
7.3. Venda de tabaco a menores.....85
7.4. Apreensões de contrabando 85
Capítulo VIII - Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco 87
Capítulo IX - Medidas de prevenção e controlo do tabagismo 89
9.1. Acções de informação e educação para a saúde 89
9.2. Consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.....90
9.3. Terapêutica para a cessação tabágica.....97
Capítulo X – Regime sancionatório.....99
10.1. Fiscalização da Lei.....99
10.1.1. Fiscalização e infracções verificadas pela ASAE.....99
10.2. Coimas 100
Capítulo XI – Tendências e comportamentos emergentes.....101
Capítulo XII – Conclusões.....103
Apêndices 105
Apêndice 1 – Fichas técnicas de estudos 107
1.1. Inquérito Nacional de Saúde 107
1.2. ECOS-Infotabaco 2010 108
1.3. Estudos de opinião sobre medidas antitabágicas 2006, 2007 e 2010.....109

1.4. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Estudo do impacte da Lei nº. 37/2007, de 14 de Agosto. Episcience, 2008. 110

1.5. Inquérito da DGS aos estabelecimentos de saúde sobre a aplicação da nova Lei do tabaco 111

1.6. Inquérito da DGS aos estabelecimentos do ensino superior sobre a aplicação da nova Lei do tabaco 111

1.7. Inquérito da DGS às Câmaras Municipais sobre a aplicação da nova Lei do tabaco 112

1.8. Inquérito da DGS às empresas públicas e privadas sobre a aplicação da nova Lei do tabaco 112

1.9. Grupos focais 113

1.10. O Programa de estudos em meio escolar do IDT 114

1.10.1. ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 114

1.10.2. Inquéritos nacionais em meio escolar 115

1.11. Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral do IDT 115

1.12. Estudos Eurobarómetro 116

1.12.1. Eurobarómetro sobre tabaco 2009 116

1.12.2. Eurobarómetro sobre tabaco 2006 117

1.13. Estudo HBSC/OMS: Comportamentos de saúde das crianças em idade escolar 117

1.14. Fifth European Working Conditions Survey 118

1.15. Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração 118

Apêndice 2 – Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto 119

Apêndice 3 – Acções desenvolvidas pela DGS para implementação da Lei no período imediato à sua aprovação 129

Apêndice 4 – Parecer da NENASE 132

Referências 133

Anexo 1 – Actividade do Grupo Técnico Consultivo

Índice iii

Actividade do Grupo Técnico Consultivo 2

1.1 Descrição da actividade 2

1.2 Propostas de revisão 5

Apêndices 9

Apêndice 1 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos até 26 de Janeiro de 2011 9

Apêndice 2 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos após 26 de Janeiro de 2011 33

Índice de tabelas

Tabela 1. Legislação de restrição à exposição ao tabaco em países da UE 8

Tabela 2. Percentagem de indivíduos que consideram que devia ser proibido fumar nos diferentes locais em 2006, 2007 e 2010 11

Tabela 3. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados globais 12

Tabela 4. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados para o sexo feminino 13

Tabela 5. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados para o sexo masculino 14

Tabela 6. Satisfação com a Lei dos proprietários de estabelecimentos de restauração em 2010/2011 17

Tabela 7. Concordância dos responsáveis dos estabelecimentos com a Lei em estabelecimentos de restauração em 2010/2011 18

Tabela 8. Percentagem de cidadãos portugueses que concordam com as medidas de controlo do consumo de tabaco propostas no estudo do Eurobarómetro, em 2009 19

Tabela 9. Níveis percepcionados de cumprimento da Lei do tabaco em onze locais públicos, 2010 21

Tabela 10. Locais públicos por nível de cumprimento da Lei, em 2010 22

Tabela 11. Percepção do cumprimento da Lei por parte dos clientes em estabelecimentos de restauração em 2010/2011 23

Tabela 12. Percentagens de respondentes à pergunta “Considera que a nova Lei do Tabaco, em vigor desde 2008 trouxe benefícios?” em 2010, por sexo e grupo etário 24

Tabela 13. Distribuição dos hábitos tabágicos em 2010, estimativas global e por sexo, em 2010 25

Tabela 14. Caracterização dos hábitos tabágicos dos fumadores após a implementação da Lei do tabaco, estimativas global e por sexo em 2010 26

Tabela 15. Percentagem de respondentes à pergunta “Sente-se incomodado pelo fumo?” segundo sexo e grupo etário e ano 28

Tabela 16. Percentagem de fumadores diários entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade que responderam aos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados no Continente 34

Tabela 17. Prevalências de fumadores, em indivíduos com 18 ou mais anos, estimadas nas amostras ECOS de 2005, 2008 e 2010 38

Tabela 18. Prevalência de fumadores, em indivíduos de 15 ou mais anos, estimadas nos estudos de opinião em 2006, 2007 e 2010 39

Tabela 19. Percentagem de fumadores entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade no Continente em diversos estudos 40

Tabela 20. Prevalência (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade, segundo o sexo, 2005/2006 42

Tabela 21. Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por ocupação principal nas duas semanas que precederam a entrevista, segundo o sexo 43

Tabela 22. Prevalências (%) de consumo de tabaco em jovens escolarizados em diferentes estudos (2001-2010) 44

Tabela 23. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos Inquéritos em Meio Escolar do IDT 45

Tabela 24. Evolução da prevalência (%) do consumo de tabaco, fumo diário e não diário, em jovens em idade escolar (6.º, 8.º e 9.º anos) entre 2002 e 2010. 46

Tabela 25. Percentagem de utentes e profissionais dos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde respondentes ao inquérito do DGS, por grau de cumprimento da proibição de fumar, 2008 58

Tabela 26. Aspectos de cumprimento da Lei nos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, nos anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010 62

Tabela 27. Estabelecimentos do ensino superior respondentes por regiões, 2008 65

Tabela 28. Distribuição de trabalhadores por tipo de empresa, em 2008 67

Tabela 29. Caracterização da afixação de dísticos em estabelecimentos de restauração em 2010/2011 68

Tabela 31. Intenção de mudar a classificação do espaço relativamente ao consumo de tabaco em estabelecimentos de restauração em 2010/2011 69

Tabela 32. Inspecção pela ASAE aos estabelecimentos de restauração em 2010/2011 70

Tabela 33. Número de esplanadas licenciadas pelas Câmaras Municipais de 2007 a 2010 73

Tabela 34. Percentagem de indivíduos que considera que as embalagens do tabaco deviam incluir imagens ilustrativas das doenças provocadas pelo tabaco, estimativas global e por sexo, em 2010 82

Tabela 35. Número de cigarros entrados no retalho de 2007 a 2010 84

Tabela 36. Número de cigarros, charutos, cigarrilhas e gramas de tabaco de enrolar apreendidos nos anos de 2006 a 2010 86

Tabela 37. Percentagem de profissionais envolvidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica nos centros de saúde e hospitais do SNS respondentes, por regiões de saúde, em 2008. 92

Tabela 38. Utentes em espera para consulta destinada a apoiar os fumadores, por regiões de saúde, a 31 de Dezembro de 2008 93

Tabela 39. Caracterização da procura das consultas de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS, no Continente, em 2009 96

Tabela 40. Número de operadores económicos fiscalizados e infracções verificadas pela ASAE de 2008 a 2010 99

Tabela 41. Circulares, despachos e comunicados da DGS produzidos no contexto da implementação da Lei 131

Índice de figuras

Figura 1. Resposta à pergunta “Concorda com a proibição de fumar?” nos locais indicados, em 2008 16

Figura 2. Número de visitas mensais ao *Microsite* do Tabaco 2008-2010 31

Figura 3. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco da população com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo 35

Figura 4. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco nos homens por grupos etários. 36

Figura 5. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco nas mulheres, por grupos etários 36

Figura 6. Percentagem de respostas às perguntas Fuma em casa na presença de crianças, grávidas e de não fumadores, antes e depois da Lei do tabaco, em 2008 48

Figura 7. Percentagem de trabalhadores expostos ao tabagismo passivo, por país, 2005 e 2010 49

Figura 8. Taxas de mortalidade padronizada por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Portugal 1980-2009 51

Figura 9. Taxas de mortalidade padronizada por Doença Isquémica Cardíaca, Portugal 1980-2009 52

Figura 10. Taxas de mortalidade padronizadas por Tumor Maligno do Pulmão, Portugal 1980-2009 52

Figura 11. Doentes saídos por 100.000 habitantes nos hospitais públicos do Continente no período 1996-2009 54

Figura 12. Número médio de profissionais por tipo de estabelecimento de saúde inquirido 57

Figura 13. Percentagem de estabelecimentos de saúde que afixaram dísticos em 2008.....60

Figura 14. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, nos anos lectivos de 2006-2007 até 2009-2010.....61

Figura 15. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, por regiões, nos anos lectivos de 2008-2009 e 2009-2010.....62

Figura 16. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário com interdição de fumar em todo o espaço escolar, nos anos lectivos de 2006/2007 a 2009/2010 63

Figura 17. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário que têm dísticos de proibição de fumar colocados em locais bem visíveis, nos anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010 64

Figura 18. Percentagem de Câmaras Municipais que responderam ao inquérito da DGS, por regiões, 2008.....66

Figura 19. Número de esplanadas licenciadas pelas Câmaras Municipais de 2007 a 2010 73

Figura 20. Número de cigarros entrados no retalho de 2007 a 2010 84

Figura 21. Número de cigarros e charutos/cigarrilhas apreendidos nos anos de 2006 a 2010 85

Figura 22. Percentagem de estabelecimentos de saúde que realizaram acções de informação e educação para a saúde por tipo de estabelecimento, em 2008 89

Figura 23. Número de profissionais envolvidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica nos serviços de saúde respondentes, em 2008 91

Figura 24. Número total de consultas de cessação tabágica efectuadas em estabelecimentos de saúde do SNS, no Continente, de 2004 a 2009 94

Figura 25. Número de estabelecimentos com consulta de apoio intensivo à cessação Tabágica disponíveis por região de saúde, em 2008 e 2009.....94

Figura 26. Percentagem de estabelecimentos de saúde com consulta de apoio intensivo à cessação tabágica relativamente ao total de estabelecimentos por região, em 2008 e 2009 95

Figura 27. Número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica disponibilizados em cada ano, de 2007 a 2009 95

Figura 28. Número de locais consultas de apoio intensivo à cessação tabágica disponíveis por região de saúde, de 2007 a 2009 96

Figura 29. Número de embalagens disponíveis no mercado, de medicamentos utilizados em ambulatório para tratamento da dependência tabágica, em Portugal Continental, por substância activa nos anos de 2006 a 2010.....97

Sumário executivo

A Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, também chamada Lei do Tabaco, que aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008. Este diploma previa que um primeiro relatório de acompanhamento epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal assim como do impacte da aplicação da lei ao nível das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao publico, seja entregue na Assembleia da República decorridos três anos sobre a entrada em vigor da Lei. O presente relatório abrange os anos de 2008 a 2010, e destina-se a ser entregue ao Membro do Governo responsável pela área da Saúde, com vista ao seu posterior encaminhamento para a Assembleia da República, nos termos do disposto no nº 3 do artigo 24º da Lei do Tabaco.

Este relatório foi produzido pelo grupo INFOTABAC tendo recebido os contributos dos membros do Grupo Técnico Consultivo

A equipa INFOTABAC procurou ser exaustiva na procura de informação relevante tendo sido ainda realizados estudos especificamente para a produção deste relatório.

As principais conclusões são, a seguir enunciadas.

Portugal é o país europeu com maior diminuição de prevalência de fumadores passivos no local de trabalho de 2005 para 2010, tendo-se colocado na 6.ª posição deste indicador na Europa a 27.

O 5º Inquérito Europeu às condições de trabalho coloca Portugal na 6ª posição dos 27 países da União Europeia, com menor prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho. Portugal apresenta o maior decréscimo de prevalência referida de tabagismo passivo no local de trabalho de 2005 para 2010 (cerca de 20%). [2]

Existe evidência da diminuição do consumo de tabaco dentro de casa após a entrada em vigor da Lei.

Embora as perguntas relativas à exposição ao fumo do tabaco em casa não sejam completamente comparáveis nos estudos do Eurobarómetro realizados em 2006 e 2009, a percentagem de inquiridos em Portugal que responderam que “não é permitido fumar em minha casa” aumentou de 29% em 2006 para 66% em 2009. [3,4]

Segundo o estudo ECOS-Infotabaco, do INSA [5], realizado em 2010, a grande maioria dos respondentes, cerca de 84,3%, referiu que no interior da sua casa ninguém fumava ("Não, ninguém fuma" foi a resposta escolhida em detrimento das respostas "Sim, apenas as visitas" ou "Sim, qualquer pessoa, residente ou não").

Existe evidência de alteração de hábitos tabágicos entre os fumadores após a implementação da Lei, quer na redução do fumo activo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo.

No estudo de opinião de 2010 [6], no período de vigência da Lei do tabaco 4,3% dos indivíduos afirmaram ter deixado de fumar. Apesar de globalmente apenas 38,3% dos fumadores admitirem alteração dos seus hábitos tabágicos, quando inquiridos 64% afirmou ter deixado de fumar quando está junto de filhos ou crianças ou de mulheres grávidas. Mais de um quarto dos fumadores (27,2%) afirmou ter deixado de fumar dentro de casa e um quinto (19,9%) deixou de fumar dentro do carro. Outro estudo, realizado em 2008 [7], mostrou que devido à Lei do tabaco, 5,1% dos fumadores declararam ter deixado de fumar e 22,3% diminuíram o consumo.

Em 2009, o número de episódios de internamento por doença isquémica cardíaca diminuiu pela primeira vez em 16 anos. E a taxa de episódios de internamento por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica observou um ligeiro decréscimo.

De acordo com a literatura, algumas doenças, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, e os internamentos por doença isquémica aguda do miocárdio, registam uma diminuição, na sequência da redução do consumo de tabaco na população e o aumento da proporção de fumadores que param de fumar [8,9]. Um estudo recentemente publicado, que organiza e sumaria a evidência existente mostra a associação entre as proibições de fumar em espaços públicos e a diminuição do risco de internamento por Doença Isquémica cardíaca. [10]

Como seria de esperar em termos de impactos na morbilidade e mortalidade o espaço decorrido desde a implementação da Lei ainda não permite avaliar com segurança todo o imenso potencial de ganhos em saúde que esta contém.

A Lei é percepcionada de forma muito positiva pela população, existindo, ainda, espaço para a sua melhoria na perspectiva da redução do fumo passivo.

A nova Lei do tabaco é vista como uma Lei muito positiva, tanto por fumadores como por não fumadores. A Lei é percebida como muito equilibrada, podendo ser melhorada a nível da fiscalização das infracções e em termos da prevenção, especialmente junto dos jovens. Para o fumador, há a percepção de que deveria haver melhoria das condições dos espaços destinados a fumadores. [1]

Em 2010, um estudo qualitativo [1] sugeriu que a nova Lei do tabaco é percebida como uma Lei que é bem aceite e globalmente cumprida, havendo espaço para melhoria do cumprimento da Lei através da fiscalização, especialmente junto dos estabelecimentos de restauração, sobretudo os nocturnos. Outro estudo conduzido em 2010 [6] indica uma percepção de fraco cumprimento da lei nos Casinos, Bingos, e Salas de Jogo; Discotecas; e Bares e Pubs. No entanto, os sítios criados especificamente para os fumadores (como, por exemplo, em centros comerciais, locais de trabalho, etc.) são percebidos como locais inóspitos com extracção deficiente que faz com que contamine o ar circundante [1].

Verifica-se incompatibilidade técnica entre o cumprimento da legislação referente à qualidade do ar interior e a actual Lei do tabaco.

A qualidade do ar interior não se coaduna com a presença do fumo de tabaco. No actual contexto legislativo e futuro do Regulamento dos Sistemas Energéticos e de Climatização em Edifícios (RSECE) a opção pela proibição de fumar é a que melhor garante, se não mesmo a única que garante, a possibilidade de cumprimento efectivo da legislação da qualidade do ar interior.

Tal opção, para além de contribuir para uma maior protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, pode também prevenir a necessidade de investimento, pelos proprietários dos edifícios, em novas soluções de ventilação ou adaptação das existentes, em situações decorrentes da implementação obrigatória dos Planos de Acções Correctivas da Qualidade do Ar Interior.

Aliás, a estratégia de proibir a actividade de fumar nos espaços interiores é o único meio eficaz para controlar os riscos de saúde associados à exposição ao fumo ambiental do tabaco, facto que é apresentado pela Organização Mundial de Saúde [11] e em Portugal pela ADENE e pela Ordem dos Engenheiros (Acta da 7ª reunião do GTC e Apêndice 1, Pareceres da ADENE, Agência para a Energia, e Ordem dos Engenheiros).

A maioria da população é a favor da proibição de fumar em locais públicos e apoia as políticas de controlo do tabagismo.

Em 2010 a grande maioria dos inquiridos (96,3%) do Estudo ECOS-Infotabaco [5] tinham uma opinião favorável (concorda moderadamente ou totalmente) acerca da proibição de fumar em locais públicos. Nos estudos de opinião realizados [5,12,13] com as reservas explicadas, a maioria dos respondentes não quer que se fume nos espaços referidos ou admite-o desde que em espaços preparados para tal.

Em 2008 entre 61% e 98% dos respondentes declarou-se completamente a favor da proibição de fumar, num conjunto de locais avaliados.[7] Mais de metade dos portugueses inquiridos pelo Eurobarómetro em 2009 declararam-se a favor das políticas de controlo do tabaco.[3]

A população reconhece que a Lei contribuiu para alterar hábitos, melhorar a saúde, proteger não fumadores e melhorar a qualidade do ar em espaços públicos fechados.

A nova Lei do tabaco é percebida como uma Lei que ao longo dos últimos três anos contribuiu para mudar a consciência das pessoas tendo levado a alterações de hábitos.[1] Ainda segundo este estudo, a Lei é percebida como um benefício para a Saúde Pública e como uma protecção dos não fumadores ao fumo passivo [1]. Esta Lei veio permitir que, em Portugal, os espaços fechados tivessem uma maior qualidade a nível do ar. No mesmo ano, os cidadãos foram questionados sobre os benefícios da nova lei e 91,2% reconheciam benefícios para saúde pública em geral, 86,4% para a sua própria saúde, 85,4% para a qualidade do ar em locais públicos e 76,9% para a qualidade do ar no local de trabalho. [6] Em 2008 94% dos inquiridos respondeu que sim à pergunta "considera que a Lei protege a saúde?". [7]

Os diversos estudos não são conclusivos sobre a evolução das prevalências de fumadores em Portugal. No entanto:

i) **Existe diminuição sustentada de consumo de tabaco no 6.º e 8.º ano de escolaridade;**

ii) **Uma das séries apresentada aponta uma tendência decrescente do consumo de tabaco (decréscimo estimado em 5%);**

iii) **Nenhuma das séries estudadas mostrou tendência de aumento da prevalência de consumo de tabaco nas mulheres.**

O consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade é apresentado a partir do resultado de duas séries de estudos: os Inquéritos Nacionais de Saúde (Apêndice 1, 1.1, página 107) e um conjunto de estudos de opinião realizados em 2006, 2007 e 2010 (Apêndice 1; 1.3, página 109). Apresentam-se ainda os estudos ECOS (Em Casa Observamos Saúde, Apêndice 1, 1.2, página 108) para uma população de 18 ou mais anos.

- Segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde a prevalência de fumadores tem diminuído de forma ligeira ao longo dos últimos 20 anos. Nos homens, a proporção de fumadores diários tem revelado uma tendência decrescente, enquanto, nas mulheres, essa tendência tem sido crescente, com a proporção de fumadoras a aumentar de forma regular, em especial nas idades mais jovens.
- Considerando a população de 18 e mais anos estudada em três estudos ECOS, em 2005, 2008 e 2010, não parece evidenciar-se a continuação da tendência de decréscimo observada nos INS entre 1987 e 2005/2006. Estes estudos não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na prevalência de fumadores entre 2005 e 2010.
- Em relação à população estudada numa série de estudos de opinião, realizados em 2006, 2007 e 2010 observou-se um decréscimo de 5% de fumadores de 2007 para 2010. Por sexos observou-se o mesmo nível de evolução com decréscimo de também aproximadamente de 5% em cada grupo. Com base nos resultados destes três estudos não é possível afirmar que as diferenças observadas são significativamente diferentes sob o ponto de vista estatístico, dada a sobreposição dos intervalos de 95% de confiança.

Os dados de prevalências disponíveis não permitem, de momento, afirmar que esteja a ocorrer uma tendência de decréscimo de fumadores. Assim não é possível concluir que tenha existido um impacte da aplicação da Lei na evolução da proporção de fumadores. É no entanto de salientar que não se observou qualquer evidência de aumento da prevalência de fumadoras.

As consultas de cessação tabágica aumentarem 62% entre 2007 e 2009.

Foram desenvolvidas actividades de informação e educação para a saúde na área do tabagismo nas escolas, nos estabelecimentos do ensino superior, nas empresas e nos organismos públicos. Houve um esforço de oferta de maior número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica no Serviço Nacional de Saúde.

Existe alguma evidência que a publicidade ao tabaco ainda se verifica em Portugal.

Em Portugal, a proibição total à publicidade do tabaco está legislada desde 1982 e a actual Lei manteve a proibição total à publicidade e promoção do tabaco. Os resultados do inquérito do Eurobarómetro de 2009 [3] e a informação apresentada no GTC sugerem que, apesar da proibição legal, a publicidade aos produtos do tabaco ainda se verifica.

Capítulo I – Introdução

A Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, também chamada Lei do Tabaco, aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008, marcando uma viragem decisiva na abordagem deste tema ao nível nacional. Prevê a avaliação sistemática do seu impacte na saúde pública e dos trabalhadores em particular, de cinco em cinco anos, com excepção da primeira que ocorre ao fim dos três anos de vigência.

A responsabilidade pela promoção do cumprimento da Lei do Tabaco é da Direcção-Geral da Saúde, incumbindo-lhe igualmente assegurar, com a colaboração do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e com o Grupo Técnico Consultivo, o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo do tabaco em Portugal e do impacte da sua aplicação, a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco, conforme se refere expressamente nos termos do disposto no n.º1 do respectivo artigo 24.º.

Com vista ao cumprimento desta atribuição foi criado, pelo despacho do Director-Geral da Saúde, de 4 de Janeiro de 2008, alterado em 26 de Outubro de 2009, o INFOTABAC, equipa multidisciplinar composta por especialistas nas áreas de epidemiologia, direito, promoção e protecção da saúde e estatística.

O primeiro relatório do INFOTABAC refere-se ao ano de 2009 [14], e está disponível no *microsite* do tabaco, acedível a partir do portal da DGS (www.dgs.pt).

O presente relatório abrange os anos de 2008 a 2010, e destina-se a ser entregue ao Membro do Governo responsável pela área da Saúde, com vista ao seu posterior encaminhamento para a Assembleia da República, nos termos do disposto no nº 3 do artigo 24º da Lei do Tabaco.

Metodologia

Para a elaboração deste relatório recorreu-se a toda a informação publicada em Portugal ou sobre Portugal no âmbito da temática do tabaco no período de 2007 a 2010.

Especificamente para a elaboração deste trabalho realizou-se:

- Um estudo qualitativo[1] sobre as percepções dos cidadãos relativamente à Lei do tabaco (Apêndice 1; 1.9, página 113);
- Um estudo de opinião[6] sobre o tabaco e o tabagismo que adaptou um conjunto restrito de questões de forma a serem feitas comparações com estudos idênticos (mais extensos) promovidos pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2007 (Apêndice 1; 1.3, página109);
- Análise de resultados dos dois estudos de opinião [12,13] promovidos pelo Ministério da Saúde em 2006 e 2007 (não previamente publicados), tendo-se apenas recorrido aos dados comparáveis com o estudo idêntico realizado em 2010 (Apêndice 1; 1.3, página109);
- Análise de resultados, ainda não publicados, obtidos pelo sistema de observação ECOS [5] do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em 2005, 2008 e 2010 (Apêndice 1; 1.2, página 108);
- Análise, de forma integrada, de dados sobre tabaco recolhidos no âmbito do HBSC em Portugal em 2002, 2006 e 2010 (Apêndice 1; 1.13, página117);
- Pesquisa bibliográfica para localizar publicações nacionais e internacionais com resultados de estudos sobre tabaco em Portugal no período de 2007 a 2010;
- Revisão das notícias sobre tabaco em Jornais/semanários nacionais e na agência Lusa usando o motor de busca Cision (indexador de notícias).

Para todas as estimativas de prevalência, quando disponíveis os respectivos valores de numerador e denominador, foi usada a fórmula de cálculo exacto do intervalo de confiança para o parâmetro da distribuição binomial atribuída a Bliss. [15] Apenas o nível de confiança de 95% foi usado.

As estimativas de prevalência e respectivos intervalos de confiança obtidos dos painéis ECOS foram obtidas usando análise complexa de dados, sendo os respectivos resultados ponderados por região.

Este relatório foi elaborado em duas fases. A primeira versão foi apresentada e entregue ao grupo técnico consultivo a 26 de Janeiro de 2001. Os conselheiros enviaram sugestões e comentários até dia 4 de Fevereiro (ver anexo – apêndice 2). Esta versão final incorpora algumas dessas sugestões.

Organização do relatório

O relatório está organizado de forma a percorrer todos os capítulos da Lei e dar também a informação que se encontra disponível sobre a aceitabilidade social da mesma.

Assim, no capítulo II de enquadramento da legislação a nível nacional e internacional apresentam-se também alguns aspectos do tabaco na imprensa escrita de 2007 a 2010 e os dados dos estudos que revelam a aceitação da lei por parte da população, a percepção sobre o seu cumprimento e sobre o impacto sobre a saúde e sobre os hábitos e atitudes das pessoas.

O capítulo III é o capítulo da epidemiologia onde é apresentada toda a evidência disponível sobre a prevalência dos hábitos tabágicos e suas características. Para melhorar a possibilidade de apreciação crítica pelo leitor foi criado um Apêndice técnico com detalhes dos estudos apresentados.

No capítulo IV são apresentados os inquéritos realizados para avaliar o cumprimento da lei em vários locais, nomeadamente: serviços de saúde; escolas; estabelecimentos do ensino superior; câmaras municipais; empresas públicas e privadas e estabelecimentos de restauração.

Os capítulos seguintes resumem a informação que foi possível recolher relativa a outros capítulos da lei: Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados (Capítulo V); Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros (Capítulo VI); Venda de produtos do tabaco (Capítulo VII); Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco (Capítulo VIII); medidas de prevenção e controlo do tabagismo (Capítulo IX); regime sancionatório (Capítulo X).

Para finalizar e antes das conclusões apresentam-se alguns apontamentos sobre tendências e comportamentos emergentes (Capítulo XI) que surgiram do trabalho realizado ao longo dos restantes capítulos.

O Anexo I apresenta a constituição e actividade do Grupo Técnicos Consultivo, e apresenta as diferentes propostas de alteração á Lei recebidas.

Capítulo II – Enquadramento legislativo e social

Este capítulo contém os seguintes subcapítulos: Enquadramento legislativo nacional e internacional; O tabaco nos meios de comunicação social; Aceitabilidade social da Lei e acessos à linha de saúde pública relacionado com a Lei (2008-2010) e ao *microsite* do tabaco.

A aceitabilidade social aborda os seguintes aspectos: Satisfação relativamente à Lei e apoio a políticas de controlo do tabaco; Percepção do cumprimento da Lei; Percepção do impacte da Lei na saúde e na mudança de hábitos tabágicos.

2.1. Enquadramento legislativo nacional e internacional

Em Portugal as primeiras normas que vieram estabelecer a proibição de fumar aplicaram-se aos recintos fechados de espectáculos e aos transportes públicos, respectivamente nos termos do Decreto-Lei n.º42661, de 20 de Novembro de 1959 e da Portaria n.º23.440, de 19 de Julho de 1968. Na década de 70 foram aprovados diversos diplomas que vieram estender a proibição de fumar aos recintos desportivos fechados, publicidade ao tabaco em organizações desportivas ou destinadas à prática desportiva e na televisão e na rádio.[a]

Na sequência da IV Conferência Mundial sobre o Tabaco e a Saúde realizada em 1979 foi criado um grupo de trabalho interministerial cujos trabalhos determinaram a aprovação da Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto e o respectivo diploma regulamentar, Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, que compilou a legislação existente ao tempo sobre esta matéria. As proibições de fumar incidiam sobre unidades onde se prestassem cuidados de saúde, locais destinados a menores, estabelecimentos de ensino, recintos desportivos fechados, salas de espectáculos e alguns meios de transporte.

Posteriormente foi aprovada diversa legislação, incluindo avulsa, que prevê proibições expressas de fumar em locais determinados como 'locais de atendimento ao público, museus e bibliotecas' ou meios de transporte, a possibilidade de ser estabelecida, querendo-se, a proibição de fumar, neste caso nos restaurantes e locais de trabalho e procede à transposição de directivas reguladoras de aspectos

[a] Entre outros, o Despacho n.º137/77, de 19 de Maio, Despacho n.º52/79, de 27 de Setembro e o Decreto-Lei n.º421/80, de 30 de Setembro.

atinentes ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e à publicidade e patrocínio de produtos do tabaco.

O reconhecimento do consumo do tabaco como um problema mundial com sérias consequências de saúde pública, sociais, económicas e ambientais, bem como a necessidade de reduzir as mortes e as doenças relacionadas com o seu consumo, conduziu, em 21 de Março de 2003, à aprovação da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco, [16] ratificada pelo Estado Português, nos termos do Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro.

A Assembleia da República aprovou a Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, com entrada em vigor desde o dia 1 de Janeiro de 2008. Esta Lei resultou da transposição para o ordenamento jurídico nacional dessa Convenção, bem como de diversas directivas comunitárias, e procedeu à junção da legislação avulsa vigente em matéria de prevenção do tabagismo.

Este diploma estabeleceu, como princípio geral, um conjunto de limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização colectiva, tendo igualmente aprovado regras relativas à composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados, à rotulagem e embalagem de maços de cigarros, à venda de produtos de tabaco e à publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e produtos de tabaco. Veio ainda implementar importantes medidas de prevenção e controlo do tabagismo, com especial enfoque para a abordagem no âmbito da educação para a cidadania nas escolas e criação de consultas especializadas para apoio à cessação tabágica que vieram a ser implementadas em diversas unidades do Serviço Nacional de Saúde. Por fim, destaca-se a aprovação de um regime sancionatório que prevê a aplicação de contra-ordenações na sequência de infracções às normas nele estabelecidas.

As limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização colectiva passaram a ser de três tipos: i) proibição de fumar incluindo zonas ao ar livre, aplicável aos locais destinados a menores de 18 anos; ii) proibição de fumar em zonas fechadas iii) proibição de fumar, admitindo-se a criação de áreas onde é permitido fumar, mediante o cumprimento de um conjunto de requisitos cumulativos, a que ficam sujeitos, para além de outros locais, os locais de trabalho e estabelecimentos de restauração e similares.

A Comissão das Comunidades Europeias adoptou a 30 de Junho de 2009 a "Recomendação do Conselho sobre a criação de espaços sem fumo" [17] que insta os 27 Estados-Membros a apresentarem até 2012 legislação destinada a proteger os seus cidadãos contra a exposição ao fumo do tabaco. Os Estados-Membros deveriam agir em três grandes frentes: i) adopção e aplicação de leis que garantam a

plena protecção dos cidadãos; ii) maximização da legislação antitabágica recorrendo a medidas de apoio, como protecção a crianças e iii) reforço da cooperação europeia, identificando os pontos focais de cada País. Nesta resolução pode ler-se que "As políticas antitabágicas já em vigor em diversos Estados-Membros e fora da União Europeia revelaram-se eficazes na redução dos encargos associados ao tabaco, sem afectar a economia (…) Além disso, constatou-se que as políticas a favor da criação de espaços sem fumo reduzem o consumo do tabaco, constituem um estímulo para todos os que tentam deixar de fumar e diminuem a probabilidade de as crianças e jovens se tornarem mais tarde fumadores".

A Tabela 1 apresenta a situação em relação à legislação de controlo do tabaco nos 27 países da União Europeia.

Tabela 1. Legislação de restrição à exposição ao tabaco em países da UE

País	Est. saúde	Est. educação	Est. Governo	Restaurantes	Pubs e bares	Locais de trabalho	Teatros e cinemas
Alemanha	P	R	R	R	R	R	R
Áustria	P	P	R	R	R	R	P
Bélgica	P	P	P	P	R	P	P
Bulgária	P	P	P	R	R	SR	P
Chipre	P	P	P	P	P	P	P
Dinamarca	R	R	R	R	R	R	R
Eslováquia	P	P	P	R	R	P	P
Eslovénia	P	P	R	R	R	P	R
Espanha	P	P	P	P	P	P	P
Estónia	P	P	P	R	R	P	P
Finlândia	P	P	P	R	R	P	P
França	P	P	P	R	R	R	P
Grécia	P	P	P	P	P	P	P
Holanda	P	P	P	V	V	P	P
Hungria	P	P	P	R	R	P	P
Irlanda	P	P	P	P	P	P	P
Itália	P	P	P	R	R	P	P
Letónia	P	P	P	R	P	R	R
Lituânia	P	P	P	R	R	R	P
Luxemburgo	P	P	P	R	R	V	P
Malta	P	P	P	P	P	P	P
Noruega	P	P	P	P	P	R	P
Polónia	P	P	P	R	R	R	P
Portugal	P	P	R	R	R	R	P
Reino Unido	P	P	P	P	P	P	P
Republica Checa	P	P	P	R	R	P	P
Roménia	P	P	R	R	R	P	P
Suécia	P	P	P	P	P	P	P

Fonte: Adaptado de WHO. Regional Office for Europe. Legislation for smoke-free workplaces. Copenhagen: WHO, 2006: página 28, Table 3. The status of smoking regulation in the Member States of the WHO European Region;
Actualizado a partir de European Network for Smoking and Tobacco Prevention. European trends towards smoke-free provisions. Status: January 2011. Acedido em Janeiro de 20011 em http://www.ensp.org/sites/default/files/european_trends_towards_smokefree_provisions_%20201101.pdf
Notas: Est – estabelecimento; P – proibido fumar; R – restrições; SR – sem restrições; V – medidas de carácter voluntário; EU – União Europeia

A tendência, a nível europeu, tem sido no sentido da diminuição das excepções à proibição de fumar em locais públicos fechados e locais de trabalho, com o objectivo de melhorar a protecção dos trabalhadores e do público em geral, ao fumo do tabaco. O exemplo mais recente é o da legislação espanhola que entrou em vigor no presente ano (em que, entre outras medidas, se estabelece a proibição total de fumar em locais públicos fechados como bares, restaurantes, casinos, discotecas e nos locais de trabalho).

2.2. O tabaco na imprensa escrita

Foi feita uma pesquisa de notícias em jornais nacionais e na Agência Lusa, usando as palavras-chave: tabaco, cigarros, fumar e fumo. A pesquisa foi feita usando o motor de busca Cison que indexa os jornais: Sol, Expresso, Jornal de Negócios, Diário de Notícias, Público, 24 Horas, Primeiro de Janeiro, Jornal i, Diário Económico. No período de 2007 a 2010 foram coligidas 226 notícias sobre o tabaco.

Verificou-se um gradual aumento do número de notícias que acompanhou o progressivo interesse na temática marcado pela aprovação da Lei em Portugal, subsequentes momentos de avaliação e eventos relacionados a nível internacional (como a aprovação da Lei do tabaco na Grécia ou a nova Lei do tabaco em Espanha).

Do sentimento de receio por parte da restauração, bares e discotecas antes da entrada em vigor da Lei do tabaco passou-se para a sensação de que afinal não se tratava de um problema tão incontornável. A restauração parece ter-se adaptado bem e de forma rápida, deixando de se observar eco dos seus problemas nas notícias, notando-se mesmo uma adaptação muito positiva noticiando-se "Restaurantes totalmente sem tabaco" a 13 de Janeiro de 2009. No que respeitou aos bares e discotecas, à "noite" em geral, passou-se logo no início de 2008 para uma impressão de impunidade.

Em 2007 as notícias ainda valorizavam aspectos económicos favoráveis do deixar-se de fumar. Nos anos que se seguiram esses deixaram de ser referenciados passando-se a dar mais importância a ganhos de saúde que a cessação tabágica garante.

Nos anos de 2009 e 2010 parecem emergir nas notícias de imprensa algumas tendências:

1) Notícias de que os aspectos benéficos da Lei estão a começar a assistir a retrocesso ("Lei retrocede e serve mais os interesses do que a saúde pública - sociedade tabacologia" Lusa 20-05-2009, ou "20% das escolas não cumprem a Lei do tabaco" Jornal de Notícias 10-4-2010);

2) Grupo de noticias que devem ser seguidas no futuro próximo:

- Maiores apreensões de tabaco;
- Cigarros têm menos tabaco e mais químicos;
- Uso da Internet para promover o tabaco junto dos jovens;
- Novos hábitos tabágicos (tabaco de enrolar) promovidos pela crise económicas;
- Surgimento de tabaco falsificado.

3) Por último, noticias que parecem indicar uma tendência da sociedade em geral no sentido de querer os espaços fechados livres de fumo do tabaco ("doentes pedem proibição total do tabaco na restauração" – Diário de Noticias 2-01-2010; "Doentes querem a proibição do tabaco" 24-12-2010); o que surge alinhado com as ideias, com origem internacional, de que as Lei do tabaco devem ser mais restritivas e que culminaram no final de 2010 com a aprovação da nova Lei do tabaco espanhola.

2.3. Aceitabilidade social da Lei

A nova Lei do tabaco é percebida como decorrendo de directivas da União Europeia de protecção da Saúde Pública [1] e é globalmente bem aceite. Esta aceitabilidade é apresentada segundo a satisfação relativamente à Lei e apoio a politicas de controlo do tabaco; percepção do cumprimento da Lei e Percepção do impacte da Lei na saúde e na mudança de hábitos tabágicos.

2.3.1. Satisfação relativamente à Lei e apoio a políticas de controlo do tabaco

Segundo um estudo qualitativo realizado em Dezembro de 2010 [1] (Apêndice 1; 1.9, página113), a nova Lei do tabaco é vista como uma Lei muito positiva, tanto por fumadores como por não fumadores, pois veio permitir que, em Portugal, os espaços fechados tivessem uma maior qualidade a nível do ar. A Lei é percebida como muito equilibrada, podendo ser melhorada a nível da fiscalização das infracções e em termos da prevenção, especialmente junto dos jovens. Para o fumador, há a percepção de que deveria haver melhoria das condições dos espaços destinados a fumadores.

"Como fumador acho que temos um melhor ambiente nos centros comerciais, nos cafés, nos restaurantes, o meio ambiente ganhou e nós ganhamos com isso!"

Fonte: Participante de grupo focal; Lei do tabaco – Percepções do cidadão. Estudo qualitativo. Lisboa: Qmetrics, Janeiro 2011

O Estudo ECOS-Infotabaco [5] mostrou que a grande maioria dos respondentes (96,3%; IC 94,3%-97,6%) tem uma opinião favorável (concorda moderadamente ou totalmente) acerca da proibição de fumar em locais públicos.

No contexto da preparação e avaliação da nova Lei do tabaco o Ministério da Saúde encomendou dois estudos de opinião antes da Lei [12,13] (Apêndice 1, 1.3; página 109) e a Direcção-Geral da Saúde um outro em 2010 [6] (Apêndice 1, 1.3; página 109). A Tabela 2 apresenta informação sobre o apoio dos cidadãos à proibição de fumar em diversos locais nos três anos.

Tabela 2. Percentagem de indivíduos que consideram que devia ser proibido fumar nos diferentes locais em 2006, 2007 e 2010

	2006			2007			2010*		
	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n
Locais de Atendimento directo ao Público	-	-	-	72,4%	(69.6%;75.1%)	766	-	-	-
Locais de trabalho	66,2%	(63.3%;69.1%)	694	61,8%	(58.8%;64.8%)	654	56,1%	(53%;59.2%)	575
Restaurantes	52,5%	(49.4%;55.5%)	550	42,7%	(39.7%;45.8%)	452	50,8%	(47.7%;53.9%)	521
Bares e Pub´s	25,4%	(22.8%;28.1%)	266	24,7%	(22.1%;27.4%)	261	47,3%	(44.2%;50.4%)	485
Discotecas	24,4%	(21.9%;27.1%)	256	26,7%	(24%;29.4%)	282	48,4%	(45.3%;51.5%)	496
Centros Comerciais	50,3%	(47.2%;53.4%)	527	45,8%	(42.8%;48.9%)	485	76,2%	(73.5%;78.8%)	781
Hotéis	40,9%	(37.9%;44%)	429	36,3%	(33.4%;39.3%)	384	48,2%	(45.1%;51.3%)	494
Estabelecimentos de Saúde	94,5%	(92.9%;95.8%)	990	94,5%	(93%;95.8%)	1000	90,3%	(88.4%;92.1%)	926
Prisões	-	-	-	33,2%	(30.3%;36.1%)	351	-		0
Estabelecimentos de Ensino	67,8%	(64.9%;70.7%)	711	-	-	-	80,6%	(78%;83%)	826
Estab. Ensino para menores de 18 anos	-	-	-	65,8%	(62.8%;68.6%)	696	-	-	-
Estab. Ensino para maiores de 18 anos	-	-	-	50,1%	(47%;53.2%)	530	-	-	-
Museus	-	-	-	63,8%	(60.8%;66.7%)	675	-	-	-
Lares para idosos ou para cidadãos com deficiência	-	-	-	77,3%	(74.7%;79.8%)	818	-	-	-
Áreas de serviço	-	-	-	65,7%	(62.7%;68.5%)	695	-	-	-
Parques de estacionamento cobertos	-	-	-	63,1%	(60.2%;66.1%)	668	-	-	-
Recintos desportivos	-	-	-	60,8%	(57.8%;63.7%)	643	-	-	-
Meios de Transporte	65,3%	(62.3%;68.1%)	684	72,1%	(69.3%;74.8%)	763	85,0%	(82.6%;87.1%)	871
Aeroportos	47,7%	(44.6%;50.8%)	500	40,9%	(37.9%;44%)	433	43,2%	(40.2%;46.3%)	443
Salas e recintos de Espectáculos	-	-	-	56,2%	(53.2%;59.3%)	595	-	-	-
Estações Ferroviárias e Rodoviárias	-	-	-	53,3%	(50.2%;56.3%)	564	-	-	-
Casinos, Bingos e Salas de Jogos	-	-	-	-	-	-	38,3%	(35.4%;41.4%)	393

Fonte: Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2006; Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2007; Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1, 1.3, página 109

Notas: * em 2010 inquiriu-se "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?" e os resultados apresentados são as respostas "só no exterior"; n – número absoluto de respondentes; IC – Intervalo de Confiança

A pergunta em análise em 2010 apresentou alguma diferença na sua formulação pelo que quando os indivíduos apontam que nos diferentes locais considerados só se devia poder fumar no exterior, isso significa que consideram que devia ser completamente proibido fumar nesses locais.

Tabela 3. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados globais

		Só no exterior	Espaços fechados para fumadores	Espaços abertos para fumadores	Livre	Ns/Nr
Locais de trabalho	**Prev.**	56,1%	11,8%	19,0%	8,3%	4,8%
	IC	(53%;59.2%)	(9.9%;13.9%)	(16.7%;21.6%)	(6.7%;10.2%)	(3.6%;6.3%)
	n	575	121	195	85	49
Restaurantes	**Prev.**	50,8%	14,9%	15,1%	12,9%	6,3%
	IC	(47.7%;53.9%)	12.8%;17.3%)	(13%;17.5%)	(10.9%;15.1%)	(4.9%;8%)
	n	521	153	155	132	65
Bares e pub´s	**Prev.**	47,3%	16,9%	14,9%	10,8%	10,1%
	IC	(44.2%;50.4%)	(14.6%;19.3%)	(12.8%;17.3%)	(9%;12.9%)	(8.4%;12.2%)
	n	485	173	153	111	104
Discotecas	**Prev.**	48,4%	10,7%	12,8%	17,6%	10,5%
	IC	(45.3%;51.5%)	(8.9%;12.8%)	(10.8%;15%)	(15.3%;20%)	(8.7%;12.6%)
	n	496	110	131	180	108
Centros comerciais	**Prev.**	76,2%	4,7%	5,8%	9,4%	3,9%
	IC	(73.5%;78.8%)	(3.5%;6.2%)	(4.4%;7.4%)	(7.7%;11.3%)	(2.8%;5.3%)
	n	781	48	59	96	40
Hotéis	**Prev.**	48,2%	11,7%	16,3%	15,0%	8,8%
	IC	(45.1%;51.3%)	(9.8%;13.8%)	(14.1%;18.7%)	(12.9%;17.4%)	(7.1%;10.7%)
	n	494	120	167	154	90
Estabelecimentos de saúde	**Prev.**	90,3%	1,7%	3,6%	1,7%	2,7%
	IC	(88.4%;92.1%)	(1%;2.6%)	(2.6%;4.9%)	(1%;2.6%)	(1.8%;3.9%)
	n	926	17	37	17	28
Estabelecimentos de ensino	**Prev.**	80,6%	3,6%	5,7%	6,0%	4,1%
	IC	(78%;83%)	(2.6%;4.9%)	(4.3%;7.3%)	(4.7%;7.7%)	(3%;5.5%)
	n	826	37	58	62	42
Meios de transporte	**Prev.**	85,0%	3,3%	2,8%	6,2%	2,7%
	IC	(82.6%;87.1%)	(2.3%;4.6%)	(1.9%;4%)	(4.8%;7.9%)	(1.8%;3.9%)
	n	871	34	29	64	28
Aeroportos	**Prev.**	43,2%	14,6%	14,1%	12,7%	15,4%
	IC	(40.2%;46.3%)	(12.5%;16.9%)	(12.1%;16.4%)	(10.7%;14.9%)	(13.3%;17.8%)
	n	443	150	145	130	158
Casinos, bingos e salas de jogos	**Prev.**	38,3%	14,7%	12,2%	17,3%	17,5%
	IC	(35.4%;41.4%)	(12.6%;17.1%)	(10.3%;14.4%)	(15%;19.7%)	(15.2%;19.9%)
	n	393	151	125	177	179

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1, 1.3, página 109

Notas: Prev – Prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

Tabela 4. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados para o sexo feminino

		Só no exterior	Espaços fechados para fumadores	Espaços abertos para fumadores	Livre	Ns/Nr
Locais de trabalho	**Prev.**	57,0%	10,9%	19,0%	8,4%	4,8%
	IC	(52.6%;61.2%)	(8.3%;13.8%)	(15.8%;22.7%)	(6.2%;11.1%)	(3.1%;6.9%)
	n	299	57	100	44	25
Restaurantes	**Prev.**	49,0%	15,8%	15,6%	13,0%	6,7%
	IC	(44.6%;53.3%)	(12.8%;19.2%)	(12.6%;19%)	(10.2%;16.1%)	(4.7%;9.1%)
	n	257	83	82	68	35
Bares e pub´s	**Prev.**	47,2%	16,2%	14,9%	11,2%	10,5%
	IC	(42.9%;51.6%)	(13.1%;19.6%)	(11.9%;18.2%)	(8.7%;14.3%)	(8%;13.4%)
	n	248	85	78	59	55
Discotecas	**Prev.**	46,5%	11,8%	12,0%	18,3%	11,4%
	IC	(42.1%;50.8%)	(9.2%;14.9%)	(9.3%;15.1%)	(15.1%;21.9%)	(8.8%;14.5%)
	n	244	62	63	96	60
Centros comerciais	**Prev.**	74,7%	4,8%	6,1%	10,1%	4,4%
	IC	(70.7%;78.3%)	(3.1%;6.9%)	(4.2%;8.5%)	(7.7%;13%)	(2.8%;6.5%)
	n	392	25	32	53	23
Hotéis	**Prev.**	45,5%	13,1%	16,6%	15,2%	9,5%
	IC	(41.2%;49.9%)	(10.4%;16.3%)	(13.5%;20%)	(12.3%;18.6%)	(7.2%;12.4%)
	n	239	69	87	80	50
Estabelecimentos de saúde	**Prev.**	89,9%	1,9%	3,6%	1,7%	2,9%
	IC	(87%;92.3%)	(0.9%;3.5%)	(2.2%;5.6%)	(0.8%;3.2%)	(1.6%;4.7%)
	n	472	10	19	9	15
Estabelecimentos de ensino	**Prev.**	79,2%	4,0%	5,9%	6,3%	4,6%
	IC	(75.5%;82.6%)	(2.5%;6%)	(4%;8.3%)	(4.4%;8.7%)	(3%;6.7%)
	n	416	21	31	33	24
Meios de transporte	**Prev.**	84,2%	2,9%	3,2%	6,7%	3,0%
	IC	(80.8%;87.2%)	(1.6%;4.7%)	(1.9%;5.1%)	(4.7%;9.1%)	(1.8%;4.9%)
	n	442	15	17	35	16
Aeroportos	**Prev.**	39,6%	15,4%	14,3%	14,7%	16,0%
	IC	(35.4%;43.9%)	(12.4%;18.8%)	(11.4%;17.6%)	(11.8%;18%)	(13%;19.4%)
	n	208	81	75	77	84
Casinos, bingos e salas de jogos	**Prev.**	37,1%	15,6%	11,4%	18,3%	17,5%
	IC	(33%;41.4%)	(12.6%;19%)	(8.8%;14.5%)	(15.1%;21.9%)	(14.4%;21.1%)
	n	195	82	60	96	92

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1, 1.3, página 109

Notas: Prev – Prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

Tabela 5. Percentagem de respostas à pergunta "Em que locais acha que deve ser admitido fumar?", em 2010, resultados para o sexo masculino

		Só no exterior	Espaços fechados para fumadores	Espaços abertos para fumadores	Livre	Ns/Nr
Locais de trabalho	**Prev.**	55,2%	12,8%	19,0%	8,2%	4,8%
	IC	(50.7%;59.6%)	(10%;16%)	(15.7%;22.7%)	(5.9%;11%)	(3.1%;7.1%)
	n	276	64	95	41	24
Restaurantes	**Prev.**	52,8%	14,0%	14,6%	12,8%	5,8%
	IC	(48.3%;57.2%)	(11.1%;17.4%)	(11.6%;18%)	(10%;16%)	(3.9%;8.2%)
	n	264	70	73	64	29
Bares e pub´s	**Prev.**	47,4%	17,6%	15,0%	10,4%	9,6%
	IC	(42.9%;51.9%)	(14.4%;21.2%)	(12%;18.4%)	(7.9%;13.4%)	(7.2%;12.5%)
	n	237	88	75	52	48
Discotecas	**Prev.**	50,4%	9,6%	13,6%	16,8%	9,6%
	IC	(45.9%;54.9%)	(7.2%;12.5%)	(10.7%;16.9%)	(13.6%;20.4%)	(7.2%;12.5%)
	n	252	48	68	84	48
Centros comerciais	**Prev.**	77,8%	4,6%	5,4%	8,6%	3,6%
	IC	(73.9%;81.4%)	(2.9%;6.8%)	(3.6%;7.8%)	(6.3%;11.4%)	(2.1%;5.6%)
	n	389	23	27	43	18
Hotéis	**Prev.**	51,0%	10,2%	16,0%	14,8%	8,0%
	IC	(46.5%;55.5%)	(7.7%;13.2%)	(12.9%;19.5%)	(11.8%;18.2%)	(5.8%;10.7%)
	n	255	51	80	74	40
Estabelecimentos de saúde	**Prev.**	90,8%	1,4%	3,6%	1,6%	2,6%
	IC	(87.9%;93.2%)	(0.6%;2.9%)	(2.1%;5.6%)	(0.7%;3.1%)	(1.4%;4.4%)
	n	454	7	18	8	13
Estabelecimentos de ensino	**Prev.**	82,0%	3,2%	5,4%	5,6%	3,8%
	IC	(78.3%;85.3%)	(1.8%;5.1%)	(3.6%;7.8%)	(3.8%;8%)	(2.3%;5.9%)
	n	410	16	27	28	19
Meios de transporte	**Prev.**	85,8%	3,8%	2,4%	5,8%	2,2%
	IC	(82.4%;88.7%)	(2.3%;5.9%)	(1.2%;4.2%)	(3.9%;8.2%)	(1.1%;3.9%)
	n	429	19	12	29	11
Aeroportos	**Prev.**	47,0%	13,8%	14,0%	10,6%	14,6%
	IC	(42.6%;51.5%)	(10.9%;17.1%)	(11.1%;17.4%)	(8%;13.6%)	(11.6%;18%)
	n	235	69	70	53	73
Casinos, bingos e salas de jogos	**Prev.**	39,6%	13,8%	13,0%	16,2%	17,4%
	IC	(35.3%;44%)	(10.9%;17.1%)	(10.2%;16.3%)	(13.1%;19.7%)	(14.2%;21%)
	n	198	69	65	81	87

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1, 1.3, página 109

Notas: Prev – Prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

No que respeitou à proibição de fumar no local de trabalho, verificou-se uma diminuição de cerca de 10 pontos percentuais em 2010 (Tabela 2), relativamente a 2006, que parece aparentemente contraditória. No entanto, como se pode averiguar na Tabela 3, nos dados mais recentes, 30,8% os indivíduos inquiridos equacionaram a possibilidade de se fumar no local de emprego em espaços fechados (11,8%) ou em espaços abertos (19%) com condições adequadas para os fumadores.

Relativamente à proibição de fumar em restaurantes os resultados de 2010 são completamente compatíveis com os observados antes da entrada em vigor da Lei. É no entanto novamente de nota que 30% dos indivíduos equacionam a possibilidade adicional de que se fume em restaurantes em espaços apropriados.

Relativamente à proibição de se fumar em bares e pubs ou em discotecas, a proporção de indivíduos a favor da proibição duplicou aproximadamente de 2006 para 2010 (Tabela 2). Em 2006, de 1 em cada 4 indivíduos a favor da proibição de fumar nestes locais passou-se para 2 em cada 4 em 2010. Em 2010, 31,8% dos indivíduos consideraram a possibilidade de fumar em locais próprios nos bares e pubs e 10,8% consideraram que fumar devia ser livre; relativamente às discotecas sensivelmente a mesma proporção de indivíduos se dividiu 23.5% para a possibilidade de fumar em locais próprios para fumadores e 17,6% pela possibilidade de fumar de forma livre.

No que respeitou à proibição de fumar em centros comerciais a percentagem de indivíduos a favor aumentou mais de 50% de 2006 para 2010, passando de 50,3% para 76,2%. Em 2010 10,5% dos respondentes eram a favor da possibilidade de fumar em espaços adequados.

Por sua vez quanto à proibição de fumar em hotéis também se verificou um ligeiro aumento da proporção de indivíduos a favor, de cerca de 40% em 2006 para 48,2%. Adicionalmente 27% dos indivíduos consideraram em 2010 que devia ser possível fumar em locais adequados, e 15% dos indivíduos considerou que o fumo de tabaco devia ser livre nos hotéis.

Acréscimo semelhante foi observado na proporção de indivíduos a favor da proibição de fumar em estabelecimentos de ensino e em meios de transporte. A um aumento de proporção de indivíduos de aproximadamente 20% e 30%, respectivamente, acresce ainda uma proporção de indivíduos que foi a favor da possibilidade de fumar em espaços próprios. Para os transportes públicos mais de 6,1% dos indivíduos consideraram que se pudesse fumar em locais próprios, tendo 3,3% assinalado espaços fechados para fumadores (Tabela 3).

Situação interessante é a referida para a proibição de fumar em estabelecimentos de saúde, onde se observa uma diminuição em 2010 relativamente a 2006/2007. Talvez a diferença se deva aos 5,3% de indivíduos que consideraram a possibilidade de se fumar nesses estabelecimentos em espaços apropriados. Apenas 1,7% dos indivíduos consideraram que devia ser admitido fumar, de forma livre, em estabelecimentos de saúde, a proporção mais baixa observada.

A percentagem de indivíduos que consideram que deveria ser proibido fumar nos aeroportos em 2010 não pareceu diferir das percentagens encontradas em 2006 e 2007.

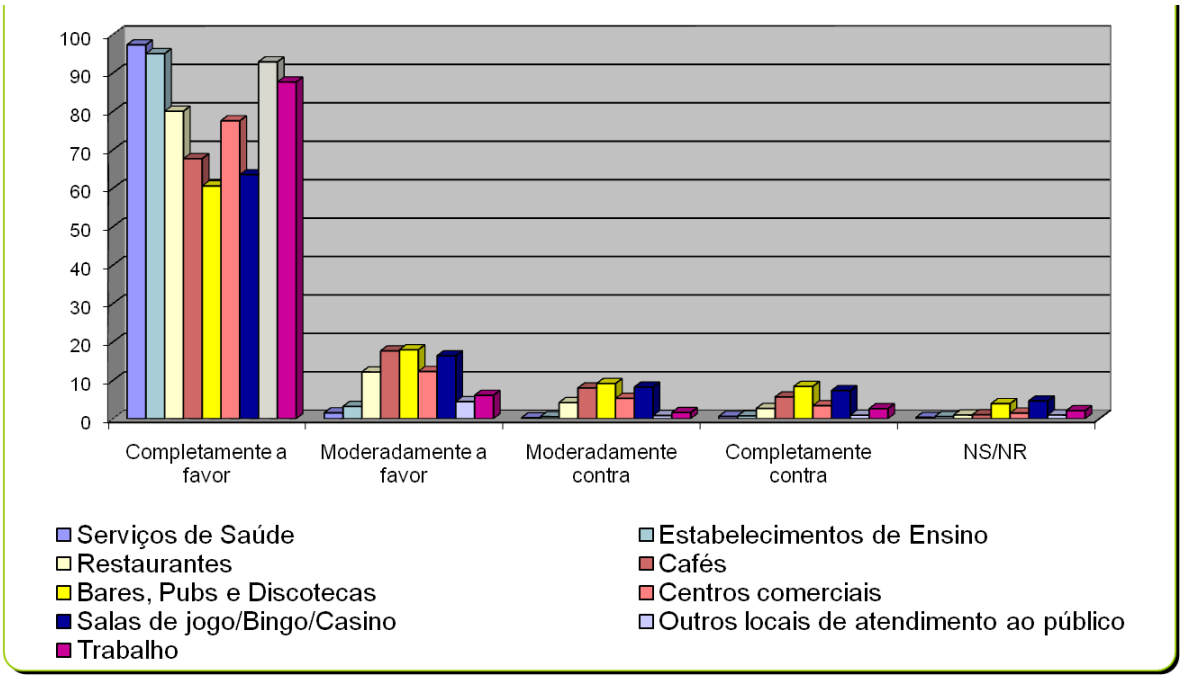
Relativamente à situação dos casinos, bingos e salas de jogo os indivíduos reportaram a mais baixa proporção de proibição (de 2010) 38,3% e a segunda mais alta proporção de eventual liberalização do fumo (17,3%). Aproximadamente 27% dos indivíduos consideraram a possibilidade de se fumar nestes estabelecimentos em espaços adequados.

Assim, a maioria dos respondentes não quer que se fume nos espaços referidos ou admite que se possa fumar mas em espaços destinados a fumadores.

Em 2008, em outro estudo [7], 94% dos inquiridos respondeu que sim à pergunta "considera que a Lei protege a saúde?" (respondentes não fumadores 97.3% e fumadores 87,4%).

A maioria dos cidadãos (entre 61% e 98% consoante os locais ou instituições avaliados) declarou-se completamente a favor da proibição de fumar nos locais indicados (Figura 1).

Figura 1. Resposta à pergunta "Concorda com a proibição de fumar?" nos locais indicados, em 2008



Fonte: Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience, 2008; Apêndice 1, 1.4, página 110

Num estudo em que foram visitados 175 estabelecimentos de restauração dispersos pelo território do Continente incluindo regiões urbanas e rurais, entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011 (Apêndice 1; 1.15, página 118), foi averiguada a satisfação dos proprietários dos estabelecimentos com a lei (Tabela 6).

Tabela 6. Satisfação com a Lei dos proprietários de estabelecimentos de restauração em 2010/2011

Satisfação com a Lei	Total		Área do estabelecimento			
			Mais de 100 m2		Menos de 100 m2	
	%	n	%	n	%	n
1 - Muito má	5,7%	10	11,9%	7	2,6%	3
2 - Má	17,7%	31	16,9%	10	18,1%	21
3 - Indiferente	12,6%	22	11,9%	7	12,9%	15
4 - Boa	37,1%	65	32,2%	19	39,7%	46
5 - Muito boa	26,9%	47	27,1%	16	26,7%	31
Total	100,0%	175	100,0%	59	100,0%	116

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

Sessenta e quatro por cento dos responsáveis dos estabelecimentos consideraram que a Lei foi boa ou muito boa para o seu estabelecimento, enquanto 23,4% consideraram que foi má ou muito má. Os restantes 12,6% consideram que a Lei não teve impacto no estabelecimento. Assim, 76,6% dos inquiridos considerou que a Lei não teve impacto negativo no estabelecimento.

Nos estabelecimentos com mais de 100 metros quadrados de área 91,5% dos responsáveis concordam totalmente ou parte com a Lei, sendo que 69,5% concorda totalmente. Nos estabelecimentos com menos de 100 metros quadrados de área 87,9% concorda totalmente ou em parte com a lei, sendo que 69,9% concorda totalmente com a Lei (Tabela 7).

Tabela 7. Concordância dos responsáveis dos estabelecimentos com a Lei em estabelecimentos de restauração em 2010/2011

Atitude relativamente à Lei	Total		Área do estabelecimento			
			Mais de 100 m2		Menos de 100 m2	
	%	n	%	n	%	n
Concordo totalmente	69,7%	122	69,5%	41	69,8%	81
Concordo em parte	19,4%	34	22,0%	13	18,1%	21
Não concordo	9,7%	17	8,5%	5	10,3%	12
Não sabe	1,1%	2	-	-	1,7%	2
Total	100,0%	175	100,0%	59	100,0%	116

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

Segundo o estudo do Eurobarómetro conduzido em 2009 [3] a maioria dos europeus inquiridos estava a favor de políticas de controlo do tabaco (as politicas inquiridas podem ser vistas na Tabela 8 que contem as respostas dos inquiridos portugueses). Mais fumadores que não fumadores opõem-se a cada uma das propostas. As opiniões diferem particularmente nas que se relacionam com as propostas de aplicação de impostos sobre os fabricantes e sobre os produtos de tabaco, onde não fumadores estão a favor e os fumadores contra. Colocar imagens de aviso em todas as embalagens de produtos de tabaco é a única proposta que claramente recebe apoio de mais do que metade dos fumadores (dentro da União Europeia só três países já introduziram imagens de aviso: Bélgica, Roménia e Reino Unido). A proibição de publicidade de tabaco em lojas/pontos de venda tem perto de 48% de apoiantes entre os fumadores europeus. A política que recebeu a resposta mais positiva é aquela de colocar imagens de aviso em todas as embalagens de tabaco. Três quartos de todos os cidadãos da UE estão a favor desta política.

Em relação aos inquiridos portugueses as percentagens de concordância estão patentes na Tabela 8 sendo a posição favorável para a maioria das políticas propostas.

Tabela 8. Percentagem de cidadãos portugueses que concordam com as medidas de controlo do consumo de tabaco propostas no estudo do Eurobarómetro, em 2009

	A favor	Contra	NR/NS
Proibição de publicidade de tabaco em lojas/pontos de venda	68	19	13
Manter os produtos de tabaco fora de vista nas lojas/pontos de venda	46	37	17
Proibição de venda na internet	61	18	21
Proibição de venda em máquinas	47	38	15
Colocar imagens de aviso em todas as embalagens de produtos de tabaco	75	14	11
Proibição de sabores que tornem o tabaco um produto mais atractivo	61	20	19
Proibição de cores, logos ou elementos promocionais das embalagens de tabaco	56	25	19
Aumento de impostos sobre os produtos do tabaco	63	26	11
Introdução de imposto adicional aos fabricantes de produtos de tabaco para cobrir as despesas de saúde do uso do tabaco	64	20	16

Fonte: European Commission. Eurobarometer 72.3 – Tabaco. Brussels: TNS Opinion & Social, 2010; Apêndice 1; 1.12.2, página 117
Nota: NR/NS – Não sabe, não responde

2.3.2. Percepção do cumprimento da Lei

Segundo um estudo em que foram realizadas entrevistas e conduzidos grupos focais em 2010 [1], a nova Lei do tabaco, apesar de ter aparecido associada a uma certa polémica, é percebida como uma Lei que é bem aceite e globalmente cumprida, havendo espaço para melhoria do cumprimento da Lei através da fiscalização, especialmente junto dos estabelecimentos de restauração e bebidas, sobretudo os nocturnos [1]. No entanto, os sítios criados especificamente para os fumadores (como, por exemplo, em centros comerciais, locais de trabalho, etc.) são percebidos como locais inóspitos com extracção deficiente que faz com que contamine o ar circundante [1].

Segundo o estudo ECOS-Infotabaco [5], mais de metade dos respondentes consideram que a Lei do tabaco, genericamente, tem vindo a ser cumprida (67,7% da população com 18 ou mais anos).

A Tabela 9 apresenta o resumo da informação relativa à percepção dos indivíduos relativamente ao cumprimento da Lei nos locais sobre os quais se inquiriu directamente, segundo o estudo de opinião promovido pelo Ministério da Saúde em 2010. [6]

Tabela 9. Níveis percepcionados de cumprimento da Lei do tabaco em onze locais públicos, 2010

		A Lei é totalmente cumprida	A Lei é parcialmente cumprida	A Lei é parcialmente incumprida	A Lei é totalmente incumprida
Locais de trabalho	**Prev.**	53,9%	19,3%	12,9%	2,9%
	IC	(50.7%;56.9%)	(16.9%;21.9%)	(10.9%;15.1%)	(2%;4.2%)
	n	552	198	132	30
Restaurantes	**Prev.**	52,8%	23,0%	10,6%	6,6%
	IC	(49.7%;55.9%)	(20.5%;25.7%)	(8.8%;12.7%)	(5.2%;8.3%)
	n	541	236	109	68
Bares e pub´s	**Prev.**	43,5%	21,4%	10,1%	10,5%
	IC	(40.5%;46.6%)	(18.9%;24%)	(8.4%;12.2%)	(8.7%;12.6%)
	n	446	219	104	108
Discotecas	**Prev.**	40,3%	19,4%	9,9%	13,3%
	IC	(37.3%;43.4%)	(17%;22%)	(8.1%;11.8%)	(11.3%;15.5%)
	n	413	199	101	136
Centros comerciais	**Prev.**	67,9%	17,1%	5,5%	7,6%
	IC	(64.9%;70.8%)	(14.8%;19.5%)	(4.2%;7%)	(6.1%;9.4%)
	n	696	175	56	78
Hotéis	**Prev.**	64,0%	15,1%	4,5%	7,4%
	IC	(61%;66.9%)	(13%;17.5%)	(3.3%;5.9%)	(5.9%;9.2%)
	n	656	155	46	76
Estabelecimentos de saúde	**Prev.**	91,0%	4,3%	2,0%	1,6%
	IC	(89.1%;92.7%)	(3.1%;5.7%)	(1.3%;3.1%)	(0.9%;2.5%)
	n	933	44	21	16
Estabelecimentos de ensino	**Prev.**	65,3%	6,9%	4,5%	10,8%
	IC	(62.3%;68.2%)	(5.4%;8.7%)	(3.3%;5.9%)	(9%;12.9%)
	n	669	71	46	111
Meios de transporte	**Prev.**	78,5%	4,3%	4,3%	3,4%
	IC	(75.9%;81%)	(3.1%;5.7%)	(3.1%;5.7%)	(2.4%;4.7%)
	n	805	44	44	35
Aeroportos	**Prev.**	58,0%	14,0%	4,6%	8,8%
	IC	(55%;61.1%)	(12%;16.3%)	(3.4%;6.1%)	(7.1%;10.7%)
	n	595	144	47	90
Casinos, bingos e salas de jogos	**Prev.**	45,8%	9,3%	7,2%	18,3%
	IC	(42.7%;48.9%)	(7.6%;11.2%)	(5.7%;9%)	(16%;20.8%)
	n	469	95	74	188

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1; 1.3, página 109

Notas: Prev. – prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

De forma sumária, se se considerar "incumprimento da Lei" como o indicador que engloba "total incumprimento" e "incumprimento parcial da Lei", é assim possível estabelecer uma ordenação dos 11 locais sobre os quais se inquiriu. Estabeleceu-se ainda três grupos de locais distintos: Elevado cumprimento da Lei do tabaco, Cumprimento intermédio da Lei do tabaco, Fraco cumprimento da Lei do tabaco (Tabela 10).

Tabela 10. Locais públicos por nível de cumprimento da Lei, em 2010

Níveis de cumprimento da Lei do tabaco	Locais, por ordem decrescente
Elevado cumprimento da Lei do tabaco Locais onde 80% ou mais dos indivíduos percepcionam que a Lei é total ou parcialmente cumprida.	Estabelecimentos de Saúde; Centros comerciais; Meios de transporte; Hotéis.
Cumprimento intermédio da Lei do tabaco Locais não percepcionados como de elevado ou fraco cumprimento da Lei do tabaco.	Restaurantes; Locais de trabalho; Estabelecimentos de ensino; Aeroportos.
Fraco cumprimento da Lei do tabaco Locais onde menos de 65% dos indivíduos percepcionam que a Lei é total ou parcialmente cumprida	Casinos, Bingos e Salas de Jogo; Discotecas; Bares e pubs.

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1.3; página 109

De acordo com dados do estudo de 2008, [7] 78% dos cidadãos consideraram que a Lei estava a ser total ou moderadamente respeitada (35% totalmente respeitada; 43% moderadamente respeitada; 13% pouco respeitada e 9% não sabem/não respondem).

Num estudo em que foram visitados 175 estabelecimentos de restauração dispersos pelo território do Continente incluindo regiões urbanas e rurais, entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011 (Apêndice 1; 1.15, página 118), os responsáveis pelos estabelecimentos foram inquiridos sobre a percepção de cumprimento da lei por parte dos clientes (Tabela 11).

Nos estabelecimentos com dístico vermelho ou com ambos os dísticos 90,3% dos responsáveis afirmam os clientes cumprem de uma forma generalizada e 3,5% considera que existe algum grau de incumprimento.

Tabela 11. Percepção do cumprimento da Lei por parte dos clientes em estabelecimentos de restauração em 2010/2011

Dísticos	Total		Percepção do cumprimento da Lei por parte dos clientes							
			Não, de forma generalizada		Sim, de forma generalizada		Algum grau de incumprimento, esporádico		Não sabe	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
0 - Ausência de dístico visível	2,3%	4	-		75,0%	3	-	-	25,0%	1
1 - Apenas dístico azul	14,9%	26	3,8%	1	11,5%	3	-	-	100,0%	26
2 - Apenas dístico vermelho	77,7%	136	6,6%	9	89,7%	122	3,7%	5	-	-
4 - Dístico azul e dístico vermelho	3,4%	6	-	-	100,0%	6	-	-	-	-
5 - Dístico azul e não regulamentar	0,6%	1	-	-	100,0%	1	-	-	-	-
6 - Dístico vermelho e não regulamentar	1,1%	2	-	-	100,0%	2	-	-	-	-
Total	100,0%	175	5,7%	10	78,3%	137	2,9%	5	15,4%	27

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

2.3.3. Percepções de impactes da Lei na saúde e nos hábitos tabágicos

Segundo um estudo qualitativo que decorreu em Dezembro de 2010, [1] a nova Lei do tabaco é percebida como uma Lei que ao longo dos últimos três anos contribuiu para mudar a consciência das pessoas: o fumador deixou de fumar em certos sítios de forma instintiva e não por obrigação. Em termos perceptivos, as restrições da Lei, por si só, não fizeram com que as pessoas deixassem de fumar mas constitui mais uma variável de abandono. Esta Lei é percebida como tendo levado a alterações de hábitos: no trabalho existem mais pausas para se ir fumar para sítios específicos ou para o exterior; nos estabelecimentos de restauração, criaram-se grupos de fumadores à porta; tende-se a fumar menos dentro de casa (do próprio e dos outros) e evita-se fumar mesmo em sítios onde é permitido. [1]

Ainda segundo este estudo, a Lei é percebida como um benefício para a Saúde Pública e como uma protecção dos não fumadores ao fumo passivo [1].

No estudo de opinião de 2010 [6], quando os cidadãos foram questionados sobre os benefícios trazidos pela nova Lei do tabaco, referiram elevadas proporções de benefícios para a saúde pública e para a saúde pessoal (Tabela 12).

Tabela 12. Percentagens de respondentes à pergunta "Considera que a nova Lei do Tabaco, em vigor desde 2008 trouxe benefícios?" em 2010, por sexo e grupo etário

		Global	Sexo		Grupo etário		
			Feminino	Masculino	15 a 30 anos	31 a 59 anos	60 ou mais anos
Para a saúde pública em geral	**Prev.**	91,2%	91,0%	91,4%	89,0%	91,8%	91,7%
	IC	(89.3%;92.9%)	(88.3%;93.3%)	(88.6%;93.7%)	(83.8%;92.9%)	(89%;94%)	(88.1%;94.4%)
	n	935	478	457	178	459	298
Para a sua saúde pessoal	**Prev.**	86,4%	84,4%	88,6%	79,0%	89,0%	87,1%
	IC	(84.2%;88.5%)	(81%;87.4%)	(85.5%;91.2%)	(72.7%;84.4%)	(85.9%;91.6%)	(82.9%;90.5%)
	n	886	443	443	158	445	283
Para a qualidade do ar em locais públicos	**Prev.**	85,4%	84,2%	86,6%	82,0%	82,8%	91,4%
	IC	(83.1%;87.5%)	(80.8%;87.2%)	(83.3%;89.5%)	(76%;87%)	(79.2%;86%)	(87.8%;94.2%)
	n	875	442	433	164	414	297
Para a qualidade do ar no seu local de trabalho	**Prev.**	76,9%	77,0%	76,8%	73,0%	78,0%	77,5%
	IC	(74.2%;79.4%)	(73.1%;80.5%)	(72.8%;80.4%)	(66.3%;79%)	(74.1%;81.6%)	(72.6%;81.9%)
	n	788	404	384	146	390	252

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1.3; página 109

Notas: Prev. – prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

Assim, foram referidos benefícios:

- Para a saúde pública geral - 91,2% (89.3%;92.9%);
- Para a saúde pessoal - 86,4% (84.2%;88.5%);
- Para a qualidade do ar em locais públicos - 85,4% (83.1%;87.5%);
- Para a qualidade do ar no local de trabalho - 76,9% (74.2%;79.4%).

Esta ordenação mostrou-se ligeiramente diferente quando os resultados foram desagregados por grupo etário, com os indivíduos mais jovens e mais idosos a colocarem os benefícios na qualidade do ar em locais públicos numa posição acima dos benefícios para a saúde pessoal (Tabela 12).

No mesmo estudo [6], no período de vigência da Lei do tabaco 4,3% dos indivíduos afirmaram ter deixado de fumar (Tabela 13). Por sexo, foram as mulheres que mais deixaram de fumar nos últimos três anos (4,8%) percentagem um ponto mais elevada que nos homens (3,8%). Por grupo etário o maior

decréscimo absoluto de prevalência de fumo foi observado nos mais jovens - 15 a 30 anos – (5%) também um ponto percentual mais do que nos restantes grupos etários.

Em termos relativos, fazendo a razão entre os que deixaram de fumar e os que continuam a fumar, verificou-se que a redução da prevalência de consumo de tabaco foi mais relevante nas mulheres e nos indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Assim, as mulheres referiram a maior redução de prevalência de consumo de tabaco no período pós Lei do tabaco quer em termos absolutos quer em termos relativos. Por grupos etários foi o grupo mais jovem que mostrou maior redução absoluta de prevalência, mas a redução observada no grupo mais idoso foi relativamente mais substancial.

Tabela 13. Distribuição dos hábitos tabágicos em 2010, estimativas global e por sexo, em 2010

		Global	Sexo	
			Feminino	Masculino
Sim	**Prev (IC95%)**	25,5% (22.8%;28.2%)	23,0% (19.5%;26.9%)	28,0% (24.1%;32.2%)
	n	261	121	140
Não, deixei de fumar nos últimos 3 anos	**Prev (IC95%)**	4,3% (3.1%;5.7%)	4,8% (3.1%;6.9%)	3,8% (2.3%;5.9%)
	n	44	25	19
Não, deixei de fumar há mais de 3 anos	**Prev (IC95%)**	25,6% (22.9%;28.3%)	23,6% (20%;27.5%)	27,6% (23.7%;31.7%)
	n	262	124	138
Não nunca fumei	**Prev (IC95%)**	43,5% (40.5%;46.6%)	47,2% (42.9%;51.6%)	39,6% (35.3%;44%)
	n	446	248	198
Ns/Nr	**Prev (IC95%)**	1,2% (0.6%;2%)	1,3% (0.5%;2.7%)	1,0% (0.3%;2.3%)
	n	12	7	5

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1.3; página 109

Notas: Prev. – prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes; Ns/Nr – não sabe/não responde

Na Tabela 14 apresentam-se prevalências de consumo de tabaco resultantes dos três estudos de opinião realizados [6,12,13,] , comparando as prevalências nos dois anos anteriores à entrada em vigor da Lei com o seu 3.º ano de vigência. Globalmente observou-se um decréscimo de 5% de 2007 para 2010. Este resultado é compatível com o referido pelos indivíduos em 2010 de que nos três anos anteriores 4,3% deixaram de fumar (Tabela 13).

O estudo promovido pela DGS, realizado em 2008 [7], mostrou que devido à Lei do tabaco, 5,1% dos fumadores declararam ter deixado de fumar e 22,3% diminuíram o consumo.

No estudo de opinião promovido pelo Ministério da Saúde, em 2010 [6] também procurou averiguar alterações de consumo, isto é, quais os hábitos dos fumadores que foram alterados por eventual influência da Lei do tabaco [6]. A Tabela 14 reporta os resultados obtidos.

Tabela 14. Caracterização dos hábitos tabágicos dos fumadores após a implementação da Lei do tabaco, estimativas global e por sexo em 2010

		Global	Feminino	Masculino
Os seus hábitos permaneceram iguais	**Prev (IC95%)**	61,7% (55.5%;67.6%)	55,4% (46.1%;64.4%)	67,1% (58.7%;74.8%)
	n	161	67	94
Passou a fumar menos	**Prev (IC95%)**	22,6% (17.7%;28.2%)	12,4% (7.1%;19.6%)	31,4% (23.9%;39.8%)
	n	59	15	44
Passou a fumar mais	**Prev (IC95%)**	13,8% (9.9%;18.6%)	11,6% (6.5%;18.6%)	15,7% (10.1%;22.8%)
	n	36	14	22
Deixou de fumar dentro de casa	**Prev (IC95%)**	27,2% (21.9%;33%)	21,5% (14.5%;29.9%)	32,1% (24.5%;40.5%)
	n	71	26	45
Deixou de fumar no carro	**Prev (IC95%)**	19,9% (15.3%;25.3%)	15,7% (9.7%;23.4%)	23,6% (16.8%;31.5%)
	n	52	19	33
Deixou de fumar quando está junto dos seus filho, crianças ou grávidas	**Prev (IC95%)**	64,0% (57.8%;69.8%)	61,2% (51.9%;69.9%)	66,4% (58%;74.2%)
	n	167	74	93
Fez várias tentativas para deixar de fumar	**Prev (IC95%)**	30,3% (24.8%;36.2%)	31,4% (23.3%;40.5%)	29,3% (21.9%;37.6%)
	n	79	38	41

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1.3; página 109

Notas: Prev. – prevalência; IC – Intervalo de Confiança; n – número absoluto de respondentes

A maioria dos fumadores (61,7%) afirmou não ter alterado os respectivos hábitos tabágicos. No entanto esta proporção resulta de heterogeneidade por sexos e por grupos etários.

Os homens referiram menor alteração de hábitos (67,1%) do que as mulheres (55,4%). Os indivíduos mais jovens (15 a 30 anos) referiram maior proporção de não alteração dos seus hábitos tabágicos (71%) substancialmente diferente da proporção dos outros grupos etários (57,7% e 59,7%).

Apesar de globalmente apenas 38,3% dos fumadores admitirem alteração dos seus hábitos tabágicos, quando inquiridos 64% afirmou ter deixado de fumar quando está junto de filhos ou crianças ou de mulheres grávidas. Esta alteração foi semelhante entre homens e mulheres e completamente heterogénea por grupos etários, com 82,6% dos mais jovens a adaptar esta atitude contra os "apenas" 41,9% no grupo etário mais idoso.

Assistiu-se à mudança de atitudes opostas entre fumadores. Uma proporção substancial passou a fumar menos (22,6%) e outra passou a fumar mais (13,6%). O saldo foi matematicamente positivo no sentido que, globalmente, os fumadores passaram a fumar menos.

Mais de um quarto dos fumadores (27,2%) afirmou ter deixado de fumar dentro de casa e um quinto (19,9%) deixou de fumar dentro do carro. Estas mudanças de hábitos foram mais referenciadas por homens e por indivíduos mais idosos.

Finalmente, cerca de um terço dos fumadores (30,3%) referiu ter feito várias tentativas para deixar de fumar.

Segundo o estudo ECOS-Infotabaco [5], realizado em 2010, a maioria dos fumadores do Continente (80.5%) não alterou os hábitos do consumo devido à Lei do tabaco.

As respostas à pergunta "Sente-se incomodado pelo fumo?" nos estudos de opinião de 2006, 2007 e 2010 são apresentadas na Tabela 15.

Tabela 15. Percentagem de respondentes à pergunta "Sente-se incomodado pelo fumo?" segundo sexo e grupo etário e ano

	2006	2007	2010
Sim	40,1% (37.1%;43.1%) 420	41,3% (38.3%;44.3%) 437	52,3% (49.2%;55.4%) 536
Depende dos locais	34,9% (32%;37.9%) 366	32,7% (29.9%;35.6%) 346	25,4% (22.7%;28.1%) 260
Não	19,8% (17.5%;22.4%) 208	21,2% (18.7%;23.8%) 224	20,3% (17.9%;22.9%) 208
Ns/Nr	5,2% (3.9%;6.7%) 54	4,8% (3.6%;6.3%) 51	2,0% (0.5%;1.9%) 21
Total	100,0% 1048	100,0% 1058	100,0% 1025

Fonte: Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2006; Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2007; Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1; 1.3, página 109.

Notas: n – número absoluto de respondentes; IC – Intervalo de Confiança

Na evolução de 2006 para 2010 que se pode avaliar na Tabela 15 nota-se desde logo que a proporção de pessoas que não se sentem incomodadas pelo fumo não sofreu alteração de 2006 para 2010 mantendo-se aproximadamente nos 20%. Este facto, enfraquece a eventual relação desta proporção com a prevalência de fumadores. A proporção de pessoas que se declararam não incomodadas pelo fumo em 2006 e 2007 foi consistentemente de cerca de 70% da proporção dos fumadores, enquanto em 2010 a mesma relação passou para aproximadamente 80%. O facto mais notório na evolução de 2006 para 2010 em relação ao incómodo pelo fumo é que se assistiu a uma alteração de atitude no período após a entrada em vigor da Lei do tabaco. A proporção de pessoas que se dizem incomodadas com o fumo aumentou de 40% em 2006/2007 para 52% em 2010, mas essencialmente à custa da redução do número de indivíduos que se declararam incomodadas pelo fumo nos diversos locais públicos pelos quais passam. De facto dos aproximadamente 35% de indivíduos que em 2006 se diziam incomodados pelo fumo dependendo dos locais por que passavam, evolui-se para cerca de 25% em 2010.

Em conclusão, a percentagem dos que se não se sentem incomodados com o fumo manteve-se; a percentagem daqueles que se incomodam aumentou e reduziu o número dos que se sentem incomodados dependendo dos locais. Isto pode querer dizer que depois da entrada em vigor da Lei, a menor exposição ao fumo do tabaco levou a uma maior sensibilidade havendo mais incómodo.

Em relação ao impacto da Lei na saúde do próprio, um estudo, em 2008 [7], verificou que 35% dos respondentes admitiu ter sentido melhorias ao nível da sua saúde (46% dos inquiridos com asma, 39% dos inquiridos com alergias, 42% dos com rinite, 40% sinusite, 37% bronquite e 40% dos que tinham irritação dos olhos).

Um estudo realizado dois meses após a entrada em vigor da Lei, numa amostra de 96 doentes asmáticos da consulta de Pneumologia do Hospital de Pulido Valente e do Hospital de Santa Marta, de Lisboa, mostrou que: i) dos doentes inquiridos, a percentagem dos que estiveram expostos ao fumo de tabaco até Dezembro de 2007 foi de 67,7%, com maior prevalência no grupo de indivíduos activos; ii) apesar de a maioria dos inquiridos não referir alterações no seu bem-estar, 39,6% referiram alterações positivas (melhoria na realização de actividades diárias, diminuição dos sintomas ou menor necessidade de recorrer a medicação de SOS); iii) destes indivíduos que indicaram alterações positivas, 81,6% deixaram de estar expostos ao fumo passivo depois da entrada em vigor da nova Lei e 65,8% indicaram-na como factor responsável.

Fonte: Areias, A *et al*. Rev-Port-Pneumol, 2009, Vol. 15, Nº 1, pág. 27-42 [18]

2.4. Acesso à linha de saúde pública relacionado com a Lei (2008-2010)

Apesar de a Lei do tabaco só ter entrado em vigor a partir de 1 de Janeiro de 2008, logo a partir da sua publicação, que teve lugar em 14 de Agosto de 2007, suscitou inúmeras questões por parte dos cidadãos, entidades empregadoras em geral e proprietários de estabelecimentos de restauração e similares, entre outros.

Neste sentido, a DGS sistematizou a informação disponível de forma a habilitar a Linha de Saúde Pública a prestar os esclarecimentos solicitados que aqui se reflectem

Assim, em 2007, apesar do debate público sobre a Lei do tabaco ter decorrido apenas no último trimestre do ano, foram atendidas nos dois últimos meses, 1.101 chamadas sobre questões relacionadas com tabaco, 33,4% no total de chamadas na Linha de Saúde Pública.

No ano de 2008 esta procura foi de 3.164 chamadas (16% do total das chamadas), mas tem vindo gradualmente a baixar, não sendo significativa durante os anos de 2009 e de 2010, nos quais a procura foi respectivamente, de 36 (0,1%) e 34 (0,2%) chamadas.

De 2007 a 2010, foram atendidas 107.086 chamadas na Linha de Saúde de Pública, sendo a procura para atendimento sobre questões relacionadas com o tabaco de 4.335 chamadas (4,0%).

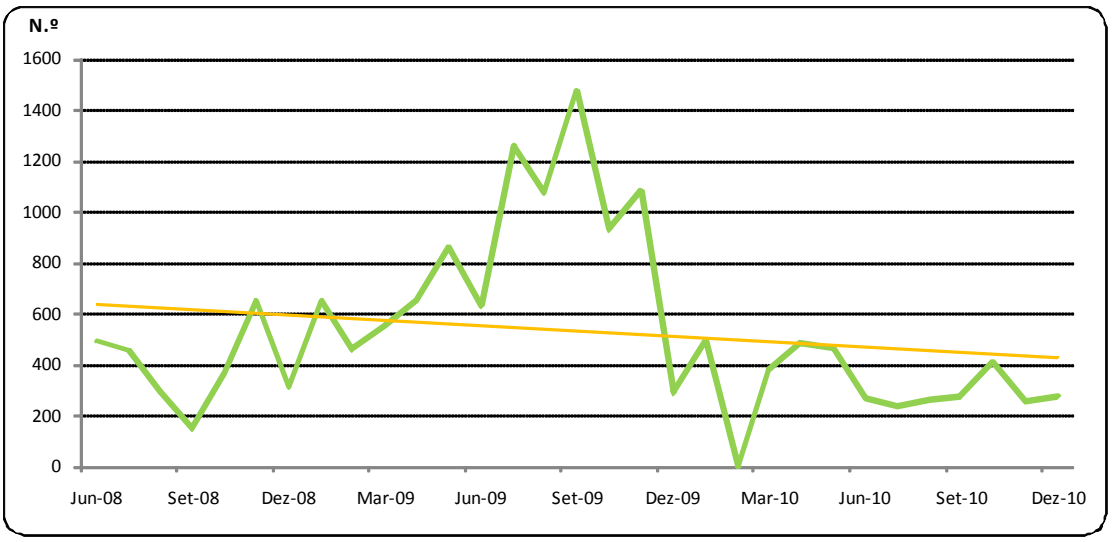
Do total de pedidos de informações que motivaram as chamadas atendidas na Linha de Saúde de Pública por questões relacionadas com tabaco, a grande maioria foi sobre a respectiva legislação e a sua aplicação, seguida de pedidos de esclarecimento sobre os espaços, dísticos e ventilação.

2.5. Acesso ao microsite do tabaco

O *microsite* do tabaco, localizado no sítio da DGS, foi criado em Dezembro de 2007 mas as contagens de visitas realizadas só foram registadas a partir de Junho de 2008.

O número de visitas ao *microsite* do tabaco verifica-se tendencialmente em decréscimo (Figura 2).

Figura 2. Número de visitas mensais ao *Microsite* do Tabaco 2008-2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde
Nota: Em Fevereiro de 2010 ocorreu uma falha técnica que impossibilitou a contagem de visitas ao sítio da Direcção-Geral da Saúde

Concluindo, este capítulo apresentou o enquadramento legislativo nacional e internacional assim como aspectos sobre o tabaco na imprensa escrita e aceitabilidade social da Lei, salientando-se os seguintes aspectos:

- A nova Lei do tabaco é vista como uma Lei muito positiva, tanto por fumadores como por não fumadores. A Lei é percebida como muito equilibrada, podendo ser melhorada a nível da fiscalização das infracções e em termos da prevenção, especialmente junto dos jovens. Para o fumador, há a percepção de que deveria haver melhoria das condições dos espaços destinados a fumadores. [1]
- Em 2010 a grande maioria dos inquiridos (96,3%) do Estudo ECOS-Infotabaco [5] tinham uma opinião favorável (concorda moderadamente ou totalmente) acerca da proibição de fumar em locais públicos. Nos estudos de opinião realizados [5,12,13] com as reservas explicadas, a maioria dos respondentes não quer que se fume nos espaços referidos ou admite-o desde

que em espaços preparados para tal. Em 2008 entre 61% e 98% dos respondentes declarou-se completamente a favor da proibição de fumar, num conjunto de locais avaliados.[7] Mais de metade dos portugueses inquiridos pelo Eurobarómetro em 2009 declararam-se a favor das políticas de controlo do tabaco.[3]

- A nova Lei do tabaco é percebida como uma Lei que ao longo dos últimos três anos contribuiu para mudar a consciência das pessoas tendo levado a alterações de hábitos.[1] Ainda segundo este estudo, a Lei é percebida como um benefício para a Saúde Pública e como uma protecção dos não fumadores ao fumo passivo [1]. Esta Lei veio permitir que, em Portugal, os espaços fechados tivessem uma maior qualidade a nível do ar. No mesmo ano, os cidadãos foram questionados sobre os benefícios da nova lei e 91,2% reconheciam benefícios para saúde pública em geral, 86,4% para a sua própria saúde, 85,4% para a qualidade do ar em locais públicos e 76,9% para a qualidade do ar no local de trabalho. [6] Em 2008 94% dos inquiridos respondeu que sim à pergunta "considera que a Lei protege a saúde?". [7]
- Em 2010, um estudo qualitativo [1] sugeriu que a nova Lei do tabaco é percebida como uma Lei que é bem aceite e globalmente cumprida, havendo espaço para melhoria do cumprimento da Lei através da fiscalização, especialmente junto dos estabelecimentos de restauração, sobretudo os nocturnos. Outro estudo conduzido em 2010 [6] indica uma percepção de fraco cumprimento da lei nos Casinos, Bingos, e Salas de Jogo; Discotecas; e Bares e pubs. No entanto, os sítios criados especificamente para os fumadores (como, por exemplo, em centros comerciais, locais de trabalho, etc.) são percebidos como locais inóspitos com extracção deficiente que faz com que contamine o ar circundante [1].

Capítulo III – Impactes da Lei na saúde da população

Neste capítulo faz-se uma resenha da informação disponível sobre aspectos de saúde relacionados com o tabaco. Os dados disponíveis são sistematizados em três subsecções: epidemiologia do consumo do tabaco em Portugal; Exposição ao fumo ambiental do tabaco; Mortalidade e morbilidade.

3.1. Epidemiologia do consumo de tabaco em Portugal

A prevalência do consumo de tabaco em Portugal não se encontra distribuída de forma homogénea na população, sendo mais elevada nos homens do que nas mulheres [19].

Esta prevalência tem diminuído de forma ligeira ao longo dos últimos 20 anos. Nos homens, a proporção de fumadores diários tem revelado uma tendência decrescente, enquanto que, nas mulheres, essa tendência tem sido crescente, com a proporção de fumadoras a aumentar de forma regular, em especial nas idades mais jovens.

Os dados disponíveis relativos à população escolar, em particular aos alunos do ensino secundário, permitem observar uma tendência decrescente nas prevalências de consumo.

A prevalência de fumadores varia com o grau de escolaridade, observando-se menores prevalências nos homens mais escolarizados, ao invés de maiores prevalências nas mulheres com maior escolaridade.

As pessoas desempregadas, revelam frequências de consumo de tabaco superiores à restante população.

3.1.1. Proporção de fumadores com 10 ou mais anos de idade.

Com base no Inquérito Nacional de Saúde (INS) realizado em 2005/2006, 19,7% dos residentes em Portugal, com idade igual ou superior a 10 anos, referiam ser fumadores actuais. Destes, 10,7% admitiam fumar ocasionalmente e 89,3% diariamente. A proporção de fumadores era maior na população masculina, 28,9%, contra 11,2% na população feminina. A prevalência mais elevada observava-se no grupo etário 35 a 44 anos, quer entre os homens, 44,6%, como entre as mulheres, 20,9%.

A frequência de ex-fumadores (15,1% em 2005) era, também, mais elevada no sexo masculino (24,4% contra 6,5% das mulheres). A partir dos 45 anos de idade, a proporção de ex-fumadores nos homens era particularmente elevada, 43,4%, com níveis entre 41,8% e 47,6% nos quatro grupos etários considerados.

Neste inquérito, o consumo de tabaco, actual ou passado, era, assim, mais frequente na população masculina; resultando daqui que apenas 46,5% dos homens nunca tenha fumado, o que contrasta com um número bastante mais elevado de mulheres nunca fumadoras (82,3%).

A diferença entre os sexos, quanto ao consumo de tabaco, verificava-se em todas as regiões, sendo menor em Lisboa e Vale do Tejo (13,3%) e maior na Região Autónoma dos Açores (24,5%). Estas regiões registavam, respectivamente, a maior proporção de fumadores no sexo feminino (15,4%) e a maior proporção de fumadores no sexo masculino (36,4%). Também em 2005, o Algarve registava a maior proporção de ex-fumadores (17,6%).

Comparando os resultados para o Continente entre os inquéritos de 1999 e 2005, constatou-se um decréscimo de 0,7 pontos percentuais na proporção de residentes que consumiam tabaco diariamente (18,2% em 1999 e 17,5% em 2005). Por outro lado, a percentagem de residentes ex-fumadores reflectia um aumento de 3,4 pontos percentuais entre os dois períodos em análise [19].

3.1.2. Consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade

O consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade é apresentado a partir do resultado de duas séries de estudos: os Inquéritos Nacionais de Saúde (Apêndice 1, 1.1, página 107) e um conjunto de estudos de opinião realizados em 2006, 2007 e 2010 (Apêndice 1; 1.3, página 109). Apresentam-se ainda os estudos ECOS (Apêndice 1, 1.2, páginas 108) para uma população de 18 ou mais anos.

3.1.2.1. Série de Inquéritos Nacionais de Saúde

Considerando a população de 15 e mais anos de idade estudada nos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde até hoje realizados, e analisando os dados amostrais, não ponderados, observa-se, igualmente, a tendência decrescente na proporção de fumadores diários atrás referida (18,4% em 1987; 17,3% em 1995/1996; 18,0% em 1998/1999; 17,2% em 2005/2006) (Tabela 16) [20].

Tabela 16. Percentagem de fumadores diários entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade que responderam aos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados no Continente

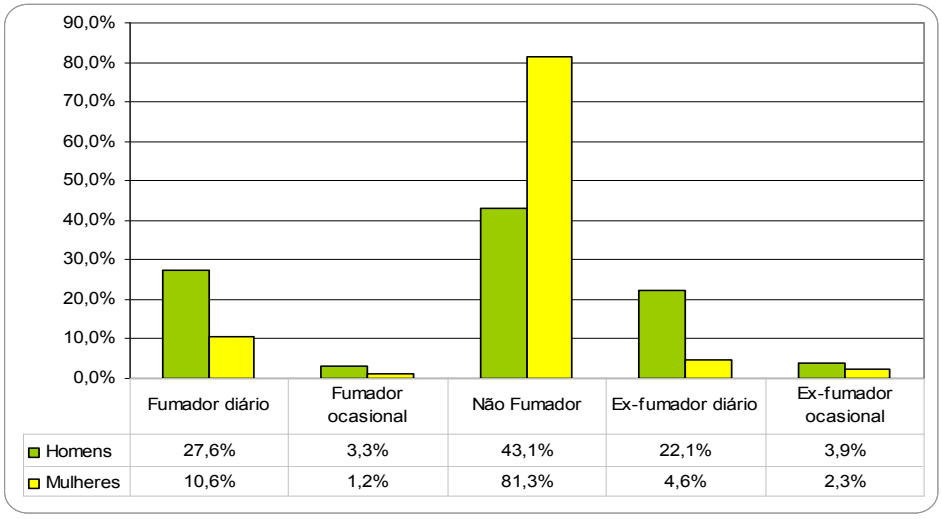
	1987	1995/1996	1998/1999	2005/2006
Homens	33,3	29,2	29,3	26,1
Mulheres	5,0	6,5	7,9	9,0
Ambos	18,4	17,3	18,0	17,2

Fonte Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Inquéritos Nacionais de Saúde 1987, 1995/1996 e 1998/1999; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1, página 107
Notas: % não ponderada para a população

Embora não estritamente comparável com os dados ponderados dos dois Inquéritos Nacionais de Saúde mais recentes (1998/1999 e 2005/2006), esta é a série de dados de melhor qualidade disponível para estudar a tendência do consumo de tabaco na população residente em Portugal Continental, utilizando a mesma metodologia e instrumento de recolha de dados. [20,21,22]

Esta série revela, também, a evolução crescente da percentagem de fumadores diários na população feminina e a sua tendência decrescente na população masculina, à semelhança do que é usual observar-se na grande maioria dos países em relação às diferentes fases de evolução da denominada "epidemia tabágica". [19,20,21,22]

Figura 3. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco da população com idade igual ou superior a 15 anos, por sexo

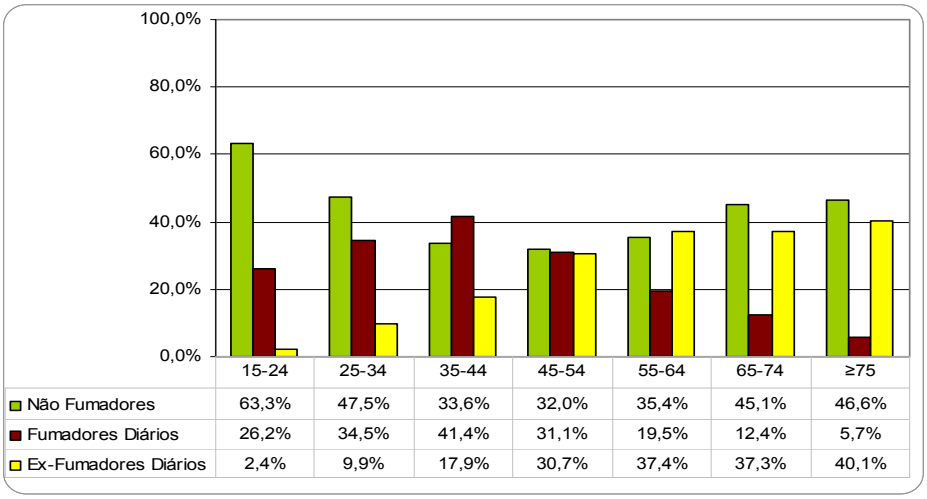


	Fumador diário	Fumador ocasional	Não Fumador	Ex-fumador diário	Ex-fumador ocasional
Homens	27,6%	3,3%	43,1%	22,1%	3,9%
Mulheres	10,6%	1,2%	81,3%	4,6%	2,3%

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1, página 107

Ainda na população com idade igual ou superior a 15 anos que respondeu ao INS 2005/2006 (Figura 3) a prevalência de fumadores diários era de 27,6% nos homens e de 10,6% nas mulheres, enquanto os fumadores ocasionais constituíam 3,3% da população masculina e 1,2% da população feminina. [19,20, 21,22]

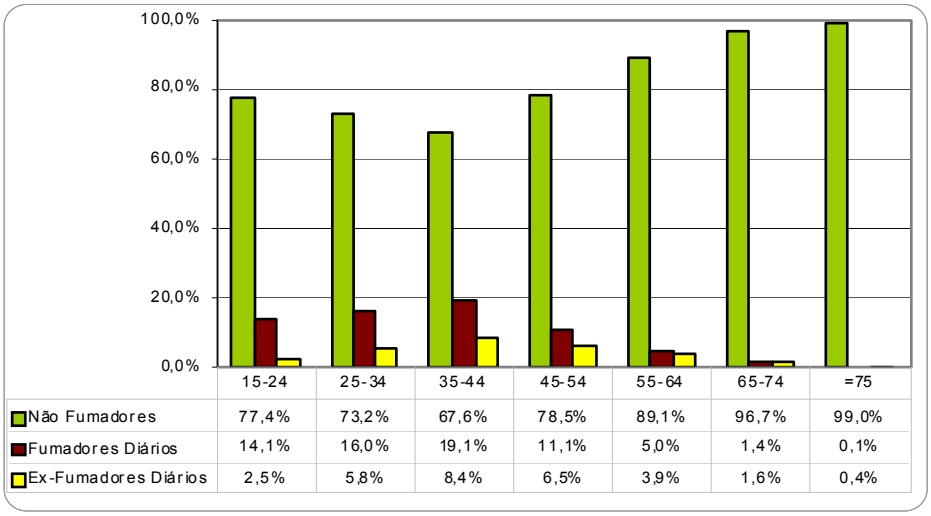
Figura 4. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco nos homens por grupos etários.



	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Não Fumadores	63,3%	47,5%	33,6%	32,0%	35,4%	45,1%	46,6%
Fumadores Diários	26,2%	34,5%	41,4%	31,1%	19,5%	12,4%	5,7%
Ex-Fumadores Diários	2,4%	9,9%	17,9%	30,7%	37,4%	37,3%	40,1%

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1, página 107

Figura 5. Prevalências ponderadas de consumo de tabaco nas mulheres, por grupos etários



	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	=75
Não Fumadores	77,4%	73,2%	67,6%	78,5%	89,1%	96,7%	99,0%
Fumadores Diários	14,1%	16,0%	19,1%	11,1%	5,0%	1,4%	0,1%
Ex-Fumadores Diários	2,5%	5,8%	8,4%	6,5%	3,9%	1,6%	0,4%

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1, página 107

A Figura 4 e a Figura 5 apresentam, para cada sexo, as prevalências estimadas dos hábitos tabágicos por grupos etários, segundo o INS 2005/2006. A análise das prevalências obtidas para o sexo masculino revela que os indivíduos não fumadores apresentavam a prevalência mais elevada de todos os grupos etários estudados, excepto no grupo etário dos 35 aos 44 anos, onde os fumadores diários se encontravam em maior proporção. No grupo etário dos 45 aos 54 anos observaram-se proporções quase similares de fumadores diários, de ex-fumadores e de não fumadores. [22, 23]

Os homens que fumavam diariamente revelaram prevalências crescentes até aos 44 anos, idade a partir da qual se verificava uma diminuição progressiva neste grupo. Ainda no sexo masculino, a proporção de ex-fumadores cresceu quase linearmente com a idade, mantendo-se aproximadamente estável a partir dos 55 anos.

No sexo feminino verificou-se que as não fumadoras eram maioritárias em todos os grupos etários. De facto, a partir dos 35 anos de idade, mais de dois terços da população feminina era não fumadora. As mulheres que fumavam diariamente evidenciaram prevalências crescentes (entre 26,2% e 41,4%) com a idade, até aos 44 anos. A partir desta idade observou-se um declínio acentuado da proporção da população feminina que consumia tabaco diariamente. Salienta-se ainda que a maior prevalência de mulheres que deixaram de fumar (ex-fumadoras) pertencia ao grupo etário dos 35 aos 44 anos.

Considerando a população de 15 ou mais anos de idade estudada nos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde até hoje realizados, e analisando os dados amostrais, não ponderados, observa-se, igualmente, a tendência decrescente na proporção de fumadores diários atrás referida (18,4% em 1987; 17,3% em 1995/1996; 18,0% em 1998/1999; 17,2% em 2005/2006) (Tabela 16). [20]

3.1.2.2. Série de ECOS-infotabaco

Considerando a população de 18 e mais anos estudada em três estudos ECOS (Em Casa Observamos Saúde, Apêndice 1, 1.2, página 108), em 2005, 2008 e 2010, não parece evidenciar-se a continuação da tendência de decréscimo observada nos INS entre 1987 e 2005/2006. A Tabela 17 apresenta as prevalências de fumadores diários e ocasionais, valores globais e por sexos, em 2005 e em dois anos após a entrada em vigor da Lei.

Da análise das prevalências de fumadores obtidas nestes três estudos da amostra ECOS observou-se um aumento da prevalência de fumadores em 2010. No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativa em relação ao valor observado no ECOS de 2008, como demonstrado pelos respectivos intervalos de confiança de 95% (Tabela 17).

Tabela 17. Prevalências de fumadores, em indivíduos com 18 ou mais anos, estimadas nas amostras ECOS de 2005, 2008 e 2010

			2005	2008	2010	Sobreposição dos Intervalos de confiança
Fumadores diários	**Global**	**Prev. IC**	13,7% (10,8%;17,1%)	12,5% (9,4%;16,4%)	16,5% (13,6%;19,9%)	(13,6%;16,4%)
	Homens	**Prev. IC**	19,5% (14,5%;25,6%)	13,3% (8,4%;20,5%)	23,3% (18,2%;29,3%)	(18,2%;20,5%)
	Mulheres	**Prev. IC**	8,4% (5,8%;12%)	11,7% (8,3%;16,1%)	10,3% (7,7%;13,7%)	(8,3%;12,0%)
Fumadores diários e Ocasionais	**Global**	**Prev. IC**	16,5% (13,3%;20,2%)	13,6% (10,3%;17,7%)	17,6% (14,6%;21%)	(8,3%;17,7%)
	Homens	**Prev. IC**	23,6% (18,1%;30,1%)	13,9% (8,9%;21,1%)	24,5% (19,3%;30,5%)	(19,3%;21,1%)
	Mulheres	**Prev. IC**	9,9% (7,1%;13,8%)	13,2% (9,6%;18%)	11,3% (8,6%;14,8%)	(9,6%;13,6%)

Fonte: Instituto Nacional de Saúde, Estudos ECOS; Apêndice 1; 1.2, página 108
Nota: Prev. – prevalência; IC – intervalo de confiança

É de notar o facto de no inquérito ECOS realizado em 2008, 1.º ano de vigência da lei do tabaco, se ter estimado um decréscimo da prevalência de fumadores relativamente a 2005, mais acentuado nos homens (cerca de 10%), embora com um aumento superior a 3% nas mulheres.

No inquérito ECOS de 2010 as prevalências estimadas retornam a níveis de 2005, com um acréscimo de, aproximadamente, 3% nos fumadores diários, e 1% nos fumadores diários e ocasionais. No entanto, a diferença entre os valores de 2008 e 2010 não revela significado estatístico.

Assim, este estudo não evidencia diferenças estatisticamente significativas na prevalência de fumadores entre 2005 e 2010.

3.1.2.3. Série de estudos de opinião

Em relação á população estudada numa série de estudos de opinião, realizados em 2006, 2007 e 2010 (Apêndice 1; 1.3, página 109) observou-se um decréscimo de 5% de fumadores de 2007 para 2010.

A Tabela 18 faz o resumo das prevalências de consumo de tabaco resultantes dos três estudos, comparando as prevalências nos dois anos anteriores à entrada em vigor da Lei com o seu 3.º ano de vigência.

Tabela 18. Prevalência de fumadores, em indivíduos de 15 ou mais anos, estimadas nos estudos de opinião em 2006, 2007 e 2010

			2006	2007	2010
	Global	Prev.	28,4%	30,5%	25,5%
		IC	(25.7%;31.2%)	(27.8%;33.4%)	(22.8%;28.2%)
		n	300	320	261
Sexo	Feminino	Prev.	26,9%	27,9%	23,0%
		IC	(23.2%;30.8%)	(24.1%;31.9%)	(19.5%;26.9%)
		n	150	150	121
	Masculino	Prev.	30,0%	33,3%	28,0%
		IC	(26%;34.2%)	(29.3%;37.7%)	(24.1%;32.2%)
		n	150	167	140

Fonte: Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2006; Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2007; Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010. Apêndice 1; 1.3, página 109

Nota: Prev. – prevalência; IC – intervalo de confiança; n – número de respondentes

Em 2010, a prevalência global de consumo de tabaco observada foi de 25,5%. Esta mostrou-se com uma diferença de 5% entre homens (28%) e mulheres (23%), e com diferenças relevantes por grupos etários. Nestes foram os indivíduos mais jovens que mostraram ter prevalência de consumo de tabaco mais elevada (não mostrado na Tabela 18).

Globalmente observou-se um decréscimo de 5% de 2007 para 2010. Este resultado é compatível com o referido pelos indivíduos em 2010 de que nos três anos anteriores 4,3% deixaram de fumar (Tabela 13).

Por sexos observou-se o mesmo nível de evolução com decréscimo de também aproximadamente de 5% em cada grupo, eventualmente mais relevante nas mulheres por a respectiva prevalência ser menor que nos homens.

Com base nos resultados destes três estudos não é possível afirmar que as diferenças observadas são significativamente diferentes sob o ponto de vista estatístico, dada a sobreposição dos intervalos de 95% de confiança.

3.1.2.4. Outros estudos

A Tabela 19 apresenta um sumário de estudos e dados obtidos sobre prevalência de consumo de tabaco na população portuguesa.

Tabela 19. Percentagem de fumadores entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade no Continente em diversos estudos

	Estudos	2001	2005/ 2006	2007	2008	2009	2010
Global	**INS**[1]		20,9				
	ECOS-Infotabaco[6]						20,5*
	Estudos de opinião[11]		28,4	30,5			25,5
	Eurobarómetro[5]		24			23	
	Cardoso C, Plantier T[12]				16		
	Balsa, C. [13]	29		30			
Homens	**INS** [1]		30,9				
	ECOS-Infotabaco[6]						28,3*
	Estudos de opinião [11]		30	33,3			23
	Cardoso C, Plantier T[12]				24,5		
Mulheres	**INS**[1]		11,8				
	ECOS-Infotabaco[6]						13,3*
	Estudos de opinião [11]		26,9	27,9			23
	Cardoso C, Plantier T[12]				9,5		

Fonte: 1 - Inquérito Nacional de Saúde, fumadores diários mais fumadores ocasionais, percentagem ponderada para a população;

2 - Paixão E, Dias CM, Branco, MJ. Infotabaco. Uma observação em 2010. Relatório. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde. Dezembro 2010; ECOS – Em Casa Observamos Saúde; Consumidores diários; estimativas na população, Fumadores diários, percentagem ponderada para a população;

3 - Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2006; Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde, 2007; Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010, página 15; "É fumador?"

4 - European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. Special Eurobarometer, May, 2007; European Commission. Eurobarometer 72.3 – Tabaco. Brussels: TNS Opinion & Social, 2010; "You smoke at the present time";

5 – Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience, 2008, fumadores diários 14% e fumadores ocasionais 2% (pelo menos um cigarro diário, nos últimos 30 dias);

6 - Balsa, C. Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral, Portugal 2007. Lisboa: CEOS, FCSH, Universidade Nova de Lisboa, fumadores activos que inclui fumo diário "diariamente","várias vezes ao dia" e percentagens inferiores a 3% de consumos "4 ou mais vezes por semana", "2-3 vezes por semana", "2-4 vezes por mês", "1 vez por mês", "mais raramente"; População dos 15 aos 64 anos.

Nota: * fumadores diários

Esta tabela tem que ser lida com algumas reservas dado o facto de as estimativas de prevalência terem origem em estudos diversos (que, entre outros aspectos apresentam diversos desenhos e tamanhos amostrais, formulação de perguntas e cálculo de prevalência).

Os dados de prevalências disponíveis não permitem, de momento, afirmar que esteja a ocorrer uma tendência de decréscimo de fumadores. Assim não é possível concluir que tenha existido um impacte da aplicação da Lei na evolução da proporção de fumadores. É no entanto de salientar que não se observou qualquer evidência de aumento da prevalência de fumadoras.

3.1.3. Consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade, por região

No sexo masculino, utilizando as frequências ponderadas e padronizadas para a idade, a prevalência mais elevada de fumadores verificou-se, em 2005/2006, na Região Autónoma dos Açores (31,0%) e a menor, na Região Centro (20,5%). Já no sexo feminino, a prevalência mais elevada verificou-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e a mais baixa, na Região Norte (7,6%) [20].

Em 2010, o estudo ECOS Infotabaco [5] apresenta a estimativa de consumo diário do tabaco por região para Portugal continental onde a estimativa pontual mais baixa foi observada para a região Norte e a mais elevada para o Algarve. No entanto, calculados os respectivos intervalos de confiança não existe qualquer evidência de heterogeneidade da prevalência de consumo diário de tabaco por região, em Portugal Continental.

3.1.4. Idade de inicio do consumo de tabaco

Utilizando os dados dos INS até agora realizados observou-se uma tendência decrescente na idade de inicio do consumo de tabaco. [13,23]

Considerando a população residente que fumava diariamente em 2005, verificava-se que a maior parte tinha começado a fumar entre os 15 e os 19 anos de idade (55,6%), com maior evidência na população com menos de 25 anos (65,1%) e nas que tinham entre 25 a 44 anos (60,0%). Por outro lado, 33,0% da população idosa (65 e mais anos) fumadora em 2005, tinha iniciado o consumo com menos de 15 anos. [7]

As mulheres a partir dos 45 anos de idade iniciaram o consumo de tabaco em idades mais tardias, comparativamente aos homens do mesmo grupo etário. A maior parte dos homens a partir daquela idade iniciou o consumo de tabaco até aos 20 anos (74,9%), enquanto para as mulheres as proporções

mais elevadas se registavam entre os 20 e os 24 anos, ou entre os 25 e os 29 anos nas mulheres idosas (65 ou mais anos).

O estudo ECOS-Infotabaco [5] realizado em 2010 apresenta uma estimativa para a idade de iniciação de consumo de tabaco nos fumadores diários e ocasionais de 17,6 anos (16,5; 18,7), revelando, adicionalmente, evidência de que os homens começam a fumar um pouco antes das mulheres [homens 16,7 anos (15,5; 17,8) e mulheres 19,6 anos (16,5; 18,7)].

3.1.5. Consumo de tabaco e grau de escolaridade

A Tabela 20 apresenta a prevalência ponderada e padronizada pela idade (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade com aproveitamento, segundo o sexo.

Tabela 20. Prevalência (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade, segundo o sexo, 2005/2006

	Fumador (%)		Não Fumador (%)	Ex-fumador (%)	
	Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
Anos de escolaridade	(n=6360)	(n=752)	(n=22554)	(n=4636)	(n=882)
Masculino					
<5 anos	28,3	4,2	30	12,9	1,9
5 e 6	27,5	3	29,2	15,1	2,4
7 a 9	28,3	1,8	29,6	14,5	3,1
10 a 12	22,7	3,2	33,3	14,8	3,4
>12 anos	20,3	3,8	37,5	13,4	2,4
Feminino					
<5 anos	6,9	0,4	65,2	1,4	4,2
5 e 6	10,6	0,9	61,3	3,1	2,1
7 a 9	14,7	2,2	52,3	5,6	2,7
10 a 12	15,1	1	51,7	6,9	2,7
>12 anos	12,8	1,7	53	7,2	2,9

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Apêndice 1; 1.2, página 107
Notas: Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

A maior parte das mulheres fumadoras entrevistadas pelo INS 2005/2006, possuía 9 anos de escolaridade, seguida das mulheres com escolaridade entre 10 e 12 anos. [20,21,22,23]

Pelo contrário, nos homens que fumavam 21 ou mais cigarros por dia, observavam-se valores da proporção de fumadores inversamente proporcionais à escolaridade: 10,3% nos fumadores que tinham menos de 5 anos de escolaridade e 8,7% nos que tinham entre 5 e 9 anos de escolaridade completada.

A maior parte dos fumadores referiu que consumia até 20 cigarros por dia, tinha completado entre 5 e 9 anos de escolaridade (32,8%); enquanto a maior proporção dos que fumavam 21 ou mais cigarros por dia, não tinha atingido os 5 anos de escolaridade (7,6%).

3.1.6. Consumo de tabaco e situação profissional

De acordo com o INS 2005/2006, os desempregados, tanto homens como mulheres, revelavam prevalências de consumo de tabaco superiores aos restantes grupos da população (Tabela 21).

Tabela 21. Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por ocupação principal nas duas semanas que precederam a entrevista, segundo o sexo

	Fumador (%)		Não Fumador (%)	Ex-fumador (%)	
	Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
Ocupação principal	(n=6360)	(n=752)	(n=22554)	(n=4636)	(n=882)
Masculino					
Trabalhador activo	32,6	4,1	40,4	19,6	3,4
Desempregado	45,3	3,2	32,6	13,9	4,9
Reformado	12,1	0,9	40,1	41,4	5,5
Estudante	13,4	4	78,1	1,2	3,3
Doméstico(a)	8,1	0	77,3	5,7	8,9
Permanentemente incapacitado	19,9	0,5	54,9	18,6	6,1
Outra situação (inclui estagio não remunerado)	39,4	0,5	42,4	11,9	5,7
Feminino					
Trabalhador activo	15,1	1,6	73,7	6,5	3
Desempregado	21,8	2,9	66,3	7	2
Reformado	1,1	0,2	96	2	0,7
Estudante	8,3	1,4	85,6	1,4	3,3
Doméstico(a)	6	0,4	90	2,2	1,4
Permanentemente incapacitado	2,5	0,3	96,5	0,4	0,1
Outra situação (inclui estagio não remunerado)	5,6	1,6	74,8	9	9

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.2, página 107
Notas: Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

3.1.7. Consumo nos jovens escolarizados

A Tabela 22 apresenta as prevalências de consumo de tabaco em jovens estudantes, segundo diferentes estudos e anos. Pode ver-se a tendência geral de diminuição de hábitos tabágicos embora ao nível do 10º ano a prevalência seja praticamente a mesma desde 2006.

Tabela 22. Prevalências (%) de consumo de tabaco em jovens escolarizados em diferentes estudos (2001-2010)

Estudos	Ano /Idade	2001	2002	2003	2006	2007	2010	Tendência
HBSC/ OMS [1]	6ºano		7,2%		5,7%		3,5%	Diminuição da prevalência do consumo de tabaco em todos os níveis de ensino (6.º, 8.º e 10.º) de 2002 para 2006 e alguma evolução de decréscimo sustentado para 2010 sobretudo no grupo etário mais jovem.
	8º ano		21,5%		12,5%		9,9%	
	10º ano		31,5%		18,1%		20,3%	
INME [2]	3º ciclo	19%			15%			Diminuição da prevalência do consumo de tabaco entre 2001 e 2006, quer nos alunos do 3.º ciclo, quer nos alunos a frequentar o ensino secundário. Esta tendência verificou-se em todas as regiões do País
	Secundário	32%			24%			
ESPAD [3]	16 anos			28%		19%		Diminuição da prevalência do consumo de tabaco entre 2003 e 2007

Fontes: 1 - Inquéritos Comportamentos de Saúde das Crianças em idade escolar (HBSC/OMS); fumo todos os dias, fumo pelo menos 1 vez por semana e fumo menos de uma vez por semana; Apêndice 1; 1.13, página 117
2 - Inquéritos Nacionais em Meio Escolar (3º Ciclo e Secundário), IDT, Ministério da Saúde; Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias; Apêndice 1; 1.10.2, página 117
3 - Inquéritos "European School Project on Alcohol and other Drugs" (ESPAD) Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias ; Apêndice 1; 1.10.1, página 114
Notas: HBSC- Health Behaviour in School-aged Children; OMS - Organização Mundial da Saúde; INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar; ESPAD European School Project on Alcohol and other Drugs

De acordo com os resultados dos Inquéritos Nacionais em Meio Escolar (3º Ciclo e Secundário) promovidos pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), verificou-se uma diminuição da prevalência do consumo de tabaco entre 2001 e 2006, quer nos alunos do 3.º ciclo, quer nos alunos a frequentar o ensino secundário (Tabela 23). Esta tendência verificou-se em todas as regiões do País.

Quanto à evolução das prevalências de consumo ao longo da vida, ou seja ter alguma vez consumido tabaco, ter consumido tabaco no último ano e prevalência nos últimos 30 dias (ter consumido tabaco pelo menos uma vez nos últimos 30 dias), verificou-se uma diminuição entre 2001 e 2006, quer nos alunos do 3.º ciclo, quer nos alunos a frequentar o ensino secundário (Tabela 23).

Tabela 23. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos Inquéritos em Meio Escolar do IDT

	2001	2006
3º Ciclo		
Consumo ao longo da vida*	49	35
Consumo no último ano	32	22
Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	19	15
Secundário		
Consumo ao longo da vida	70	55
Consumo no último ano	49	34
Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	32	24

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicodependência, Inquéritos Nacionais em Meio Escolar, Apêndice 1; 1.10.2, página 117

Notas: *Consumo ao longo da vida – alguma vez ter consumido tabaco

Os inquéritos "European School, Survey on Alcohol and other Drugs" (ESPAD) também realizados em meio escolar, revelam diminuição da prevalência de consumo de tabaco nos 30 dias anteriores à entrevista (28% em 2003; 19% em 2007).[24,25]

O projecto HBSC Comportamentos de Saúde das Crianças em idade escolar é um estudo realizado por múltiplos países em colaboração com a OMS – Europa (Apêndice 1; 1.13, página 117). A população alvo do estudo HBSC é a dos jovens que frequentam a escola, com idades de 11, 13 e 15 anos. O inquérito foi realizado numa amostra representativa a nível nacional obtida em cada uma das três aplicações feitas em 2002, 2006 e 2010. Das muitas facetas inquiridas aos jovens em idade escolar uma que foi sempre incluída foi a questão relativa ao consumo de tabaco.

Na Tabela 24 mostra-se a evolução do consumo de tabaco ("Fumo diário") nestes jovens e a evolução de 2002 a 2010. Em todos os níveis de ensino 6.º, 8.º e 10.º ano assistiu-se a uma redução para cerca de metade dos níveis de consumo verificados em 2002.

No que respeita ao consumo de tabaco incluindo formas menos regulares de consumo, o padrão observado foi semelhante, com decréscimo substancial de 2002 para 2006 e alguma evolução de decréscimo sustentado sobretudo no grupo etário mais jovem.

Tabela 24. Evolução da prevalência (%) do consumo de tabaco, fumo diário e não diário, em jovens em idade escolar (6.º, 8.º e 9.º anos) entre 2002 e 2010.

			2002	2006	2010
Fumo diário	6.º ano	prevalência	2,0%	1,4%	0,9%
		IC	(1.4%;2.6%)	(0.9%;2.2%)	(0.5%;1.5%)
		n	46	22	14
	8.º ano	prevalência	8,5%	4,3%	2,4%
		IC	(7.3%;9.7%)	(3.4%;5.4%)	(1.7%;3.3%)
		n	183	73	38
	10.º ano	prevalência	18,1%	9,2%	9,1%
		IC	(16.2%;20.1%)	(7.8%;10.8%)	(7.9%;10.5%)
		n	284	145	172
	Total	prevalência	8,5%	5,0%	4,5%
		IC	(7.8%;9.2%)	(4.4%;5.7%)	(4%;5.1%)
		n	513	240	224
Fumo diário e não diário*	6.º ano	prevalência	7,2%	5,7%	3,5%
		IC	(6.2%;8.3%)	(4.6%;6.9%)	(2.6%;4.5%)
		n	168	86	53
	8.º ano	prevalência	21,5%	12,5%	9,9%
		IC	(19.8%;23.3%)	(11%;14.2%)	(8.5%;11.5%)
		n	465	213	155
	10.º ano	prevalência	31,5%	18,1%	20,3%
		IC	(29.2%;33.8%)	(16.2%;20.1%)	(18.5%;22.2%)
		n	494	284	383
	Total	prevalência	18,6%	12,2%	11,9%
		IC	(17.6%;19.6%)	(11.2%;13.1%)	(11%;12.8%)
		n	1127	583	591

Fonte: Inquéritos Comportamentos de Saúde das Crianças em idade escolar (HBSC Health Behaviour in School-aged Children /Organização Mundial da Saúde); Apêndice 1; 1.13, página 117

Nota: * inclui as respostas positivas a "fumo todos os dias", "fumo pelo menos 1 vez por semana" e "fumo menos de uma vez por semana". Inclui, por isso, a coluna anterior "Fumo diário" (n) – número de jovens que se incluem nas categorias de fumadores apresentadas.

Observou-se uma evolução sustentada de decréscimo do consumo de tabaco nos níveis de escolaridade mais baixos (6.º e 8.º anos) no período de 2006 para 2010, mas no 10.º ano este padrão não parece estar a ocorrer.

3.1.8. Número de cigarros consumidos na população

Segundo o estudo ECOS-Infotabaco [5], em 2010, a média estimada de cigarros fumados por dia é de 14,2 (15, 5 para os homens e 11,6 para as mulheres). No estudo do Eurobarómetro [3], em 2009, os fumadores em Portugal consumiam uma média de 15,5 cigarros por dia [4]. O estudo de 2008 [7] revelou que os homens consumiam, em média, 18 cigarros e as mulheres 13 cigarros.

No INS 2005/2006 os homens referiram consumir em média 20 cigarros por dia (mediana 20 cigarros) e as mulheres cerca de 13 cigarros por dia (mediana 10 cigarros). De acordo com o mesmo Inquérito, a quantidade de cigarros consumidos diariamente era, também, mais elevada nos homens: 23,4% dos fumadores do sexo masculino consumia 21 ou mais cigarros por dia, contrastando com 4,7% das mulheres fumadoras. O consumo de maior quantidade de cigarros registava os valores mais elevados entre os 45 e os 64 anos, em ambos os sexos.

3.2. Exposição ao fumo ambiental do tabaco

De acordo como o INS 2005/2006, cerca de 25% da população não fumadora referia estar "bastante tempo" ou "algum tempo" em espaços fechados com fumadores, ao longo da semana. Apesar deste facto, apenas 11,6% dos não fumadores admitia chamar a atenção, ou pedir aos fumadores para que evitassem fumar na sua presença. [19,20]

Por outro lado, 41,6% dos fumadores referiam nunca evitar fumar na presença de não fumadores.[8,9]

Abordam-se em seguida dois ambientes específicos: as residências e os locais de trabalho.

Em relação a outros locais públicos, o Eurobarómetro que foi conduzido, em 2009, averiguou se aqueles que visitaram bares e estabelecimentos de restauração nos seis meses anteriores ao inquérito tinham visto fumar ou não. Em Portugal, apesar do estudo não permitir distinguir se os restaurantes e bares visitados se destinavam ou não a fumadores, 14 e 32% das pessoas que visitaram restaurantes e bares respectivamente, referem que havia alguém a fumar. [13]

3.2.1. Alteração da exposição em ambiente familiar

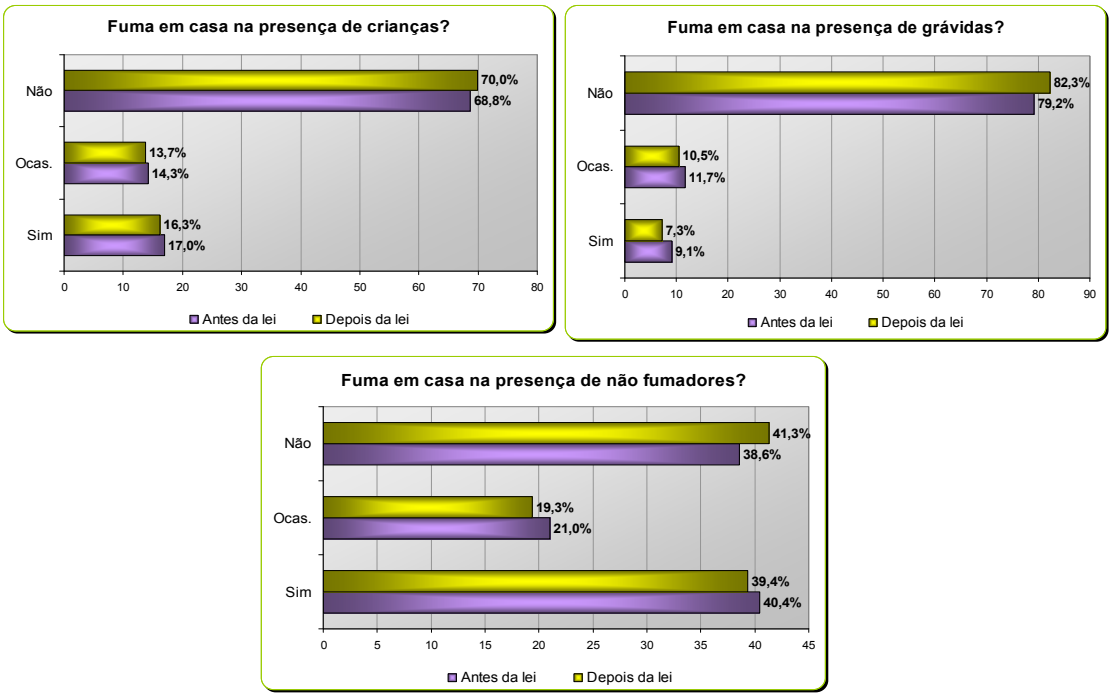
Segundo o estudo ECOS-Infotabaco, do INSA [5], realizado em 2010, a grande maioria dos respondentes, cerca de 84,3%, referiu que no interior da sua casa ninguém fumava ("Não, ninguém fuma" foi a resposta escolhida em detrimento das respostas "Sim, apenas as visitas" ou "Sim, qualquer pessoa, residente ou não").

Embora as perguntas relativas à exposição ao fumo do tabaco em casa não sejam completamente comparáveis nos estudos do Eurobarómetro realizados em 2006 e 2009, a percentagem de inquiridos em Portugal que responderam que "não é permitido fumar em minha casa" aumentou de 29% em 2006 para 66% em 2009. [3,4]

No estudo de 2008 [7], 43% dos fumadores entrevistados declarou fumar em casa todos os dias, e 10% apenas ocasionalmente, não tendo sido obtida evidência de um eventual aumento na percentagem de inquiridos que fumava em casa depois da entrada em vigor da Lei (Figura 6).

Se bem que a exposição dos jovens ao tabaco no seio da família não seja caracterizável directamente através do INS, a prevalência de jovens não fumadores com idade entre os 15 e os 17 anos que vivem com pelo menos um fumador era, em 1999 de 39,7% nos rapazes e 44,0% nas raparigas. [20]

Figura 6. Percentagem de respostas às perguntas Fuma em casa na presença de crianças, grávidas e de não fumadores, antes e depois da Lei do tabaco, em 2008



Fonte: Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience, 2008; Apêndice 1; 1.4, página 110

3.2.2. Alteração da exposição em ambiente laboral

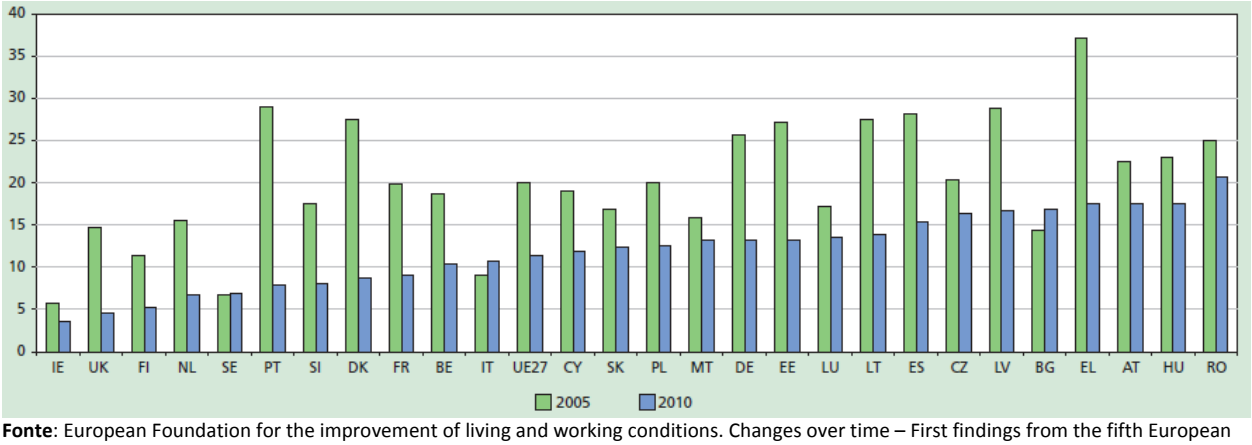
Foram disponibilizados recentemente os primeiros resultados o 5.º inquérito Europeu às condições de trabalho, realizado em 2010, que avaliou, entre outras questões, a evolução da exposição passiva ao fumo do tabaco no local de trabalho nos 5 anos anteriores, numa amostra representativa de trabalhadores europeus. [2]

No que se refere ao tabagismo passivo no local de trabalho é concluído que nos últimos anos, a maioria dos países europeus, onde se inclui Portugal, passou a ter Leis que gradualmente implementaram a proibição de fumar nos locais de trabalho. Os resultados deste inquérito indicam, nos últimos cinco anos, uma diminuição significativa nos níveis de exposição registadas por país, reflectindo em parte as diferenças de âmbito legislativo.

Em particular no que respeita a Portugal verifica-se em 2010 um posicionamento de Portugal na 6.ª posição dos países (da UE27) com menor prevalência referida de tabagismo passivo no local de trabalho (Figura 7).

Ainda na mesma figura depreende-se que Portugal apresenta o maior decréscimo de prevalência referida de tabagismo passivo no local de trabalho de 2005 para 2010 (cerca de 20%). Este resultado para Portugal é ainda relevante na medida em que a diferença observada na Europa a 27 (UE27), no mesmo sentido, é de aproximadamente metade (cerca de 10%).

Figura 7. Percentagem de trabalhadores expostos ao tabagismo passivo, por país, 2005 e 2010



Fonte: European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey. Disponível em Janeiro de 2010 em :
http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/en/2/EF1074EN.pdf ; Apêndice 1; 1.14, página 118
Notas: Tabagismo passivo - exposição ao fumo do tabaco de outros

O estudo Eurobarómetro [3] cuja recolha de informação decorreu em 2009 mostrou, para Portugal, uma exposição ao tabaco no local de trabalho de "nunca ou quase nunca" em 75% dos inquiridos, "menos de uma hora" para 10%, de "1-5 horas por dia" para 6% e de mais de 5 horas por dia em 2%.

3.3. Mortalidade e morbilidade

O consumo de tabaco está associado ao aparecimento de cancro em diferentes localizações, bem como, de múltiplas patologias do foro respiratório e cardiovascular. Estas patologias surgem cerca de dez a vinte anos após o início do consumo de tabaco, pelo que o impacte da Lei em termos de morbilidade e mortalidade apenas se fará sentir a médio e longo prazo. [8,26,27]

De acordo com a literatura, algumas doenças, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, e os internamentos por doença isquémica aguda do miocárdio, registam uma diminuição, na sequência da redução do consumo de tabaco na população e o aumento da proporção de fumadores que param de fumar [9,28]. Um estudo recentemente publicado, que organiza e sumaria a evidência existente (revisão sistemática com meta-análise) mostra a associação entre as proibições de fumar em espaços públicos e a diminuição do risco de internamento por Doença Isquémica cardíaca. [10]

No caso da doença isquémica cardíaca, tendo Portugal uma das mais baixas taxas de internamento e mortalidade e uma das mais baixas taxas de prevalência de fumadores, no contexto da União Europeia, não são esperados decréscimos significativos no conjunto da população, a curto prazo, já que o potencial de melhoria não é tão elevado como o registado em países em que aquelas frequências são mais elevadas.

No entanto, existem subgrupos onde a prevalência de consumo de tabaco (por exemplo, homens e mulheres dos 35 aos 44 anos) é relativamente elevada, pelo que serão de esperar melhorias mais rápidas nos indicadores referidos no parágrafo anterior, neste grupo etário.

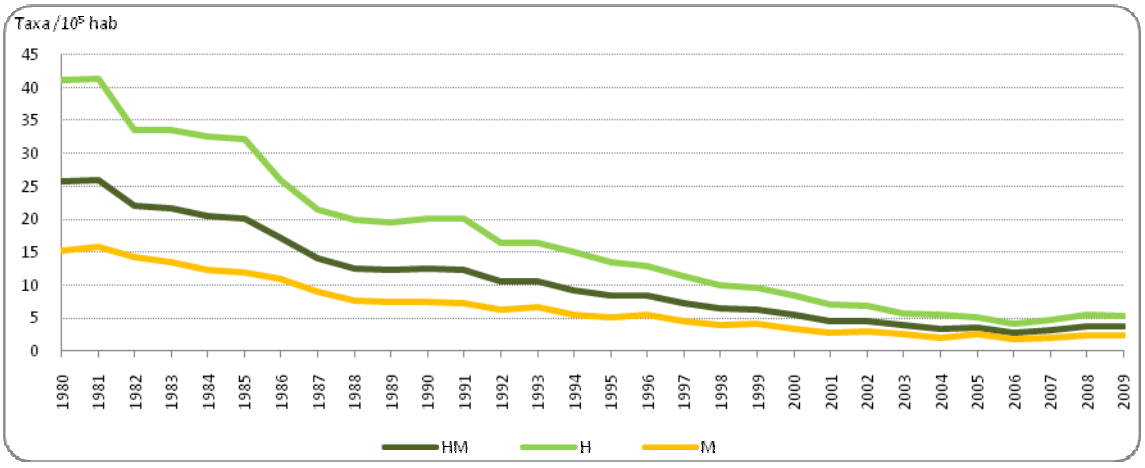
3.3.1. Mortalidade por doenças associadas ao tabaco (doença isquémica cardíaca, cancro do pulmão e doença pulmonar obstrutiva crónica)

A mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) decresceu de forma contínua e acentuada desde a década de 1980, encontrando-se nos últimos anos numa fase de estabilização (Figura 8).

As flutuações anuais não têm sido importantes e poderão estar associadas a maior ou menor intensidade da gripe sazonal, factor habitual, entre outros, de descompensação da DPOC.

Não existe, de momento, qualquer evidência de relação da evolução da taxa de mortalidade por DPOC com a Lei do tabaco.

Figura 8. Taxas de mortalidade padronizada por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Portugal 1980-2009

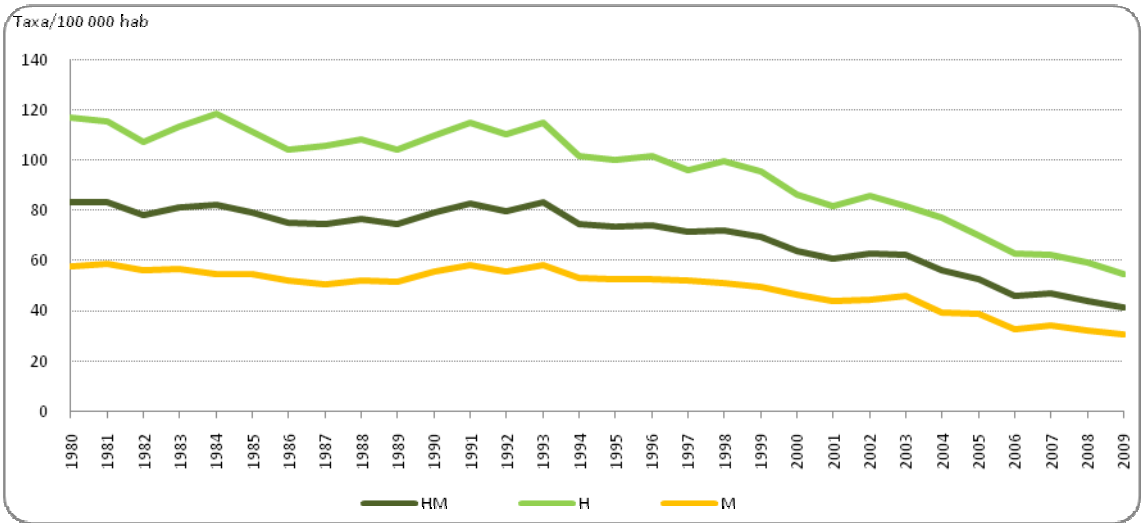


Fonte: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009

A taxa de mortalidade por doença isquémica cardíaca, baixa no contexto europeu, tem revelado uma tendência decrescente contínua, existindo pouco espaço para diminuições substanciais a curto ou médio prazo (Figura 9).

Em 2008 e 2009 verificou-se uma pequena descida da taxa de mortalidade, embora nada indique que este facto se relacione directamente com a entrada em vigor da Lei do tabaco. No entanto é um dado positivo que deve continuar a ser monitorizado.

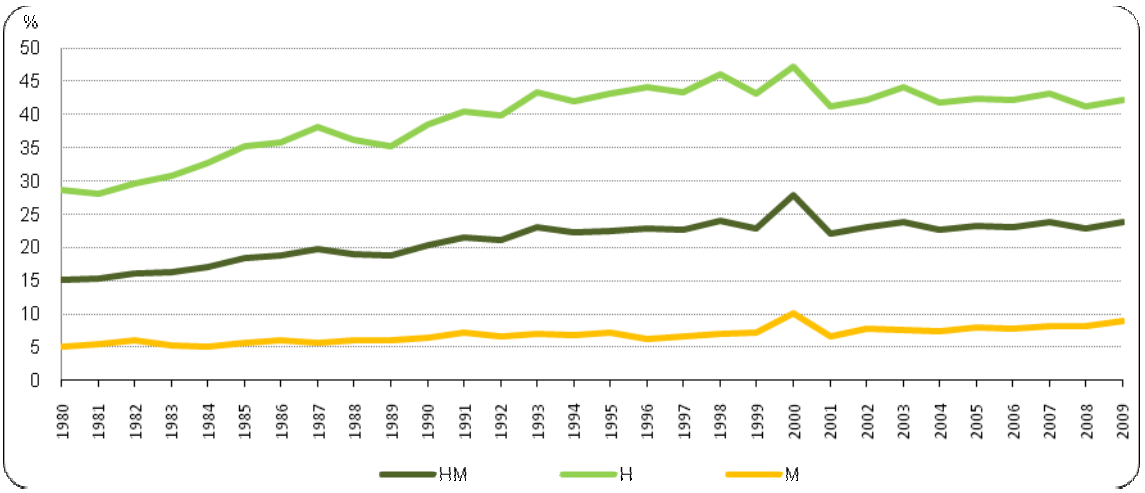
Figura 9. Taxas de mortalidade padronizada por Doença Isquémica Cardíaca, Portugal 1980-2009



Fonte: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009

A Figura 10 apresenta as taxas de mortalidade por tumor maligno do pulmão, de 1980 a 2009.

Figura 10. Taxas de mortalidade padronizadas por Tumor Maligno do Pulmão, Portugal 1980-2009



Fonte: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009

A mortalidade por cancro do pulmão, em aumento contínuo desde antes de 1980, estabilizou nos finais da década de 1990 (Figura 10), à semelhança do que se observa em alguns países, provavelmente mais em resultado dos esforços de prevenção do consumo de tabaco e de promoção da saúde mantidos

desde há mais de 20 anos nesta área, do que aos ganhos terapêuticos ocorridos nos últimos anos. Em Portugal, à semelhança do verificado noutros países, a incidência deste tipo de cancro nas mulheres terá tendência a aumentar, se a actual tendência de aumento do consumo de tabaco se mantiver.

Em 2008, assistiu-se a um decréscimo desta taxa de mortalidade no sexo masculino, com reflexo ainda no conjunto dos dois sexos e uma completa estagnação no sexo feminino. Em 2009, a mesma taxa sofreu agravamento nos dois sexos.

A mortalidade por cancro do pulmão tem um potencial de redução bastante importante e será, provavelmente, nesta doença que se virão a fazer sentir, a médio e longo prazo, as influências da actual Lei do tabaco. Para já, como expectável, não existe qualquer evidência de impacto da Lei do tabaco na evolução da taxa de mortalidade padronizada desta doença.

3.3.2. Doenças associadas ao tabaco: carga de doença e impacte na mortalidade

Segundo Borges *et al*., em Portugal, estima-se que morram anualmente cerca de 12.500 pessoas por doenças associadas ao tabaco - 11,7% das mortes anuais. [29]

Segundo os mesmos autores, a proporção da carga da doença atribuível ao tabaco, medida em anos de vida ajustados por incapacidade – disability adjusted life years (DALY), é de 11,2%. [29]

Existem diferenças acentuadas entre os sexos: nos homens, 15,4% da carga da doença e 17,7% das mortes são atribuíveis ao consumo de tabaco, enquanto que, no sexo feminino, este consumo é responsável por 4,9% da carga da doença e 5,2% das mortes. [29]

Se os fumadores abandonassem o tabagismo e passassem a experimentar o risco médio das populações de ex -fumadores, o qual é superior ao dos nunca fumadores mas inferior ao dos fumadores, a carga da doença medida pelos DALY poderia reduzir-se em 5,8% (7,8% dos homens e 2,8% das mulheres) e as mortes em 5,8% (8,5% homens e 2,9% mulheres). [29]

3.3.3. Episódios de internamento por doenças associadas ao tabaco (asma, doença isquémica cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica e tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão)

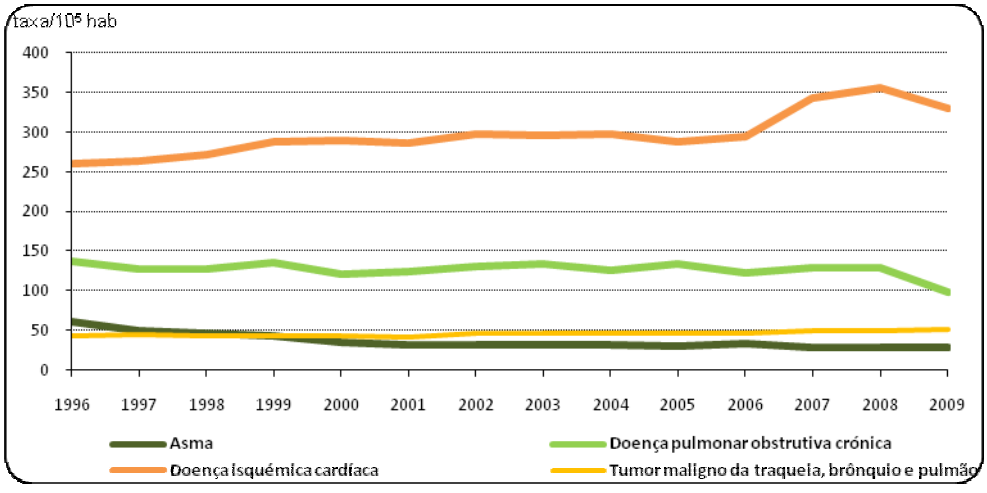
Como referido acima existe evidência científica que para algumas doenças, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a doença isquémica cardíaca (DIC) há diminuição de episódios de internamento após a redução á exposição ao fumo do tabaco.[9,10,28]

Os episódios de internamento por doença isquémica cardíaca (DIC) tiveram um crescimento consistente desde 1996 com um aumento substancial nos anos de 2007 e 2008 e em 2009 teve um decréscimo, o primeiro em 16 anos (Figura 11).

Por sua vez a taxa de episódios de internamento por DPOC manteve-se quase inalterável em 1996 e 2008, observando-se um ligeiro decréscimo em 2009 (Figura 11).

No tumor maligno da traqueia, brônquio e pulmão verifica-se grande estabilidade na frequência dos internamentos observando-se uma muito ténue evolução de crescimento da respectiva taxa de internamento. Relativamente à asma verifica-se uma lenta tendência de declínio dos internamentos, parecendo haver estabilização nos últimos anos (Figura 11).

Figura 11. Doentes saídos por 100.000 habitantes nos hospitais públicos do Continente no período 1996-2009



Fonte: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. Base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos

Neste capítulo fez-se uma resenha da informação disponível sobre aspectos de saúde relacionados com o tabaco.

A prevalência do consumo de tabaco em Portugal não se encontra distribuída de forma homogénea na população, sendo mais elevada nos homens do que nas mulheres [19].

O consumo de tabaco na população de 15 e mais anos de idade é apresentado a partir do resultado de duas séries de estudos: os Inquéritos Nacionais de Saúde (Apêndice 1, 1.1, página 107) e um conjunto de estudos de opinião realizados em 2006, 2007 e 2010 (Apêndice 1; 1.3, página 109). Apresentam-se ainda os estudos ECOS (Em Casa Observamos Saúde, Apêndice 1, 1.2, página 108) para uma população de 18 ou mais anos.

- Segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde a prevalência de fumadores tem diminuído de forma ligeira ao longo dos últimos 20 anos. Nos homens, a proporção de fumadores diários tem revelado uma tendência decrescente, enquanto que, nas mulheres, essa tendência tem sido crescente, com a proporção de fumadoras a aumentar de forma regular, em especial nas idades mais jovens.

- Considerando a população de 18 e mais anos estudada em três estudos ECOS, em 2005, 2008 e 2010, não parece evidenciar-se a continuação da tendência de decréscimo observada nos INS entre 1987 e 2005/2006. Estes estudos não evidenciam diferenças estatisticamente significativas na prevalência de fumadores entre 2005 e 2010.

- Em relação à população estudada numa série de estudos de opinião, realizados em 2006, 2007 e 2010 observou-se um decréscimo de 5% de fumadores de 2007 para 2010. Por sexos observou-se o mesmo nível de evolução com decréscimo de também aproximadamente de 5% em cada grupo, eventualmente mais relevante nas mulheres por a respectiva prevalência ser menor que nos homens. Com base nos resultados destes três estudos não é possível afirmar que as diferenças observadas são significativamente diferentes sob o ponto de vista estatístico, dada a sobreposição dos intervalos de 95% de confiança.

Os dados de prevalências disponíveis não permitem, de momento, afirmar que esteja a ocorrer uma tendência de decréscimo de fumadores. Assim não é possível concluir que tenha existido um impacte significativo da aplicação da Lei na evolução da proporção de fumadores. É no entanto de salientar que não se observou qualquer evidência de aumento da prevalência de fumadoras.

A prevalência de fumadores varia com o grau de escolaridade, observando-se menores prevalências nos homens mais escolarizados, ao invés de maiores prevalências nas mulheres com maior escolaridade.

As pessoas desempregadas revelam frequências de consumo de tabaco superiores à restante população.

Os dados disponíveis relativos à população escolar, em particular aos alunos do ensino secundário, permitem observar uma tendência decrescente nas prevalências de consumo.

A exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa parece estar a diminuir:

- Embora as perguntas relativas à exposição ao fumo do tabaco em casa não sejam completamente comparáveis nos estudos do Eurobarómetro realizados em 2006 e 2009, a percentagem de inquiridos em Portugal que responderam que "não é permitido fumar em minha casa" aumentou de 29% em 2006 para 66% em 2009. [3,4]

- Segundo o estudo ECOS-Infotabaco, do INSA [5], realizado em 2010, a grande maioria dos respondentes, cerca de 84,3%, referiu que no interior da sua casa ninguém fumava ("Não, ninguém fuma" foi a resposta escolhida em detrimento das respostas "Sim, apenas as visitas" ou "Sim, qualquer pessoa, residente ou não").

- No estudo de 2008 [7], 43% dos fumadores entrevistados declarou fumar em casa todos os dias, e 10% apenas ocasionalmente, não tendo sido obtida evidência de um eventual aumento na percentagem de inquiridos que fumava em casa depois da entrada em vigor da Lei.

Em relação à exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho, Portugal apresenta o maior decréscimo de prevalência referida de tabagismo passivo no local de trabalho de 2005 para 2010 (cerca de 20%). [2]

Em relação á mortalidade e à morbilidade em algumas doenças associadas ao tabaco, regista-se que os episódios de internamento por doença isquémica cardíaca tiveram em 2009 o primeiro decréscimo em 16 anos. Observou-se um ligeiro decréscimo em 2009 da taxa de episódios de internamento por DPOC.

Capítulo IV – Protecção da exposição ambiental ao fumo do tabaco

O cumprimento da lei é apreciado neste capítulo em relação a: i) Serviços de saúde; ii) escolas; iii) estabelecimentos do ensino superior; iv) Câmaras Municipais; v) empresas públicas e privadas; vi) estabelecimentos de restauração.

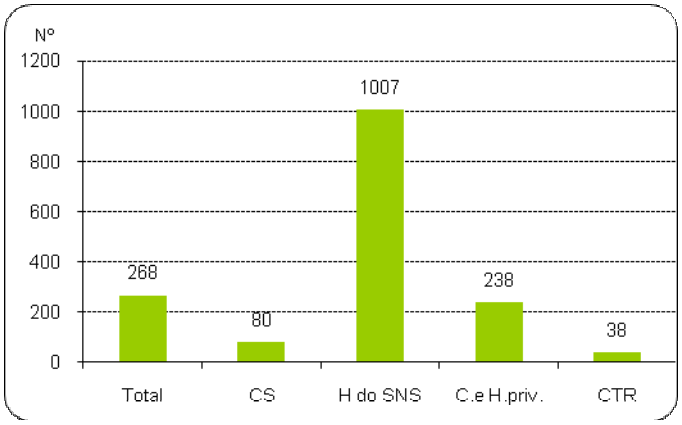
4.1. Serviços de saúde

A avaliação do grau de cumprimento da Lei nos serviços de saúde foi efectuada no primeiro trimestre de 2009, reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008, tendo por base a aplicação de um questionário, por via electrónica, aos centros de saúde (313) e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (102), clínicas e hospitais privados (99) e aos centros de tratamento e reabilitação de tóxico dependentes e de alcoólicos (106), num total de 620 estabelecimentos de saúde (Apêndice 1, 1.5; página 111).

A taxa de resposta dos estabelecimentos de saúde contactados foi de 70,5% (437): 79,9% (250) dos centros de saúde, 77,5% (79) dos hospitais do SNS, 59,6% (59) das clínicas e hospitais privados e 46,2% (49) dos centros de tratamento e reabilitação.

O número médio de profissionais por estabelecimento de saúde respondente, em 2008, foi de 268 (Figura 12).

Figura 12. Número médio de profissionais por tipo de estabelecimento de saúde inquirido



Fonte: Direcção-Geral de Saúde, Inquérito aos estabelecimentos de saúde, Apêndice 1; 1.5, página 111

O número médio de utentes atendidos por dia nestes estabelecimentos, em 2008, foi de 400: 377 em centros de saúde, 597 em hospitais do SNS, 332 em clínicas e hospitais privados e 150 em centros de tratamento e reabilitação.

O número médio de doentes internados por dia foi de 100: 21 em centros de saúde, 140 em hospitais do SNS, 76 em clínicas e hospitais privados e 27 em centros de tratamento e reabilitação.

4.1.1. Cumprimento da proibição de fumar

Dos 437 estabelecimentos de saúde que responderam ao inquérito (Apêndice 1, 1.5; página 111), no ano de 2008, 347 (79,4%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar, por parte dos seus profissionais. Dos mesmos 437, 366 (83,8%), tinham cumprimento integral da proibição de fumar, por parte dos seus utentes (Tabela 25).

Tabela 25. Percentagem de utentes e profissionais dos diferentes tipos de estabelecimentos de saúde respondentes ao inquérito do DGS, por grau de cumprimento da proibição de fumar, 2008

Grau de cumprimento da proibição de fumar		Centros de Saúde (n=250)		Hospitais do SNS (n=79)		Clínicas e hospitais privados (n=59)		Centros de Tratamento e Reabilitação (n=49)	
		Prof.	Utentes	Prof.	Utentes	Prof.	Utentes	Prof.	Utentes
Incumprimento	%	1,2	1,2	0	0	0	0	0	0
	n	3	3	0	0	0	0	0	0
Cumprimento parcial	%	11,6	2,0	46,8	32,9	18,6	32,2	20,4	36,9
	n	29	5	37	26	11	19	10	18
Cumprimento integral	%	87,2	96,8	53,2	67,1	81,4	67,8	79,6	63,3
	n	218	242	42	53	48	40	39	31

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos estabelecimentos de saúde,Apêndice 1; 1.5, página 111

Notas: SNS – Serviço Nacional de Saúde; DGS – Direcção-Geral da Saúde; Prof – profissionais; n – número de estabelecimentos de saúderespondentes

De entre os estabelecimentos de saúde respondentes, em 2008 foi levantado um auto de notícia, num hospital, por violação da proibição de fumar por parte de profissionais de saúde e 430 (98,4%) não tinham nenhum registo de reclamações. Registaram-se dez reclamações, três em centros de saúde e sete em hospitais do SNS, das quais seis foram por violação da proibição de fumar por parte de profissionais de saúde.

4.1.2. Criação de áreas para pacientes fumadores, em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependência e de alcoologia

Relativamente ao ano de 2008, dos 437 estabelecimentos de saúde que responderam ao mesmo inquérito (Apêndice 1, 1.5; página 111), 125 (28,6%) correspondiam a estabelecimentos de saúde com serviços de psiquiatria, centros de tratamento e reabilitação de toxicodependência e centros de tratamento e reabilitação de alcoologia ou similares.

Estes 125 estabelecimentos de saúde, 66 (52,8%), tinham duas ou três destas valências (serviços de psiquiatria, centro de tratamento e reabilitação de toxicodependência e centro de tratamento de alcoologia), o que correspondeu a um total de 191 valências distribuídas da seguinte forma:

- 75 (39,3%) serviços de psiquiatria;
- 64 (33,5%) centros de tratamento e reabilitação de toxicodependência;
- 52 (27,2%) centros de tratamento e reabilitação de alcoologia ou similares.

Os profissionais destes estabelecimentos representavam 59,4% (60.752) do total de profissionais de todos os estabelecimentos de saúde que responderam ao inquérito.

O número médio de profissionais era de 502, o de utentes atendidos por dia era de 34, o de doentes internados por dia era de 68 e o de visitantes por dia era de 52.

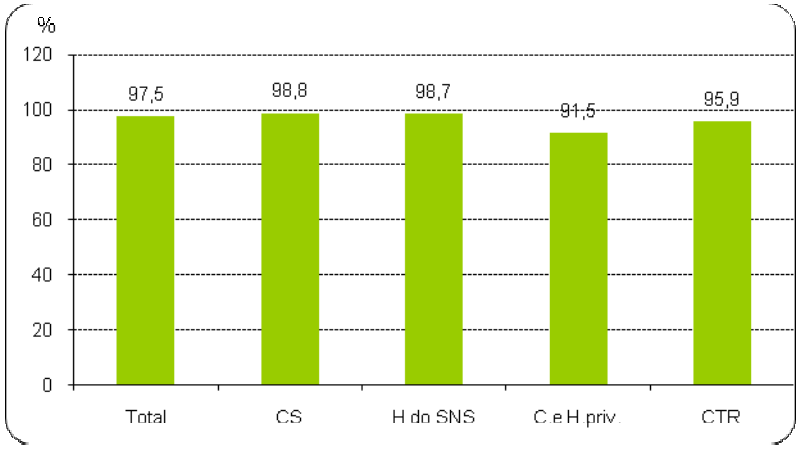
Em 61 (48,8%) destes estabelecimentos de saúde, foram criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores, das quais, 56 (91,8%) estavam sinalizadas com afixação de dísticos em locais visíveis. Também foram afixados dísticos, em mais oito (6%) destes estabelecimentos que não tinham espaço próprio para pacientes fumadores.

Das áreas destinadas a pacientes fumadores, 47 (77,0%) cumpriam o disposto na Circular Normativa DGS nº 1/DIR, de 6/2/08. Para as 14 (22,9%) que não cumpriam os motivos alegados foram, na maioria, a carência de verbas para as adaptações necessárias ou a impossibilidade de realização das adaptações necessárias por motivos estruturais do edifício.

4.1.3. Afixação de dísticos

Em 426 (97,5%) do total dos estabelecimentos de saúde que responderam, foram afixados dísticos de sinalização de fumar: 247 (98,8%) dos centros de saúde, 78 (98,7%) dos hospitais do SNS, 54 (91,5%) das clínicas e hospitais privados e 47 (95,9%) dos centros de tratamento e reabilitação (Figura 13).

Figura 13. Percentagem de estabelecimentos de saúde que afixaram dísticos em 2008



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos estabelecimentos de saúde, Apêndice 1; 1.5, página 111

4.1.4. Venda de tabaco

No ano de 2008, não foi referida a venda de produtos de tabaco em nenhum estabelecimento de saúde, à excepção de 12 (19,6%) dos estabelecimentos de saúde que dispõem de serviços de psiquiatria, de centros de tratamento e reabilitação de toxicodependência e de alcoologia ou similares.

4.2. Escolas

O Programa Nacional de Saúde Escolar, coordenado pela DGS, promove anualmente a avaliação das condições de higiene, segurança e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino pré-escolar, básico e secundário, do ensino público.

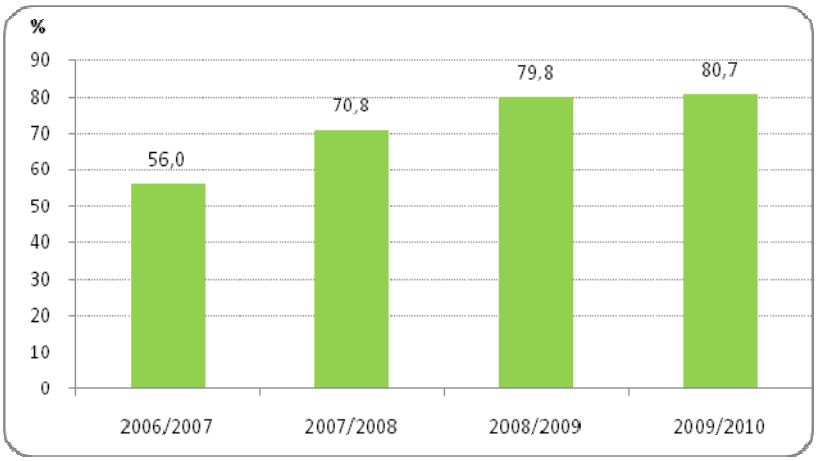
No ano lectivo 2009/2010 foram avaliados 1.873 estabelecimentos e no ano 2008/2009 1.492.

Tendo por base os dados recolhidos no ano lectivo 2009/2010, dos 1.873 estabelecimentos que responderam, 1.512 (80,7%; IC 78,9%;82,5%) responderam que respeitam a legislação. Em 2008/2009,

dos 1.492 estabelecimentos avaliados relativamente a esta matéria, 1.191 (79,8%; IC 77,7%; 81,8%) responderam que respeitam a legislação.

A Figura 14 apresenta a evolução, desde o ano lectivo de 2006/2007 da percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei do tabaco (nos anos anteriores a 2008 refere-se à legislação do tabaco então aplicável).

Figura 14. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, nos anos lectivos de 2006-2007 até 2009-2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Programa de Saúde Escolar

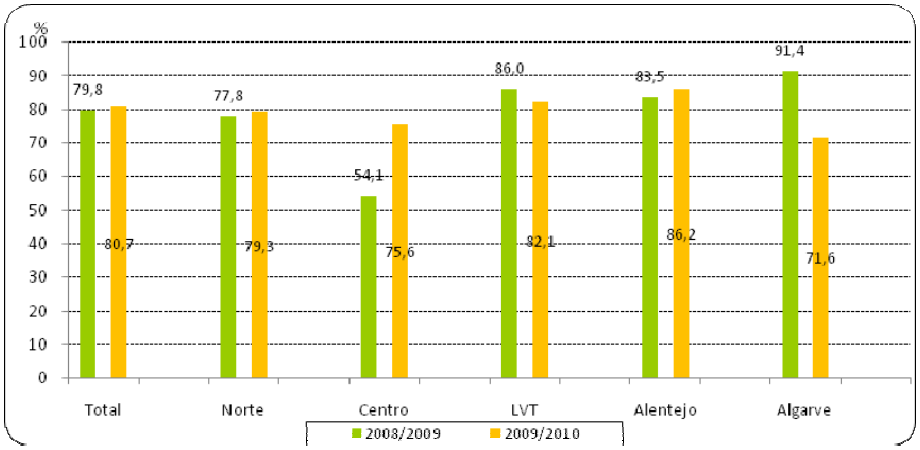
Nota: Em comunicado da NESASE recebido a 31/1/2011, atendendo ao conhecimento do conteúdo do relatório Infotabac na versão de dia 26 de Janeiro e aos "contactos telefónicos efectuados directamente com os directores/coordenadores das escolas assinaladas na lista da DGS como tendo declarado não cumprir a Lei (2009-2010)" foi solicitada a correcção do valor de 80,7 para 99,9% no ano lectivo de 2009/2010.

Nota: Conferir no Apêndice 4; NESASE - Núcleo de Educação para a Saúde, Acção Social Escolar e Apoios Educativos da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação

Como se pode verificar na Figura 15, por regiões de saúde, no ano lectivo 2009/2010, o Alentejo era a região que apresentava a melhor percentagem de cumprimento da Lei do tabaco nas escolas, 86,2% (200/232). No Algarve, 28,4% (19/67) das escolas não cumpria a Lei do tabaco.

No ano lectivo 2008/2009, a região do Algarve era aquela que apresentava a melhor percentagem de cumprimento da Lei do tabaco nas escolas, 91,4% (IC 83,0%; 96,3%; 74/81) e a região Centro a que tinha o pior cumprimento da Lei nas escolas avaliadas, 54,1% (IC 47,1%; 61,1%; 11/205) e não cumpriam 45,9% (IC 38,0%; 52,9%; 94/205) das escolas.

Figura 15. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, por regiões, nos anos lectivos de 2008-2009 e 2009-2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Programa de Saúde Escolar

Em Junho de 2009, com o objectivo de melhorar a avaliação do cumprimento da Lei do Tabaco nas escolas foram adicionadas quatro novas questões ao formulário (Tabela 26).

Tabela 26. Aspectos de cumprimento da Lei nos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, nos anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010

Aspectos de cumprimento da Lei		Anos lectivos	
		2008/2009 (n=767)	2009/2010 (n=1.873)
A escola interditou completamente o consumo de tabaco em todo o espaço escolar	**%**	97,5%	98,4%
	IC	(96,2;98,5%)	(97,7%;98,9%)
	n	748	1844
Afixação de dísticos de proibição de fumar, colocados em locais bem visíveis	**%**	56,3%	36,5%
	IC	(52,7%;59,9%)	(34,3%;38,7%)
	n	432	684
Número de escolas com queixas relativamente ao consumo de tabaco no interior da escola	**%**	0,7%	1,2%
	IC	(0,2%;1,5%)	(0,8%;1,8%)
	n	5	23
A escola desenvolveu iniciativas de promoção da saúde e de prevenção do consumo de tabaco	**%**	88%	86,0%
	IC	(85,5%;90,2%)	(84,3%;87,5%)
	n	675	1611

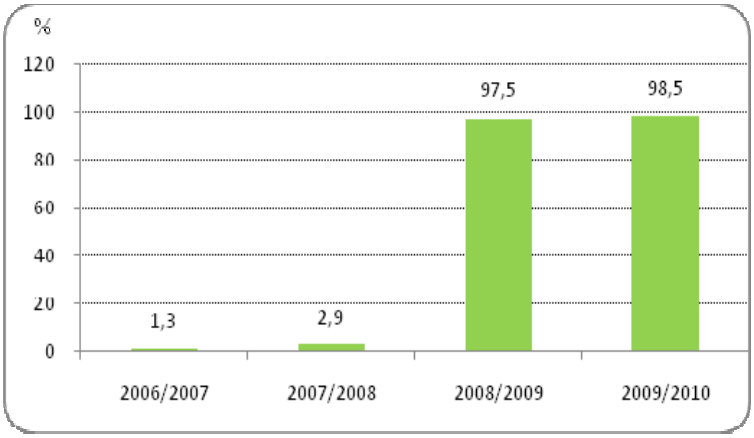
Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Programa de Saúde Escolar
Nota: n – número de escolas que responderam; como a pergunta foi introduzida em Junho, das 1.492 escolas avaliadas no ano 2008/2009, já só 767 responderam a este grupo de questões

Nota: Em comunicado da NESASE recebido a 31/1/2011, atendendo ao conhecimento do conteúdo do relatório Infotabac na versão de dia 26 de Janeiro e aos "contactos telefónicos efectuados directamente com os directores/coordenadores das escolas assinaladas na lista da DGS como tendo declarado não cumprir a Lei (2009-2010)" foi solicitado a correcção do valor de 98,4% para 99,9% na linha A escola interditou completamente o consumo de tabaco em todo o espaço escolar, para o ano lectivo 2009/2010.

Nota: Conferir no Apêndice 4; NESASE - Núcleo de Educação para a Saúde, Acção Social Escolar e Apoios Educativos da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação

Em relação à interdição de fumar em todo o espaço escolar, a DGS possui informação referente aos anos lectivos 2006/2007 até 2009/2010 (Figura 16) que sugere a mudança introduzida pela Lei, com interdição de fumar em todo o espaço escolar em 97,5% das escolas no ano lectivo de 2008-2009 e 98,4% no ano seguinte (não sendo, no entanto a diferença ente os anos lectivos 2008-2009 e 2009-2010 estatisticamente significativa).

Figura 16. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário com interdição de fumar em todo o espaço escolar, nos anos lectivos de 2006/2007 a 2009/2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Programa de Saúde Escolar

Nota: Em comunicado da NESASE recebido a 31/1/2011, atendendo ao conhecimento do conteúdo do relatório Infotabac na versão de dia 26 de Janeiro e aos "contactos telefónicos efectuados directamente com os directores/coordenadores das escolas assinaladas na lista da DGS como tendo declarado não cumprir a Lei (2009-2010)" foi solicitado a correcção do valor de 98,5% para 99,9% no ano lectivo 2009/2010.

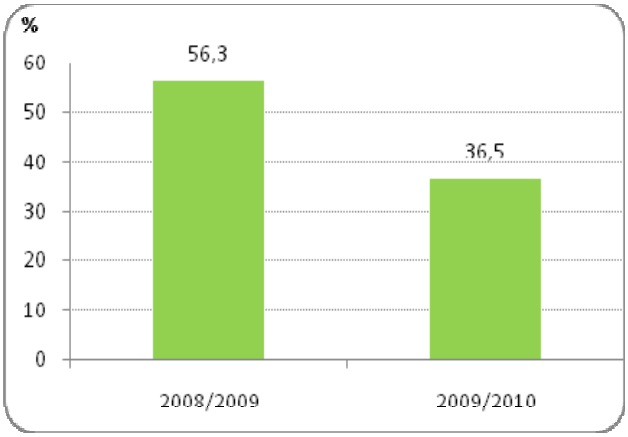
Nota: Conferir no Apêndice 4; NESASE - Núcleo de Educação para a Saúde, Acção Social Escolar e Apoios Educativos da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação

Em relação à pergunta "Existem dísticos de proibição de fumar colocados em locais bem visíveis?" é de salientar o decréscimo de percentagem de escolas que respondem afirmativamente de 56,3% em 2008/2009 para 36,5% das escolas em 2009/2010 (Tabela 26 e Figura 17).

Nota: Em comunicado da NESASE recebido a 31/1/2011, atendendo ao conhecimento do conteúdo do relatório Infotabac na versão de dia 26 de Janeiro e aos "contactos telefónicos efectuados directamente com os directores/coordenadores das escolas assinaladas na lista da DGS como tendo declarado não cumprir a Lei (2009-2010)" **declarou que todas as escolas interditaram completamente o consumo de tabaco no espaço escolar, apesar de não terem investido na afixação do dístico consignado em Lei.**

Nota: Conferir no Apêndice 4; NESASE - Núcleo de Educação para a Saúde, Acção Social Escolar e Apoios Educativos da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular do Ministério da Educação

Figura 17. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário que têm dísticos de proibição de fumar colocados em locais bem visíveis, nos anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Programa de Saúde Escolar

O número de escolas com queixas relativas ao consumo de tabaco no espaço escolar continua em níveis baixos podendo o ligeiro aumento traduzir uma maior consciência social relativamente aos malefícios do tabaco para a saúde (Tabela 26). Por outro lado, a percentagem de escolas com iniciativas relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção do consumo de tabaco diminuiu de 88 para 86% das escolas, não tendo, no entanto, esta descida, significado estatístico (Tabela 26).

4.3. Estabelecimentos do ensino superior

Esta avaliação resultou da aplicação, em 2009, de um questionário aos estabelecimentos do ensino superior, públicos e privados do Continente, que ministravam os cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Medicina Dentária, na sequência do estipulado no nº 4 do artigo 20º da Lei do tabaco (Apêndice 1; 1.6, página 111).

Dos 64 estabelecimentos do ensino superior contactados, responderam 38 (59,4%,Tabela 27).

Tabela 27. Estabelecimentos do ensino superior respondentes por regiões, 2008

Região de Saúde	Nº de estabelecimentos contactados	Nº de estabelecimentos respondentes	Nº de cursos respondentes
Alentejo	3	3	3
Algarve	4	1	2
Centro	15	8	10
Lisboa e Vale do Tejo	16	10	10
Norte	26	16	21
Total	64	38	46

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos estabelecimentos do ensino superior, Apêndice 1; 1.6, página 111
Notas: IC – Intervalo de Confiança

Estes 38 estabelecimentos ministravam um total de 46 cursos. Destes 46, 22 (57,9%) eram públicos e correspondiam a 53,4% do total de alunos.

Dos 38 estabelecimentos que responderam, 37 (97,4%; IC 86,5%-99,8%) tinham dísticos afixados. O estabelecimento que referiu não ter dísticos, tinha, no entanto, cumprimento integral da proibição de fumar, realizava actividades sobre esta temática e contemplava esta matéria em plano curricular.

Trinta e seis estabelecimentos (94,7%; IC 82,7%-99,1%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar na instituição, 31 (79,5%; IC 63,5%-90,5%) contemplavam esta matéria em plano curricular e 28 (77,7%; IC 57,9%; 86,7%) realizavam actividades sobre esta temática.

Relativamente aos 46 cursos ministrados nos estabelecimentos que responderam, 33 (71,7%; IC 56,6%; 81,9%) realizavam actividades sobre esta temática. Trinta e seis cursos (78,3%; IC 63,6%; 88,9%) contemplavam esta matéria em plano curricular:

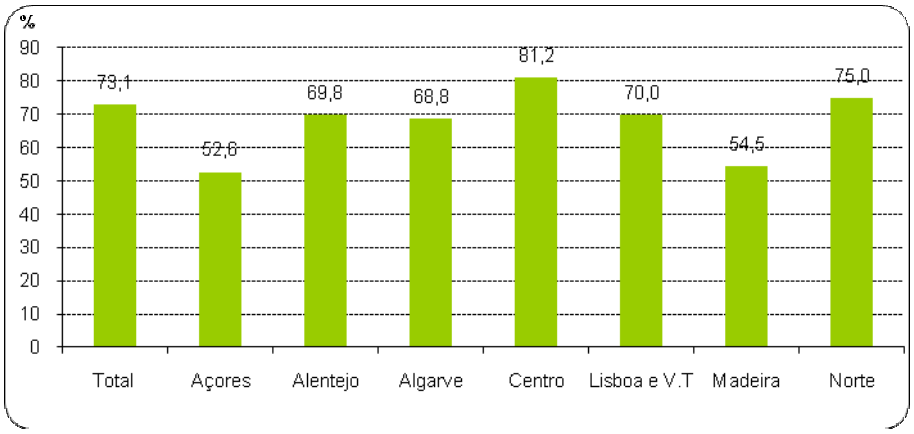
- 75,0% dos cursos de Enfermagem (48 disciplinas em 18 estabelecimentos)
- 71,4% dos cursos de Farmácia (24 disciplinas em 5 estabelecimentos)
- Os dois cursos de Medicina e os dois de Medicina Dentária, cada curso com duas disciplinas ou módulos em anos diferentes.

4.4. Câmaras Municipais

A avaliação apresentada resultou da aplicação em 2009, de um questionário às Câmaras Municipais (Apêndice 1; 1.7, página 112).

Dos 308 organismos públicos contactados, responderam 225 (73,1%, Figura 18).

Figura 18. Percentagem de Câmaras Municipais que responderam ao inquérito da DGS, por regiões, 2008



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito às Câmaras Municipais, Apêndice 1; 1.7, página 112

Dos 225 organismos públicos que responderam 204 (90,7%; IC 86,1%;94,1%) tinham dísticos afixados e 57 (25,3%; IC 19,8%; 31,5%) desenvolviam acções de informação e educação para a saúde sobre o consumo de tabaco.

Foram criadas consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou celebraram protocolo com outra instituição com consulta de cessação tabágica 25 (11,1%; IC 7,3%;16,0%) Câmaras.

178 Câmaras (79,5%; 73,2%;84,2%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar e 44 (19,6%; 14,6;25,3%) tinham cumprimento parcial, por parte dos seus profissionais. 207 (92,8%; IC 87,7%;95,2%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar e 14 (6,3%) tinham cumprimento parcial, por parte dos seus utentes. Havia incumprimento em dois organismos (6,3% IC 3,4%;10,2%), quer por parte dos seus profissionais, quer por parte dos seus utentes.

Nenhuma Câmara (0%; IC 0,0%-1,6%) tinha reclamações registadas por motivo de incumprimento da Lei do tabaco. 33 (14,7%; IC 0,3%;20,0%) tinham espaço próprio para fumadores, dos quais, 25 (75,8%) tinham área compartimentada. Destes 33 organismos, cinco (15,2%) tinham sistema de ventilação e sete (21,2%) tinham sistema de extracção de ar directo para o exterior.

4.5. Empresas públicas e privadas

Esta avaliação resultou da aplicação de um questionário, pela Direcção-Geral da Saúde, às primeiras 365 empresas do ranking das 500 maiores empresas de Portugal divulgadas em 2007 pela revista Exame (Apêndice 1; 1.8, página 112). A informação recolhida é relativa ao ano de 2008.

Destas 365 empresas contactadas responderam 211 (57,8%), o que correspondia a 120.133 trabalhadores (Tabela 28).

Tabela 28. Distribuição de trabalhadores por tipo de empresa, em 2008

Tipo de empresa	Nº de empresas	% empresas	Nº trabalhadores	%trabalhadores
≤ 500 trabalhadores	153	72,5	29.623	24,7
> 500 trabalhadores	58	27,5	90.510	75,3
Total	211	100	120.133	100

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito às empresas públicas e privadas, Apêndice 1; 1.8, página 112

Das 211 empresas que responderam, 196 (92,9%; IC 88,5%;95,9%) tinham dísticos afixados. 101 (47,9%; IC 41,0%;54,8%) desenvolveram acções de informação e educação para a saúde sobre o consumo de tabaco.

Foram criadas consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou celebraram protocolo com outra instituição com consulta de cessação tabágica, 58 (27,5%; IC21,6%;34,0%) empresas.

Das empresas respondentes, 176 (85,0%; IC 77,7%;88,1%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar na organização, por parte dos seus profissionais e 172 (81,5%; IC 75,6%;86,5%), tinham cumprimento integral da proibição de fumar na organização, por parte dos seus clientes. Havia incumprimento apenas numa mesma empresa, quer por parte dos seus profissionais, quer por parte dos seus clientes.

209 (99,1%; IC96,6%;99,8%) empresas não tinham nenhum registo de reclamações. Das cinco reclamações havidas, uma foi por falta de espaços para fumar e as outras quatro, na mesma empresa, foram por violação da proibição de fumar por parte de clientes.

90 empresas (42,7%; IC 35,9%;49,6%) tinham espaço próprio para fumadores, dos quais, 68 (75,7%) tinham área compartimentada. Destas 90 empresas, duas tinham sistema de ventilação, 31 (34,4%) tinham sistema de extracção de ar directo para o exterior e 15 (16,7%) tinham ambos os sistemas.

4.6. Estabelecimentos de restauração

4.6.1. Avaliação do cumprimento da Lei do Tabaco em estabelecimentos de restauração

Foram visitados por amostragem aleatória por aglomerados geográficos 175 estabelecimentos de restauração dispersos pelo território do Continente incluindo regiões urbanas e rurais, entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011 (Apêndice 1; 1.15, página 118).

Destes 4% apresentavam incumprimento da Lei, por ausência de dístico, pela presença de dísticos não regulamentar ou pela classificação inadequada em função da área.

Nos estabelecimentos com mais de 100 metros quadrados os responsáveis indicaram que em 76,3% dos casos não era permitido fumar em todos os espaços fechados e nos estabelecimentos com menos de 100 metros quadrados foi indicado o mesmo em 79,3% dos casos.

Tabela 29. Caracterização da afixação de dísticos em estabelecimentos de restauração em 2010/2011

	Área do estabelecimento					
	Mais de 100 m2		Menos de 100 m2		Total	
	%	n	%	n	%	n
Ausência de dístico visível	1,7	1	2,6	3	2,3	4
Apenas dístico azul	6,8	4	19,0	22	14,9	26
Apenas dístico vermelho	79,7	47	76,7	89	77,7	136
Ambos	10,2	6	-	-	3,4	6
Dístico azul não regulamentar	-	-	0,9	1	0,6	1
Dístico vermelho não regulamentar	1,8	1	0,9	1	1,1	2
Total	100	59	100	116	100	175

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

Em 3,4% dos estabelecimentos com mais de 100 metros quadrados foi referido que era permitido fumar em todo o espaço. Em 10,2% dos estabelecimentos com mais de 100 metros quadrados o espaço destinado aos fumadores não era compartimentado. Em 81,1% dos estabelecimentos onde é permitido fumar no todo ou em parte do espaço já tinha ou instalou dispositivos de ventilação que impede que o fumo se espalhe e extracção directa para o exterior, visando dar cumprimento à Lei do tabaco. Nos estabelecimentos com ventilação 21,2% possuem termo de responsabilidade que atesta a conformidade dos dispositivos de ventilação e de extracção de ar com os requisitos impostos pela Lei, no entanto, em 6,1% não foi possível consultar o certificado.

A maioria (79,4%) dos estabelecimentos pretende manter a sua classificação enquanto 4,6% pensa em mudá-la. Todavia, 16,0% dos responsáveis ainda não tomaram uma decisão ou não quis responder.

Tabela 30. Intenção de mudar a classificação do espaço relativamente ao consumo de tabaco em estabelecimentos de restauração em 2010/2011

Dísticos	Total		Manutenção da opção sobre o tipo de espaço							
			Manter-se		Mudar		Não sabe		Não responde	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Ausência de dístico visível	2,3	4	2,2	3			12,5	1		
Apenas dístico azul	14,9	26	2,2	3	12,5	1	25,0	2	100	20
Apenas dístico vermelho	77,7	136	91,4	127	50,0	4	62,5	5		
Dístico azul e dístico vermelho	3,4	6	3,6	5	12,5	1				
Dístico azul e não regulamentar	0,6	1			12,5	1				
Dístico vermelho e não regulamentar	1,1	2	0,7	1	12,5	1				
Total	100	175		139	100,0	8	100	8	100	20

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

De acordo com os entrevistados 66,7% dos estabelecimentos com dístico azul ou azul e vermelho nunca foram inspeccionados, sendo que 77,7% do total de estabelecimentos visitados nunca foram sujeitos a inspecções. Dos estabelecimentos inspeccionados somente um foi multado ou lhe foi levantado algum auto de notícia por causa da Lei do tabaco.

Tabela 31. Inspecção pela ASAE aos estabelecimentos de restauração em 2010/2011

Dísticos	Total		Inspecção pela ASAE					
			Não		Sim		Não sabe/ Não responde	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Ausência de dístico visível	2,3	4	2,9	4				
Apenas dístico azul	14,9	26	12,5	17	22,7	5	23,5	4
Apenas dístico vermelho	77,7	136	79,4	108	72,7	16	70,6	12
Dístico azul e dístico vermelho	3,4	6	2,9	4	4,5	1	5,9	1
Dístico azul e não regulamentar	0,6	1	0,7	1				
Dístico vermelho e não regulamentar	1,1	2	1,5	2				
Total	100	175	100	136	100	22	100	17

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração, Apêndice1, 1.15, página 118

Nos estabelecimentos com esplanada a maioria (89,4%) já tinha esplanada antes da entrada em vigor da Lei do tabaco e só cinco (7,6%) montou-a após esse momento. Não obstante, 18,2 dos entrevistados não sabem se já tinham esplanada antes ou não respondem.

Nos estabelecimentos com esplanada 10,9% dos responsáveis indicam terem introduzido melhorias após a entrada em vigor da Lei do tabaco mas, 9,4% não sabe ou não quis responder. Dos que introduziram melhorias sete estabelecimentos melhoraram o mobiliário e dois introduziram mantas.

As esplanadas observadas eram na maioria abertas (91,6%), 4,2% têm a possibilidade de ser encerradas e 1,4% são fechadas.

No momento da avaliação verificou-se que dos 136 estabelecimentos com dístico vermelho somente em um se verificou a presença de uma pessoa a fumar sem intervenção do proprietário e em outro observaram-se cinzeiros.

Em seis dos estabelecimentos com mais de 100 metros quadrados de área e em que se observavam dísticos vermelhos e azuis três tinham uma área para fumadores superior a 30% do espaço. Em dois dos estabelecimentos com espaço onde é permitido fumar possuíam para o efeito espaço compartimentado com porta ou outra separação física superior a 40% do espaço disponível e em outros dois observou-se espaço para fumadores, separado fisicamente das restantes instalações com área superior a 40%.

Em 2008, um estudo realizado na cidade de Braga com o objectivo de avaliar o cumprimento da nova legislação no sector da restauração, observou: i) 14 restaurantes com mais de 100m2; ii) 16 restaurantes com menos de 100m2; iii) 29 cafés, pastelarias, e similares; iv) 10 bares, pubs e discotecas. Este estudo mostrou que 76,8% dos locais da restauração e similares optaram por se declarar espaços sem fumo. A maior taxa de adesão encontrou-se nos restaurantes com mais de cem metros (85,7%) e a menor nas discotecas, bares e pubs (70,5%). Considerando apenas os estabelecimentos que se declaram para não fumadores, verificou-se, pelos indicadores utilizados, que era elevado o grau de cumprimento da Lei: i) entre 91, 7% e os 100% dos diferentes tipos de estabelecimentos apresentavam sinalética; ii) apenas uma pequena percentagem (8,3%) de restaurantes de menos que 100 m2 e 11,1 % dos bares para não fumadores, apresentavam cinzeiros; iii) percentagem inferiores a 10% de restaurantes com menos de 100m2 e cafés, tinham pontas de cigarros, cheiro a fumo e pessoas a fumar.

Fonte: Precioso, J. *et al*. Revista de Saúde Pública Florianópolis, Santa Catarina, Brasil v. 2, n. 1, Jan./Jul. 2009 [36]

Em 2008 realizou-se um estudo em quatro cidades portuguesas com o objectivo de avaliar a adesão e cumprimento da nova legislação do tabaco no sector da restauração e lazer.

Foram seleccionados aleatoriamente 30 estabelecimentos (cafés/pastelarias; restaurantes com menos e mais de 100 m2; discotecas/bares/pubs), em cada cidade, e foram visitados no horário de potencial maior actividade.

O estudo mostrou que 71% dos estabelecimentos tinham escolhido a proibição total de fumar. Nestes o cumprimento da lei foi superior a 90% em contraste com 50% nos estabelecimentos que optaram por ter áreas de fumadores.

Os autores sugeriram que a percentagem de 71% indica a grande aceitação social da lei. Os 50% de não cumprimento da lei, nos estabelecimentos com áreas de fumadores, pode indicar dificuldades em interpretação das excepções da lei o que a torna difícil de implementar.

Fonte: Reis *et al*. Tob Control 2010 19: 171-172 [37]

4.6.2. Estudo de avaliação da qualidade do ar em estabelecimentos de restauração

Em 2009 foi feito um estudo de avaliação da qualidade do ar em estabelecimentos de restauração na cidade de Braga. Foram feitas medições em seis locais: 2 restaurantes, com menos de 100 m^2, onde é permitido fumar; dois cafés, com menos de 100 m^2, um onde é permitido fumar e outro onde não é; um bar nocturno para fumadores, com menos de 100 m^2; e uma discoteca, com áreas para fumadores e não fumadores separadas por uma cortina de ar.

A concentração média de nicotina presente no interior dos restaurantes e no café onde é permitido fumar foi de 6,29 mg/m^3, enquanto no interior do café onde é proibido fumar foi de 1,1 mg/m^3. A concentração de nicotina no "bar" apresentou um valor bastante elevado (9,42 mg/m^3). Na discoteca, a concentração de nicotina foi a mais elevada registada em espaços fechados (19,1 mg/m^3 na área em que é proibido fumar e 10,2 mg/m^3 na área para fumadores).

Os autores concluíram que os resultados sugerem que em locais da hotelaria (restaurantes e similares), onde é permitido fumar, há uma elevada contaminação do ar por Fumo Ambiental do Tabaco, à qual estão particularmente expostos os trabalhadores, mas há necessidade de se fazerem mais estudos para clarificar a situação do consumo de tabaco no sector da restauração.

Fonte: Precioso *et al*. Qualidade do ar interior em estabelecimentos da restauração após a entrada em vigor da lei portuguesa de controlo do tabagismo. Estudo não publicado. [38]

4.6.3. Evolução do número de pedidos de licenciamento para esplanadas

A evolução do número de pedidos de licenciamento para esplanadas foi avaliada através de pergunta directa às 308 Câmaras Municipais do País.

A Tabela 32 apresenta o número de Câmaras que respondeu em cada ano, a respectiva taxa de resposta, e o número de esplanadas licenciadas. Para se poder comparar os dados dos diferentes anos apresenta-se também o número de esplanadas licenciadas nas Câmaras Municipais que responderam nos 4 anos.

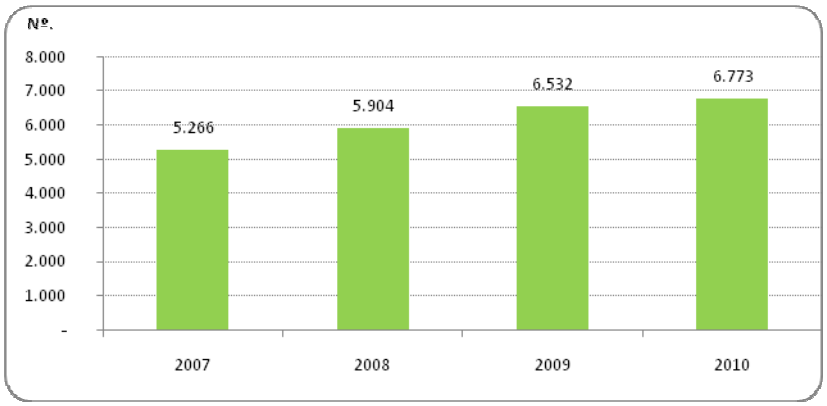
A variação anual do número de esplanadas licenciadas é sempre positiva tendo tido o seu valor mais alto no ano de 2008, primeiro ano de vigência da lei (Tabela 32 e Figura 19).

Tabela 32. Número de esplanadas licenciadas pelas Câmaras Municipais de 2007 a 2010

		2007	2008	2009	2010
CM que responderam	**n**	284	284	290	283
	%	92,2%	92,2%	94,2%	91,9
Nº esplanadas licenciadas	**n**	5.488	6.139	6.975	7.027
Nº esplanadas licenciadas nas CM que responderam nos 4 anos - 258 (83,8%)	**n**	5.266	5.904	6.532	6.773
Variação anual nas CM que responderam nos 4 anos - 260 (84,4%)	**%**		12,1%	10,6%	3,7%

Fonte: Direcção-Geral da Saúde
Nota: os dados de 2007 e 2008 foram obtidos no mesmo inquérito; CM – Câmara Municipal

Figura 19. Número de esplanadas licenciadas pelas Câmaras Municipais de 2007 a 2010



Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Neste capítulo apresentou-se uma apreciação da aplicação da lei em: i) Serviços de saúde; ii) escolas; iii) estabelecimentos do ensino superior; iv) Câmaras Municipais; v) empresas públicas e privadas; vi) estabelecimentos de restauração.

A avaliação do grau de cumprimento da Lei nos serviços de saúde foi efectuada por inquérito em relação ao ano de 2008 (Apêndice 1, 1.5; página 111). Dos 437 estabelecimentos de saúde que responderam 125 (28,6%) correspondiam a estabelecimentos de saúde com serviços de psiquiatria, centros de tratamento e reabilitação de toxicodependência e centros de tratamento e reabilitação de alcoologia ou similares. Em 61 (48,8%) destes estabelecimentos de saúde, foram criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores, Das áreas destinadas a pacientes fumadores, 47

(77,0%) cumpriam o disposto na Circular Normativa DGS nº 1/DIR, de 6/2/08. Para as 14 (22,9%) que não cumpriam os motivos alegados foram, na maioria, a carência de verbas para as adaptações necessárias ou a impossibilidade de realização das adaptações necessárias por motivos estruturais do edifício.

O Programa Nacional de Saúde Escolar, coordenado pela DGS, promove anualmente a avaliação das condições de higiene, segurança e saúde nos estabelecimentos de educação e ensino pré-escolar, básico e secundário, do ensino público. No ano lectivo 2009/2010 foram avaliados 1.873 estabelecimentos e no ano 2008/2009 1.492. De uma forma geral as escolas interditaram completamente o consumo de tabaco no espaço escolar, apesar de não terem investido na afixação do dístico consignado em Lei.

A avaliação do cumprimento da lei relativa aos estabelecimentos de ensino superior foi realizada pela aplicação de um questionário aos estabelecimentos do ensino superior, públicos e privados do Continente, que ministravam os cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Medicina Dentária, na sequência do estipulado no nº 4 do artigo 20º da Lei do tabaco (Apêndice 1; 1.6, página 111). Dos 64 estabelecimentos do ensino superior contactados, responderam 38 (59,4%). Trinta e seis estabelecimentos (94,7%) tinham cumprimento integral da proibição de fumar na instituição, 31 (79,5%) contemplavam esta matéria em plano curricular e 28 (77,7%) realizavam actividades sobre esta temática.

A avaliação do cumprimento da lei relativa às Câmaras Municipais resultou da aplicação de um questionário (Apêndice 1; 1.7, página 112). Dos 308 organismos públicos contactados, responderam 225 (73,1%). De uma forma geral havia cumprimento da lei. Cinquenta e sete (25,3%) Câmaras desenvolveram, em 2008, acções de informação e educação para a saúde sobre o consumo de tabaco e 25 criaram consulta destinada a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou celebraram protocolo com outra instituição com esse fim.

A avaliação do cumprimento da lei em empresas foi feita pela aplicação, pela Direcção-Geral da Saúde de um questionário, às primeiras 365 empresas do ranking das 500 maiores empresas de Portugal divulgadas em 2007 pela revista Exame (Apêndice 1; 1.8, página 112). A informação recolhida é relativa ao ano de 2008. Destas 365 empresas contactadas responderam 211 (57,8%). Em 58 foram criadas consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou celebraram protocolo com outra instituição com consulta de cessação tabágica (27,5%). 90 empresas (42,7%) tinham espaço próprio para fumadores, dos quais, 68 (75,7%) tinham área compartimentada. Destas 90 empresas, duas tinham sistema de ventilação, 31 (34,4%) tinham sistema de extracção de ar directo para o exterior e 15 (16,7%) tinham ambos os sistemas.

A DGS realizou um estudo em que foram visitados por amostragem aleatória por aglomerados geográficos 175 estabelecimentos de restauração dispersos pelo território do Continente incluindo regiões urbanas e rurais, entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011. (Apêndice 1; 1.15, página 118). Destes 175, 4% apresentavam incumprimento da Lei, por ausência de dístico, pela presença de dísticos não regulamentar ou pela classificação inadequada em função da área. Em 81,1% dos estabelecimentos onde é permitido fumar no todo ou em parte do espaço já havia ou foram instalados dispositivos de ventilação que impedem que o fumo se espalhe e com extracção directa para o exterior, visando dar cumprimento à Lei do tabaco. Nos estabelecimentos com ventilação 21,2% possuíam termo de responsabilidade que atesta a conformidade dos dispositivos de ventilação e de extracção de ar com os requisitos impostos pela Lei, no entanto, em 6,1% não foi possível consultar o certificado.

Capítulo V – Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados

A Lei 37/2007 de 14 de Agosto incorporou a Directiva 2001/37/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Junho de 2001, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda de produtos do tabaco.

Assim dando cumprimento ao estipulado nesta Directiva, os artigos 8.º, 9.º, 10.º e 11.º da Lei 37/2007 de 14 de Agosto incidem na regulamentação dos ingredientes e teores de monóxido de carbono, alcatrão e nicotina, bem como sobre a rotulagem e os avisos de saúde.

5.1. Lista de ingredientes

Nos termos do artigo 10º da Lei 37/2007, de 14 de Agosto, os fabricantes e os importadores devem fornecer aos Estados-Membros anualmente, uma lista de todos os ingredientes e respectivas quantidades utilizadas no fabrico dos produtos do tabaco, bem como os dados toxicológicos respeitantes aos efeitos sobre a saúde e ao risco de dependência. Esta lista deve ainda ser acompanhada de uma declaração que exponha as razões da sua inclusão. Esta informação deve ser tornada pública e comunicada anualmente à Comissão.

Tem-se verificado, em toda a União Europeia, desde a entrada em vigor desta Directiva, alguma dificuldade na apresentação desta informação, dada a multiplicidade de empresas, produtos e ingredientes envolvidos.

Nos termos do artigo 12.º da directiva é competência da comissão Europeia proceder à elaboração de uma Lista comum de ingredientes. Porém, devido à apresentação de informação incompleta, à grande diversidade de apresentação desta informação e à complexidade da análise toxicológica dos próprios ingredientes, a Comissão não pôde ainda elaborar essa lista comum, tendo procedido a uma análise aprofundada quanto à sua viabilidade e relevância.

" … A razão que preside a uma lista autorizada de ingredientes reside, entre outros aspectos, na capacidade de regular aditivos que se sabe não aumentarem a toxicidade ou a dependência ou de proibir aqueles que apenas são utilizados para atrair crianças. Outra razão para uma lista comum a nível da UE consiste em evitar situações em que as empresas tabaqueiras pudessem procurar obter autorizações num país com o sistema menos rigoroso.

O êxito da elaboração de uma lista comum depende, em primeira instância, da informação sobre os ingredientes fornecida pela indústria de forma pertinente e tempestiva. Após o fornecimento de informação, é necessário determinar quais os ingredientes que aumentam a toxicidade ou a dependência do produto. Além disso, são necessários critérios sólidos do ponto de vista científico para efeitos da autorização ou proibição de ingredientes.

Esta informação terá de se basear em ensaios aceites para medir a toxicidade e a capacidade de gerar dependência dos ingredientes. No entanto, a Comissão foi advertida de que, actualmente, não existem critérios claros para medir estas duas características. As metodologias devem ser validadas em função da sua sensibilidade, especificidade e comparabilidade. Trata-se de uma tarefa exigente que requer competências e conhecimentos especializados cuja oferta é escassa. Especialmente em relação às metodologias para avaliar a capacidade de gerar dependência, que não se encontram muito avançadas nem são aplicáveis a uma vigilância de rotina e em larga escala, o processo de desenvolvimento irá demorar vários anos.

A directiva exige que a indústria forneça apenas os dados toxicológicos disponíveis. No entanto, esta exigência não é adequada para prover às necessidades de aperfeiçoamento da regulação em matéria de ingredientes.

Também se levantam questões sobre quem recai em geral o ónus da prova e, em particular, sobre quem deve desenvolver e realizar os ensaios e a que nível. A Comissão está convencida de que é preferível ser a esfera pública a liderar o desenvolvimento desses ensaios.

Em muitos países e também a nível europeu têm-se ouvido apelos à criação de um organismo regulador para os produtos do tabaco. Dada a natureza global dos produtos do tabaco, a OMS deve coordenar os esforços de regulação através da sua Convenção-Quadro para a Luta Antitabaco. O artigo 9.º deste diploma apela à elaboração de orientações aceites internacionalmente relativas à realização de ensaios, medição e regulação da composição e das emissões."

Fonte: Comissão das Comunidades Europeias. Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho e ao Comité Económico e Social Europeu. Primeiro relatório sobre a aplicação da directiva relativa aos produtos do tabaco, COM (2005) 339 final, Bruxelas, 27.7.2005.

Esta matéria encontra-se actualmente a ser trabalhada no âmbito da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS (artigo 9.º).

Sobre esta matéria, a DGS elaborou relatórios sobre a informação recebida que foi oportunamente enviada à Comissão Europeia. A informação isenta de segredo de fabrico encontra-se disponível no sítio da DGS (www.dgs.pt).

5.2. Laboratórios para medição dos teores

Nos termos da Lei 37/2007 de 14 de Agosto, a medição e verificação dos teores e ingredientes dos produtos do tabaco deve ser efectuada ou verificada por laboratórios de ensaio acreditados pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC), nos termos do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 125/2004, de 31 de Maio, ou pelas autoridades competentes dos outros Estados-membros.

Cabe ao Instituto Português da Qualidade (IPQ) notificar a DGS dos laboratórios acreditados para medição/avaliação dos teores dos produtos do tabaco. De acordo com a notificação efectuada pelo IPQ, o único laboratório acreditado português para este efeito é o laboratório da empresa Tabaqueira S. A. Nos termos do n.º 5 do artigo 9.º esta informação foi oportunamente divulgada à Comissão Europeia, encontrando-se disponível no seu sítio Web [b], bem como no sítio da DGS (www.dgs.pt).

Em conclusão, nos termos do artigo 10º da Lei 37/2007, de 14 de Agosto, os fabricantes e os importadores devem fornecer aos Estados-Membros anualmente, uma lista de todos os ingredientes e respectivas quantidades utilizadas no fabrico dos produtos do tabaco o que se tem verificado encontrando-se a informação isenta de segredo de fabrico disponível no sítio da DGS (www.dgs.pt).

Nos termos do nº 3 do artigo 9º da mesma Lei o único laboratório acreditado português para a medição e verificação dos teores e ingredientes dos produtos do tabaco é o laboratório da empresa Tabaqueira S. A.

[b] http://ec.europa.eu/health/tobacco/law/manufacturing/label_labo_en.htm

Capítulo VI – Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros

Nos termos do n.º 3 do artigo 5.º da Directiva 2001/37/CE, a Comissão adoptou em Setembro de 2003 a Decisão 2003/641/CE, que definiu regras para a utilização de fotografias ou outras ilustrações como advertências relativas à saúde e as condições em que podem ser utilizadas. Posteriormente, em Maio de 2005, de acordo com o disposto no artigo 3.º da Decisão, a Comissão criou uma colectânea de imagens (documentos-fonte) que os Estados-Membros poderão adoptar de acordo com as regras oportunamente divulgadas pela Comissão.

A adopção deste tipo de avisos de saúde com fotografias a cores constava da proposta inicial que esteve em audição pública, tendo sido abandonada por não ter recolhido o consenso necessário.

Segundo um estudo em que foram realizadas entrevistas e conduzidos grupos focais em Dezembro de 2010 (24), as actuais mensagens escritas não são vistas, por si, como uma forma de dissuasão mas fazem parte de um dos meios para chegar às pessoas, constituindo mais um argumento. Idealmente, o espaço de comunicação nos maços de tabaco deveria ser regularmente alterado de forma a captar a atenção (minimizando a banalização). A rotatividade das mensagens existentes com as imagens ilustrativas de doenças e com a introdução de conteúdos mais positivos (por exemplo: saiba o que pode ganhar com o deixar de fumar: o paladar, número de anos de vida, e outros ganhos) são percebidos como podendo funcionar em conjunto como argumentos mais eficazes. [1] Em particular, os jovens são vistos como os que menos dão importância a este tipo de mensagens. [1]

O estudo de opinião, [6] em 2010, inquiriu directamente os indivíduos sobre a sua opinião sobre a inclusão de imagens ilustrativas das doenças provocadas pelo consumo de tabaco nos próprios maços de tabaco. A grande maioria dos indivíduos (70,9%; IC 68,0%;73,7%) considerou que se devem incluir essas imagens nos maços de cigarros. Registaram-se no entanto diferentes sensibilidades perante esta questão entre homens e mulheres, e entre os diferentes grupos etários. De forma geral as mulheres mostram-se mais favoráveis a esta eventual medida antitabágica (73,1%) do que os homens (68,6%) (ver Tabela 33). Por grupos etários, são sobretudo os indivíduos mais jovens, dos 15 aos 30 anos, que se mostram substancialmente menos favoráveis a esta medida (55,0%) quando comparados com os de 31 a 59 anos (73,8%) e com os de 60 ou mais anos (76,3%).

Tabela 33. Percentagem de indivíduos que considera que as embalagens do tabaco deviam incluir imagens ilustrativas das doenças provocadas pelo tabaco, estimativas global e por sexo, em 2010

		Geral	Sexo	
			Feminino	Masculino
Sim	**Prev (IC95%)**	70,9% (68%;73.7%)	73,1% (69.1%;76.9%)	68,6% (64.3%;72.6%)
	n	727	384	343
Não	**Prev (IC95%)**	25,7% (23%;28.4%)	23,0% (19.5%;26.9%)	28,4% (24.5%;32.6%)
	n	263	121	142
Ns/Nr	**Prev (IC95%)**	3,4% (2.4%;4.7%)	3,8% (2.3%;5.8%)	3,0% (1.7%;4.9%)
	n	35	20	15

Fonte: Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2010 - Apêndice 1, 1.3, página 109
Notas: Ns/Nr: não sabe, não responde

Segundo o estudo do Eurobarómetro conduzido em 2009 [3] 75% dos inquiridos portugueses concordam com a colocação de imagens de aviso em todas as embalagens de produtos de tabaco (Tabela 8).

Como refere o relatório "*Cigarette Package Health Warnings: Internacional Status Report*" da *Canadian Cancer Society*, publicado em Outubro de 2010, [30] houve por todo o mundo, uma intensificação de alertas (sejam em mensagens escritas ou imagens) nas embalagens dos maços de cigarros (ocupando uma percentagem cada vez maior de espaço nas mesmas). Este relatório estabelece uma listagem de países segundo a percentagem de ocupação de avisos de alerta nos maços de tabaco. Num total de 175 países Portugal está em 33º lugar com uma área média ocupada de 48% na frente e verso dos maços de tabaco. O Uruguai, em primeiro lugar, é o país que ocupa maior percentagem das embalagens de cigarros, cerca de 80%, com mensagens de alerta para os efeitos nocivos do consumo de tabaco.

A Comissão Europeia encontra-se a estudar este assunto e está igualmente a ser revisto o texto dos referidos avisos.

Considerando que esta medida constitui uma das estratégias preconizadas pela OMS para o controlo do consumo de Tabaco, conforme acrónimo MPO**W**ER (*Warning*) [31] seria de reavaliar a futura adopção desta medida.

Em conclusão, há ainda espaço para aumento da área de mensagens de alerta e concordância quanto à inclusão de imagens ilustrativas das doenças provocadas pelo consumo de tabaco nos próprios maços de tabaco.

Capítulo VII – Venda de produtos do tabaco

Este capítulo é apresentado nos seguintes subcapítulos: compra de tabaco; entradas no retalho de cigarros; venda de tabaco a menores; apreensões de contrabando.

7.1. Compra de tabaco

Na UE as máquinas de tabaco e a compra em *self-service* são as mais usadas frequentemente, com um em cada sete fumadores que usam um destes métodos. 86% dos portugueses usam máquinas de tabaco (mais do que os outros países, à excepção da Áustria e Espanha) e 93% dos portugueses nunca usam a internet ou os outros países para comprar tabaco. [3]

Dos quatros factores questionados (preço, embalagem, sabor, níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono), os fumadores da UE acreditam que o sabor é o factor mais influenciador com quase oito em cada dez que afirmam que este influencia a sua escolha. Em segundo lugar aparece o preço seguido dos níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono. A embalagem é o factor menos influenciador com um em cada sete fumadores que afirmam que esta tem impacto na sua escolha. Ninguém é influenciado pela embalagem sozinha. Por outro lado a escolha de cigarros para 7% dos fumadores é influenciado por todos os quatro factos indicados. [3] Para os portugueses inquiridos neste estudo [3] 81% indicaram o sabor como factor que influencia a escolha dos cigarros, 51% apontaram o preço e os níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono e 18% indicaram a embalagem.

7.2. Entradas no retalho de cigarros

Não sendo possível conhecer com rigor, por razões práticas, o volume de vendas de cigarros ou produtos do tabaco directamente efectuadas aos consumidores devido ao elevado número de postos de venda de tabaco, que se calcula ascenderem a cerca de 80 mil em Portugal, indicam-se os dados de entrada no retalho disponibilizados pela Associação Nacional de Grossistas, que representa 48 grossistas de tabaco, dos 130 que existem a nível nacional.

Esta informação, apesar das limitações referidas fornece um referencial importante relativamente ao consumo, pois, em condições normais, quanto menor quantidade de tabaco entrar no sistema de retalho, menor será, tendencialmente, o consumo.

A Tabela 34 apresenta o número de cigarros no retalho de 2007 a 2010. O número de cigarros em 2010, à data de realização deste relatório só se encontrava disponível até Outubro pelo que são

apresentados os valores para o período de Janeiro a Outubro dos outros anos. Estes anos serviram de base à estimativa do valor de 2010.

Tabela 34. Número de cigarros entrados no retalho de 2007 a 2010

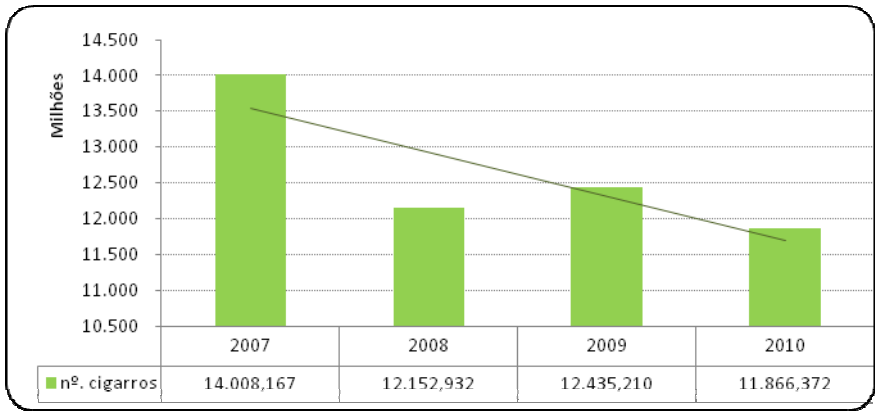
	2007	2008	2009	2010
Número de cigarros anual	14.008,167	12.152,932	12.435,210	11.866,372*
Variação anual		-13,2%	2,3%	-4,6%
Número de cigarros de Janeiro a Outubro	11.825.790	10.225.439	10.484.420	10.003.032
Variação anual		-13,5%	2,5%	-4,6%
Proporção de cigarros de Janeiro a Outubro	84,4%	84,1%	84,3%	84,3%**

Fonte: Associação Nacional de Grossistas
Notas: * projecção com base nos dados de Janeiro a Outubro; ** estimada com os dados dos três anos anteriores

No ano de 2008, comparativamente ao ano de 2007, registou-se uma diminuição de 13,2% das entradas no retalho de cigarros. No ano de 2009 aumentaram 2,3%. Este aumento, previsível, tem sido verificado em todos os países no segundo ano de vigência das respectivas leis de prevenção do tabagismo. Trata-se, aparentemente, do reequilíbrio do mercado após a descida mais significativa que se verifica no primeiro ano. Em 2010 a estimativa de entradas no retalho de cigarros indica uma diminuição de 4,6% (Figura 20).

Os dados sugerem uma tendência de decréscimo de entradas de cigarros no mercado.

Figura 20. Número de cigarros entrados no retalho de 2007 a 2010



Fonte: Associação Nacional de Grossistas
Notas: Ano de 2010, projecção com base nos dados de Janeiro a Outubro

7.3. Venda de tabaco a menores

Segundo um estudo em que foram realizadas entrevistas e conduzidos grupos focais em Dezembro de 2010, [1] as máquinas de venda de tabaco não evitam o acesso aos menores mas são percebidas, actualmente, como a forma mais eficaz de dificultar a venda a este alvo. Foi sugerido que deveria haver mais divulgação junto dos proprietários de estabelecimentos assim como maior fiscalização por forma a activar e manter os níveis de responsabilidade na venda. [1]

7.4. Apreensões de contrabando

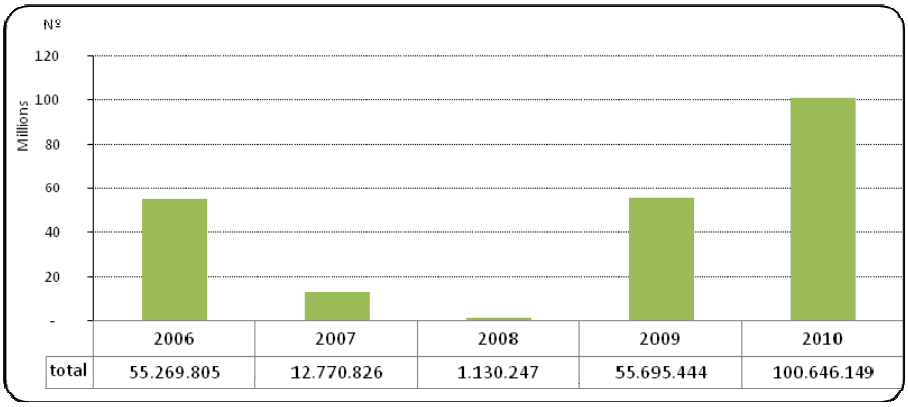
As informações aqui apresentadas foram fornecidas pela Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC), pelo Gabinete Coordenador de Segurança (GCS), da Direcção Nacional da Polícia Judiciária (DNPJ), Guarda Nacional Republicana (GNR), Policia de Segurança Pública e pela Autoridade Marítima Nacional.

A Figura 21 e a Tabela 35 apresentam o número de cigarros e charutos/cigarrilhas apreendidos.

Em 2010, em relação a 2009, observou-se um aumento de 80,7% das apreensões efectuadas.

O aumento de tabaco apreendido pode ser indicador de maior procura de tabaco. Nesse sentido pode destacar-se a apreensão em quantidades crescentes de tabaco para cigarros de enrolar o que juntamente com outras informações [1] corrobora a tendência para o aumento do consumo de tabaco nesta apresentação.

Figura 21. Número de cigarros e charutos/cigarrilhas apreendidos nos anos de 2006 a 2010



Fonte: Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo; Gabinete Coordenador de Segurança, Direcção Nacional da Polícia Judiciária, Guarda Nacional Republicana, Policia de Segurança Pública, Autoridade Marítima Nacional

Tabela 35. Número de cigarros, charutos, cigarrilhas e gramas de tabaco de enrolar apreendidos nos anos de 2006 a 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Número Cigarros		12.769.830	1.120.311	55.690.106	100.644.998
Número charutos/cigarrilhas	8.387	996	9.936	5.338	1.151
Gramas de Tabaco corte fino-cigarros enrolar/rest. Tab fumar	-	-	-	6.400	9.490

Fonte: Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo; Gabinete Coordenador de Segurança, Direcção Nacional da Polícia Judiciária, Guarda Nacional Republicana, Policia de Segurança Pública, Autoridade Marítima Nacional

Em conclusão, os dados sugerem uma tendência de decréscimo de entradas de cigarros no mercado, o que pode indicar uma diminuição de consumo (uma redução de mais de 1500 milhões de cigarros anuais no período pós-Lei). No entanto, há apreensão em quantidades crescentes de tabaco (cerca de 100 milhões de cigarros em 2010).

Capítulo VIII - Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco

Na UE a publicidade ao tabaco na televisão foi proibida no início dos anos 90. Em 2003 a publicidade em outros meios de comunicação (rádio, imprensa e internet) foi também banida e patrocínios de tabaco dentro de eventos internacionais foi também proibida. Contudo, a publicidade nos cinemas e em placares de publicidade ou merchandising não está incluída na proibição e mantém-se a responsabilidade do próprio país proibir dentro da sai própria Lei. [3] Em Portugal, a proibição total à publicidade do tabaco está legislada desde 1982 e a actual Lei manteve a proibição total à publicidade e promoção do tabaco.

Nos seis meses anteriores ao inquérito do Eurobarómetro de 2009, [3] 45% dos cidadãos da UE já tinham visto publicidade ou promoção de tabaco. Dois em cada dez tinham visto publicidade ou promoção de tabaco de tempos a tempos e dois em cada dez viram-na raramente. Curiosamente os não fumadores são aqueles que têm menor probabilidade de ter visto promoção ou publicidade de tabaco do que os fumadores. Dos inquiridos portugueses, viram publicidade ou promoção ao tabaco: 5% frequentemente, 20% de tempos a tempos, 31% raramente e 40% nunca. [3]

Na 8.ª reunião do Grupo Técnico Consultivo (ver acta 8 da reunião do GTC de 29 Dezembro 2010) foi feita apresentação dos resultados do *Grupo de Trabalho para o acompanhamento da actividade da indústria tabaqueira e dos operadores do tabaco* onde foi referido que durante os respectivos trabalhos "foram presentes situações e materiais que constituem inequivocamente, formas de publicidade e que foram objecto de procedimento da Direcção Geral do Consumidor".

Embora se tenham verificado avanços no sector da publicidade, ainda foram registadas algumas infracções, tais como a presença dos logótipos das marcas em balcões e montras luminosas existentes em estações de serviço e máquinas automáticas, que não respeitavam as regras estabelecidas na Lei

Fonte: Acta 8 da reunião do GTC (29 Dezembro 2010)

A informação apresentada sugere que, apesar da proibição legal, a publicidade aos produtos do tabaco ainda se verifica.

A Direcção Geral do Consumidor esclareceu que podem existir situações percebidas como publicidade mas que não se enquadram como tal na legislação actual do tabaco ou no Código

Nota: Conferir Anexo I, "Parecer da DGC sobre o Relatório INFOTABAC e a aplicação da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto"

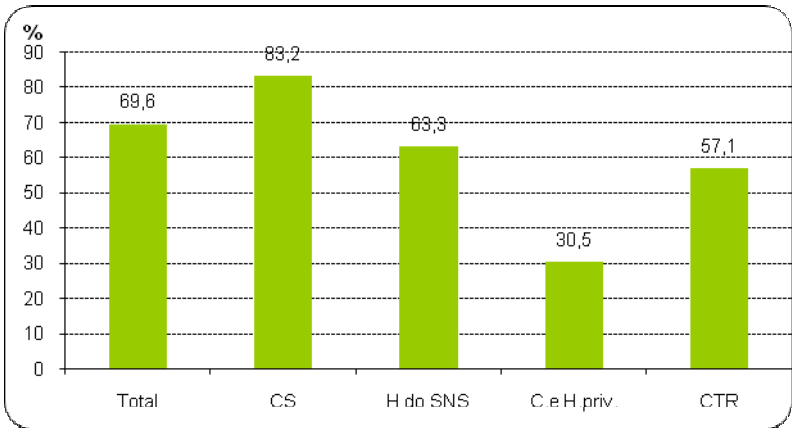
Capítulo IX - Medidas de prevenção e controlo do tabagismo

As medidas de prevenção e controlo do tabagismo são apresentadas nos seguintes aspectos: Acções de informação e educação para a saúde; Consultas de apoio intensivo à cessação tabágica; Terapêutica para a cessação tabágica.

9.1. Acções de informação e educação para a saúde

O Inquérito da DGS aos estabelecimentos de saúde sobre a aplicação da nova Lei do tabaco em 2008, referido em 4.1 incluiu pedido de informação relativa a realização de acções de informação e educação para a saúde. Assim, dos 437 estabelecimentos de saúde que responderam 304 (69,6%; IC 65,0%; 73,8%), desenvolveram acções de informação e educação para a saúde sobre o consumo de tabaco: 208 (83,2%) dos centros de saúde, 50 (63,3%) dos hospitais do SNS, 18 (30,5%) das clínicas e hospitais privados e 28 (57,1%) dos centros de tratamento e reabilitação (Figura 22).

Figura 22. Percentagem de estabelecimentos de saúde que realizaram acções de informação e educação para a saúde por tipo de estabelecimento, em 2008



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos serviços de saúde, Apêndice 1; 1.5, página 111

Notas: CS – centros de saúde; H do SNS Hospitais do Sistema Nacional de Saúde; C e H priv. – Clínicas e hospitais privados; CTR – Centros de tratamento e reabilitação de tóxico dependentes e alcoólicos

Entre os estabelecimentos que reportaram ter desenvolvido acções de informação e educação para a saúde, 232 (76,3%) divulgaram informação através de cartazes, folhetos, internet, entre outros. 72 (23,7%) realizaram sessões informativas no próprio estabelecimento de saúde, 71 (23,4%) fora do

estabelecimento de saúde e 66 (21,7%) quer no estabelecimento, quer fora do mesmo. Das 137 (45,1%) sessões informativas, realizadas fora do estabelecimento, 98 (71,5%) foram realizadas por centros de saúde.

Dos 304 estabelecimentos respondentes, 67 (22,0%) realizaram acções de formação que abrangeram 1.061 profissionais, num total de 3.011 horas de formação em 2008, 57 (18,7%) realizaram projectos de intervenção e 33 (10,9%) outras iniciativas.

O inquérito da DGS aos estabelecimentos de ensino superior, câmaras e empresas também permitiu saber que foram realizadas iniciativas de informação e educação para a saúde na área do tabaco e a informação encontra-se nos pontos 4.3, 4.4 e 4.5.

Atendendo a que a Lei teve um período curto entre a sua aprovação e a entrada em vigor, foi feito um grande esforço por parte da DGS no sentido de preparar a sua aplicação. O trabalho desenvolvido pela DGS, especialmente no período mais próximo da aprovação da Lei, é apresentado no Apêndice 3 (página 129).

9.2. Consultas de apoio intensivo à cessação tabágica

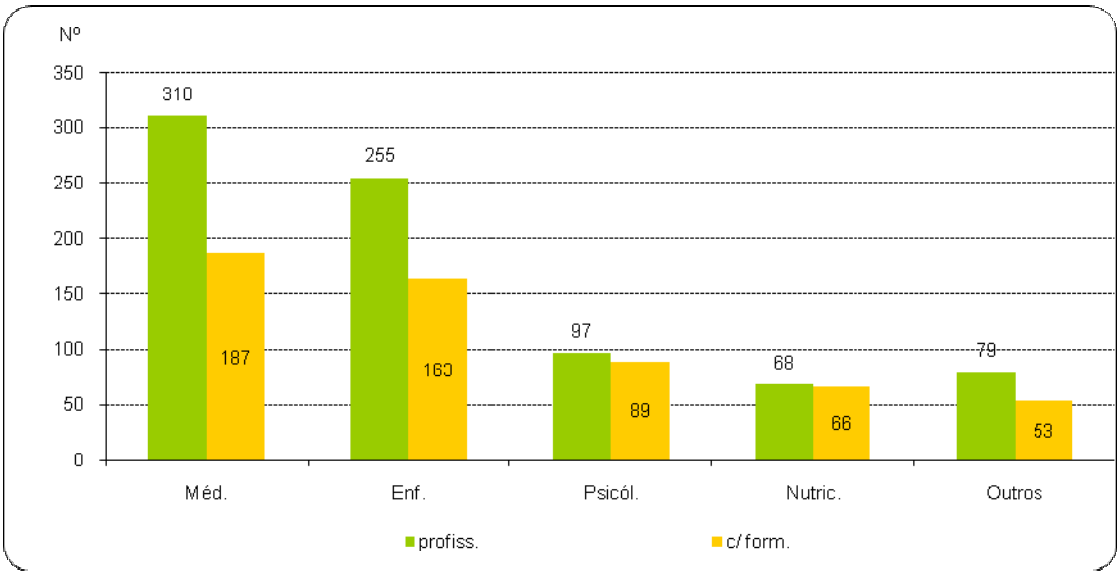
A informação relativa às consultas de apoio à cessação tabágica que se apresenta tem duas origens: o inquérito realizado pela DGS aos estabelecimentos de saúde (Apêndice 1; 1.5, página 111) sobre a aplicação da nova Lei do tabaco em 2008 e a informação regularmente recolhida na DGS junto das Administrações Regionais de Saúde (ARS), referentes aos anos de 2004 a 2009.

Dos 437 estabelecimentos que responderam ao inquérito aos serviços de saúde, relativo à aplicação da Lei em 2008, em 190 (43,5%; IC 38,8%-48,3%) foram criadas consultas de apoio intensivo aos fumadores que pretendem deixar de fumar (consultas destinadas às situações de dependência mais complexas): 145 (58%) dos centros de saúde, 33 (41,8%) dos hospitais do SNS, sete (11,9%) das clínicas e hospitais privados e cinco (10,2%) dos centros de tratamento e reabilitação (18).

Dos 190 estabelecimentos que responderam ter criado estas consultas, 123 (76,3%), eram centros de saúde e 26 (17,4%) eram hospitais do SNS.

Nestes 190 estabelecimentos de saúde o número médio de profissionais envolvidos em cada uma das consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar fumar, foi de 1,6 médicos, 1,3 enfermeiros, 0,5 psicólogos e 0,4 nutricionistas ou outros profissionais. Em relação ao total de profissionais envolvidos nestas consultas, têm formação diferenciada em tabagismo, 187 (60,3%) dos médicos, 163 (63,9%) dos enfermeiros, 89 (91,8%) dos psicólogos, 66 (97,1%) dos nutricionistas e 53 (77,9%) dos outros profissionais (Figura 23).

Figura 23. Número de profissionais envolvidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica nos serviços de saúde respondentes, em 2008



Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos serviços de saúde, Apêndice 1; 1.5, página 111

O número de profissionais envolvidos nos centros de saúde com consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar fumar, é de 216 médicos em 310 (69,7%), 212 enfermeiros em 255 (83,1%), 61 psicólogos em 97 (62,9%), 49 nutricionistas em 68 (72,1%) e 71 outros profissionais em 79 (89,9%) (Tabela 36). Para os hospitais do SNS, o número de profissionais envolvidos, é 65 (21,0%) médicos, 33 (12,9%) enfermeiros, 23 (23,7%) psicólogos, 15 (22,1%) nutricionistas e cinco (6,3%) outros profissionais (Tabela 36).

Tabela 36. Percentagem de profissionais envolvidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica nos centros de saúde e hospitais do SNS respondentes, por regiões de saúde, em 2008.

Centros de Saúde	Médicos		Enfermeiros		Psicólogos		Nutricionistas		Outros	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Alentejo	8	3,7	6	2,8	4	6,6	4	8,2	1	1,4
Algarve	18	8,3	16	7,5	1	1,6	2	4,1	5	7,0
Centro	71	32,9	85	40,1	17	27,9	15	30,6	48	67,6
Lisboa Vale Tejo	34	15,7	20	9,4	9	14,8	2	4,1	6	8,5
Norte	85	39,4	85	40,1	30	49,2	26	53,1	11	15,5
Total de profissionais	216		212		61		49		71	
Hospitais	**Médicos**		**Enfermeiros**		**Psicólogos**		**Nutricionistas**		**Outros**	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Algarve	2	3,1	1	3,0	1	4,4	1	6,7	0	0,0
Centro	17	26,2	8	24,2	7	30,4	6	40,0	3	60,0
Lisboa Vale Tejo	39	60,0	19	57,6	12	52,2	7	46,7	1	20,0
Norte	7	10,8	5	15,2	3	13,0	1	6,7	1	20,0
Total de profissionais	65		33		23		15		5	

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos serviços de saúde, (Apêndice 1; 1.5, página 111

Dos estabelecimentos de saúde, 156 (82,1%) referiram seguir, como referência, o Programa-Tipo de Cessação Tabágica, [32] sendo 123 (84,8%) centros de saúde, 26 (78,8%) hospitais do SNS e, ainda, três dos sete estabelecimentos de saúde privados e quatro dos cinco centros de tratamento e reabilitação.

A 31 de Dezembro de 2008, havia 1805 utentes em espera 1277 nos centros de saúde e 523 nos hospitais do SNS. Em média, havia 9,5 utentes em espera por cada Centro de saúde e 15,8 utentes em espera por cada Hospital (Tabela 37).

Tabela 37. Utentes em espera para consulta destinada a apoiar os fumadores, por regiões de saúde, a 31 de Dezembro de 2008

ARS	Nº total de utentes em espera	Centros de Saúde			Hospitais		
		Nº utentes em espera	nº locais consulta	% utentes em espera	Nº utentes em espera	nº locais consulta	% utentes em espera
Alentejo	0	0	5	0	0	0	0
Algarve	60	60	11	5,5	0	1	0
Centro	785	752	51	14,7	33	12	2,8
Lisboa e Vale do Tejo	619	186	22	8,5	433	15	28,9
Norte	336	279	56	5,0	57	5	11,4
Total	1800	1277	145	8,8	523	33	15,8

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, Inquérito aos serviços de saúde, Apêndice 1; 1.5, página 111

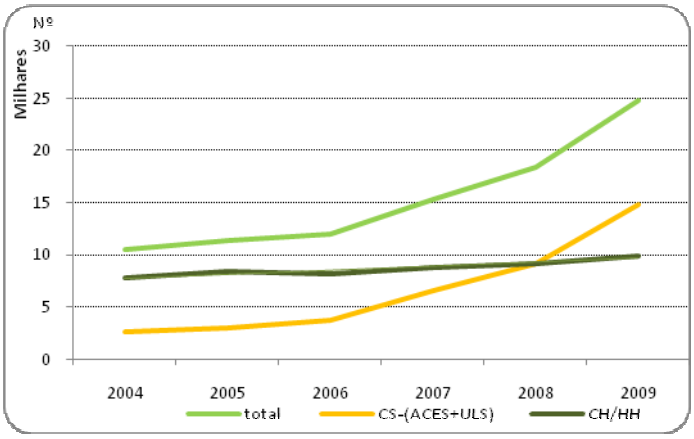
Em 2008, o tempo total de espera variou entre o mínimo de 3 e o máximo de 365 dias, tendo a demora, uma média global de 2,0 dias: 1,7 nos centros de saúde, 2,7 nos hospitais do SNS e 3,0 dias nas clínicas e hospitais privados. Não houve espera nos centros de tratamento e reabilitação.

Foi celebrado protocolo com outro estabelecimento com consulta de cessação tabágica, por 37 (8,5%) estabelecimentos de saúde.

Foram criadas consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou foram celebrados protocolos com outros estabelecimentos com consulta de cessação tabágica em 159 (63,6%) dos centros de saúde e 39 (49,4%) dos hospitais do SNS.

As consultas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica já se realizavam no Serviço Nacional de Saúde anteriormente à aprovação da nova Lei do tabaco, sendo possível apresentar a evolução do número de consultas realizadas na Figura 24.

Figura 24. Número total de consultas de cessação tabágica efectuadas em estabelecimentos de saúde do SNS, no Continente, de 2004 a 2009

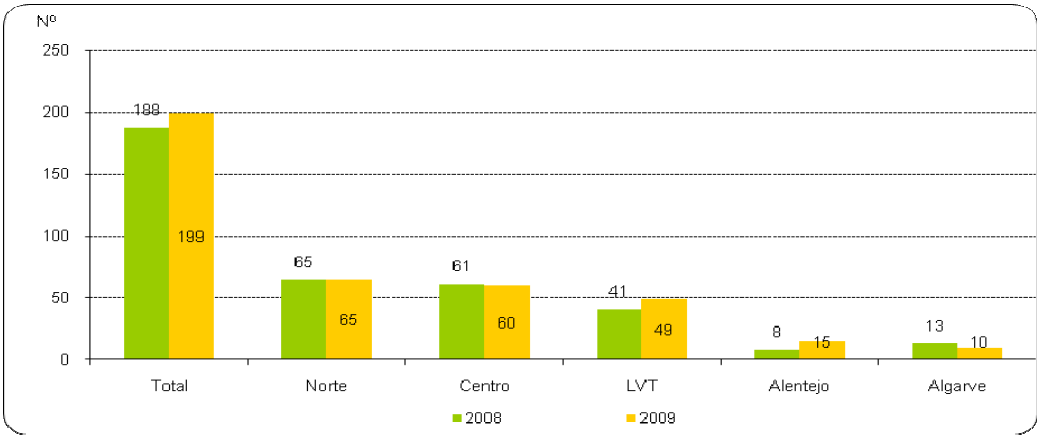


Fonte: Administrações Regionais de Saúde
Notas: CS: Centro de saúde; ACES: Agrupamento de centros de saúde; ULS: Unidade Local de Saúde; CH: Centro Hospitalar; HH: Hospitais; SNS – Serviço Nacional de Saúde

Assim, houve um aumento de 61,8% de consultas de 2007 para 2009. O aumento de 2007 para 2008 foi de 20% e de 2008 para 2009 foi de 35%.

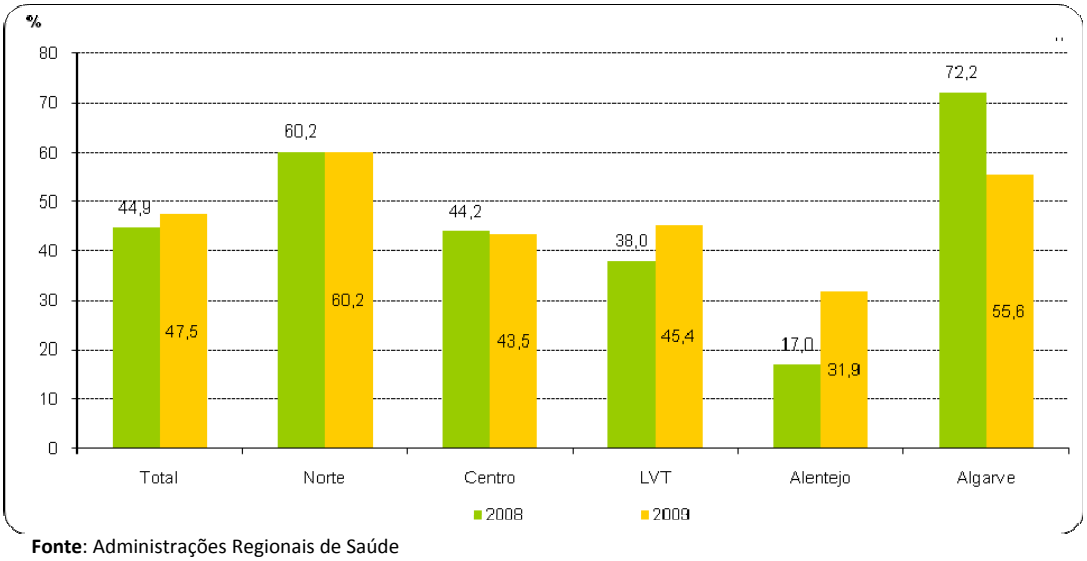
De acordo com a informação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), no ano de 2009, havia 199 (47,5%: 42,6%-52,4%) estabelecimentos de saúde - 168 (48,6%; 43,2%-54,0%) centros de saúde e 31 (42,5%; 30,5%-53,9%) hospitais do SNS - com consultas para apoio intensivo aos fumadores que pretendem deixar de fumar (Figura 25 e Figura 26) tendo havido um aumento de 5,9% dos estabelecimentos de saúde, comparativamente a 2008.

Figura 25. Número de estabelecimentos com consulta de apoio intensivo à cessação Tabágica disponíveis por região de saúde, em 2008 e 2009



Fonte: Administrações Regionais de Saúde

Figura 26. Percentagem de estabelecimentos de saúde com consulta de apoio intensivo à cessação tabágica relativamente ao total de estabelecimentos por região, em 2008 e 2009

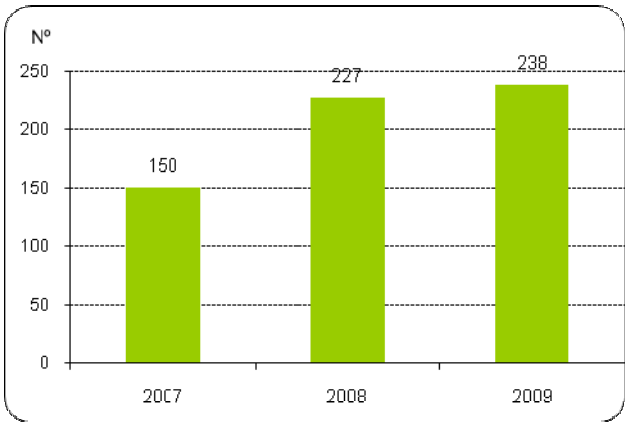


Fonte: Administrações Regionais de Saúde

Por vezes um mesmo estabelecimento de saúde inclui diferentes locais geográficos de prestação de cuidados de saúde, podendo ter mais que um local de oferta de consultas. Assim, os estabelecimentos a que se referem a Figura 25 e a Figura 26 ofereceram, em 2009, 238 locais de consulta (Figura 27 e Figura 28).

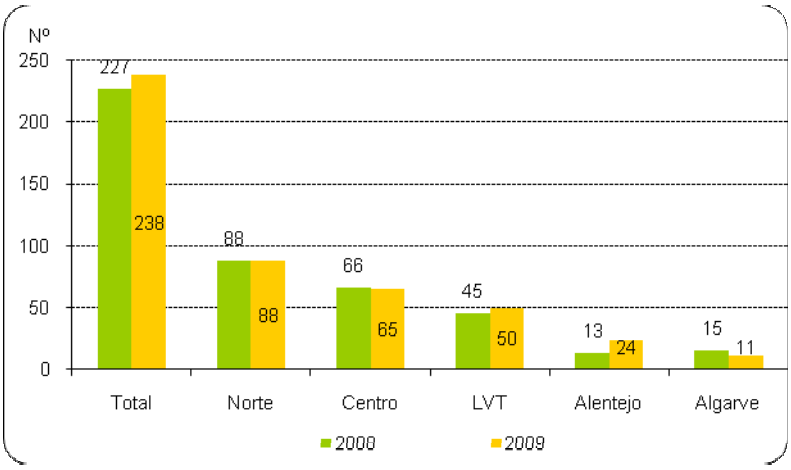
Em 2009, relativamente a 2008, verificou-se um aumento de 4,8% do número de Locais de consultas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica disponíveis. Em 2008, relativamente a 2007, esse aumento foi de 51,3%. Comparando estes valores de 2009 com os de 2007 (antes da entrada em vigor da Lei) verifica-se um aumento de 58,7% do número de consultas.

Figura 27. Número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica disponibilizados em cada ano, de 2007 a 2009



Fonte: Administrações Regionais de Saúde

Figura 28. Número de locais consultas de apoio intensivo à cessação tabágica disponíveis por região de saúde, de 2007 a 2009



Fonte: Administrações Regionais de Saúde

A Tabela 38 apresenta estimativas do número de fumadores em cada 1.000 que procuraram as consultas de cessação tabágica, em 2009, baseadas nos dados do INS de 2005/2006, e no número de primeiras consultas de apoio à cessação tabágica em cada Região de Saúde.

Tabela 38. Caracterização da procura das consultas de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS, no Continente, em 2009

Região	Nº total de fumadores *	Nº médio de consultas por fumador atendido	Estimativa da taxa de procura /1 000 fumadores**
Norte	3 048	3,0	5,6
Centro	419	3,8	1,9
Lisboa e Vale do Tejo	3 600	3,2	5,6
Alentejo	198	6,7	2,1
Algarve	483	2,6	6,5
Total/Continente	7 748	3,2	4,9

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Administrações Regionais de Saúde

Notas: * corresponde ao número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS no Continente, em 2009; ** Estimativa da taxa de procura = número total de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica, em estabelecimentos de saúde do SNS, no Continente, em 2009/número de fumadores na população média estimada para 2005, utilizando os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

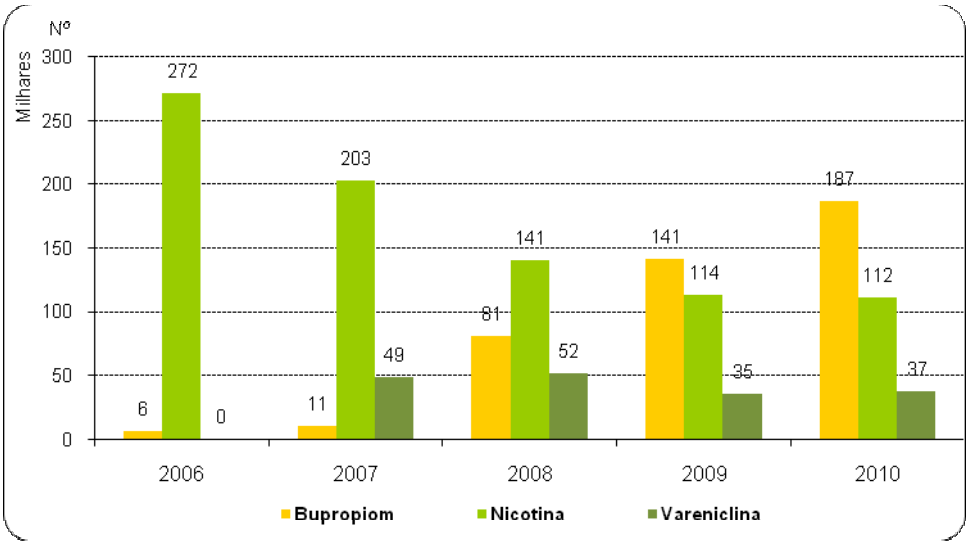
Assim, por cada 1.000 fumadores, a maior estimativa da procura de consultas de apoio à cessação tabágica ocorreu no Alentejo e a mais baixa registou-se no Centro.

Do Inquérito realizado pela DGS às empresas sobre a aplicação da nova Lei do tabaco (Apêndice 1; 1.8, página 112) apurou-se que, das 58 empresas com mais de 500 funcionários, em 42 (72,5%; IC 59,1%-83,2%) foram desenvolvidas acções de informação e educação para a saúde nesta temática, abrangendo 75,3% do total de trabalhadores. Foram criadas consultas especificamente destinadas a apoiar os fumadores que pretendem deixar de fumar ou celebraram protocolo com outra instituição com consulta de cessação tabágica 29 (50,0%) empresas.

9.3. Terapêutica para a cessação tabágica

A Figura 29 apresenta os dados fornecidos pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, (INFARMED), relativos ao número de embalagens, por substância activa, disponibilizadas no mercado para a cessação tabágica.

Figura 29. Número de embalagens disponíveis no mercado, de medicamentos utilizados em ambulatório para tratamento da dependência tabágica, em Portugal Continental, por substância activa nos anos de 2006 a 2010



Fonte: INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

No que se refere à disponibilidade de medicamentos para a cessação tabágica, tendo por base os dados fornecidos pelo INFARMED, verificou-se que os substitutos de nicotina foram o medicamento mais vendido até 2008. Estes substitutos podem ser adquiridos sem prescrição médica. A partir da entrada em vigor da Lei n.º 37/2007 assistiu-se a uma diversificação dos medicamentos utilizados, com aumento da disponibilidade da vareniclina e da bupropiona, medicamentos que requerem prescrição médica, possivelmente devido ao aumento das consultas de apoio intensivo.

É de notar um aumento do consumo de bupropiona em 2010, embora este facto se possa dever à utilização desta substância activa fármaco no tratamento de situações depressivas não necessariamente relacionadas com a cessação tabágica. [33]

Neste capítulo apresentou-se informação relativa a iniciativas de informação e educação para a saúde dos serviços de saúde, estabelecimentos do ensino superior e empresas. Em relação ao número de consultas de apoio à cessação tabágica realizadas em 2009 no Serviço Nacional de Saúde, houve um aumento de 61,8% em relação a 2007.

Capítulo X – Regime sancionatório

Este capítulo é apresentado sob os aspectos da fiscalização da lei, das infracções verificadas pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) e pelas coimas notificadas à Direcção Geral da Saúde (DGS)[c].

10.1. Fiscalização da Lei

As denúncias recebidas pela DGS são reencaminhadas para a ASAE ou para a Direcção-Geral do Consumidor, entidades que, nos termos do disposto no art. 28.º da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, partilham a competência para a fiscalização do cumprimento da Lei de Prevenção do Tabagismo e instrução dos respectivos processos de contra-ordenação.

10.1.1. Fiscalização e infracções verificadas pela ASAE

De acordo com a informação prestada pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), em 2010 esta entidade fiscalizou 45.142 operadores económicos e verificou 877 infracções e em 2009 e 2008, fiscalizou 38.603 e 45.624 operadores económicos e verificou 1.260 e 1.196 infracções, respectivamente (Tabela 39). A mesma tabela apresenta dados sobre as três infracções mais frequentes: Falta de sinalização ou sinalização incorrecta; Proibição de fumar em determinados locais; Criação de espaços para fumadores sem requisitos.

Tabela 39. Número de operadores económicos fiscalizados e infracções verificadas pela ASAE de 2008 a 2010

		2008	2009	2010
Nº de operadores económicos fiscalizados		45.624	38.603	45.142
Nº de infracções verificadas		1.196	1.260	877
Falta de sinalização/sinalização incorrecta	**n**	466	476	415
	%	39,0	37,8	47,3
	IC	(36,2%-41,8%)	(34,9%-40,4%)	(44%-50,7%)
Proibição de fumar em determinados locais	**n**	223	325	147
	%	18,6	25,8	16,8
	IC	(16,5%-21,0%)	(23,4%-28,4%)	(14,3%-19,4%)
Criação de espaços para fumadores sem requisitos	**n**	276	240	170
	%	23,1	19,0	19,4
	IC	(20,7%-25,6%)	(16,9%-21,3%)	(16,8%-22,2)

Fonte: ASAE, Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
Nota: n – número de infracções

[c] Foi igualmente solicitada informação á Direcção Geral do Consumidor que não foi recebida até à finalização deste relatório.

A falta de sinalização ou sinalização incorrecto situou-se, em 2010, nos 47,3% representando uma tendência crescente relativamente aos anos anteriores. A proibição de fumar em determinados locais foi mais reportada em 2009, mas em 2010 situou-se nos 16.,8% percentagem estatisticamente compatível com a observada em 2008. A falta de requisitos dos espaços para fumadores situa-se nos 19,4%, em 2010, sem evidência de alteração nos últimos três anos.

10.2. Coimas

Depois da instrução dos processos de contra-ordenação, os mesmos são remetidos à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade (CACMEP) com vista à aplicação da coima, sempre que esta tenha lugar.

De acordo com o disposto no n.º 3 do art. 28.º da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, é dado conhecimento da aplicação de coimas, à DGS.

Até à presente data, foram notificadas à DGS 30 coimas em 2010, 50 em 2009 e 11 em 2008.

Em conclusão, as três infracções mais frequentes verificadas pela Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) são: a falta de sinalização ou sinalização incorrecta, a infracção à proibição de fumar em determinados locais e a criação de espaços para fumadores sem requisitos.

Capítulo XI – Tendências e comportamentos emergentes

Tendo este relatório como destino o apoio a uma eventual proposta de revisão da Lei do Tabaco ofereceu-se como oportuno ter um capítulo que fizesse eco de algumas das tendências e comportamentos que pareceram ir emergindo.

No essencial foram detectados três níveis de tendência e uma preocupação associada. Estas foram, i) novas formas ou tendências de consumo, iii) novas formas de publicidade, iii) retrocesso na aplicação da lei e a preocupação de que crise económica potencie novas formas de consumo.

A emergência de novas formas de consumo de produtos de tabaco surgiu em pelo menos três fontes de informação (estudo qualitativo [1], na actividade do grupo técnico consultivo, capítulo XI e na análise das notícias sobre consumo de tabaco, 2.2. O tabaco). Foram comentados nestes fóruns:

- O aumento do consumo do tabaco de enrolar – foi apontado em todos os fóruns e foi associado à crise económica, por ser mais barato, e no grupo técnico consultivo foi apontado por alguns conselheiros como um potencial perigo para as crianças em idade escolar. Esta tendência parece ser confirmada pelos dados do Eurobarómetro onde em 2006, 1% dos entrevistados dizia fumar tabaco de enrolar e, em 2010, 4% disseram fumar tabaco de enrolar todos os dias. [3,4]

- A venda de cigarros avulsos – foi unicamente referida num grupo focal do estudo qualitativo [1] como algo que às vezes acontecia em meios com jovens;

- Cigarros com menos tabaco e mais químicos e surgimento de tabaco falsificado – na impressa escrita foram noticiadas estas tendências;

- O cigarro electrónico – não é um produto do tabaco, surge associado a informação de é um produto que contorna a Lei e cujas consequências em termos de saúde ainda não são conhecidas. No estudo qualitativo realizado [1] o cigarro electrónico foi referido como “uma novidade que não terá futuro”.

Outra tendência referida foi a existência de práticas de publicidade que tentam contornar a proibição em vigência. Nas notícias publicadas em jornais é referenciado o “uso da Internet para promover ao tabaco Junto dos Jovens”. No estudo qualitativo realizado no final de 2010 (24) os entrevistados e os

membros dos grupos focais referiram que existem casos de publicidade ao tabaco dirigida a jovens. No grupo técnico consultivo foram apresentados alguns exemplos de publicidade no dia-a-dia da sociedade portuguesa, e, por sua vez a OMS/Europa aponta a existência de casos de publicidade dirigida a mulheres jovens na Europa. [34] Todos rumores apontam para a persistência de publicidade apesar da proibição que existe actualmente.

Os vários fóruns pareceram também apontar que existe actualmente um retrocesso na aplicação da Lei (noticias, grupos focais, [1] estudo de opinião [6]), que mostrou ter eco adicional no retrocesso do número de coimas referenciado, e alguma confirmação nos membros do grupo técnico consultivo que apontaram a evolução para um clima de aparente impunidade para quem não cumpre a lei.

O consumo do tabaco possui actualmente algumas nuances, especialmente associadas à situação económica actual [1] : fuma-se mais tabaco de enrolar, especialmente os jovens, por ser mais barato e por uma vertente lúdica; opta-se por marcas mais baratas. As notícias de jornal dão também conta desta preocupação. Existe mesmo a possibilidade de a crise económica mascarar os potenciais impactos benéficos da Lei dado que é conhecido que a degradação das condições socioeconómicas se associa a maior consumo de tabaco.[35]

Na avaliação dos dados do estudo HBSC em jovens em idade escolar no período de 2002 a 2010, observou-se que os jovens do 6º e 8º ano estão a fumar menos (em 2010 relativamente a 2006) o que não se observou nos Jovens a frequentar o 10.º ano. Parece poder-se admitir que o surgimento da nova lei do tabaco em Portugal poderá ter tido um efeito nos grupos etários mais jovens, mas menos impacto nos jovens que já tinham passado pelo 6.º ano de escolaridade aquando da entrada em vigor da nova Lei do tabaco. Será fundamental averiguar os hábitos deste grupo de estudantes quando atingirem o 10.º ano.

Capítulo XII – Conclusões

- Portugal é o país europeu com maior diminuição de prevalência de fumadores passivos no local de trabalho de 2005 para 2010, tendo-se colocado na 6.ª posição deste indicador na Europa a 27.
- Existe evidência da diminuição do consumo de tabaco dentro de casa após a entrada em vigor da Lei.
- Existe evidência de alteração de hábitos tabágicos entre os fumadores após a implementação da Lei, quer na redução do fumo activo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo.
- Em 2009, o número de episódios de internamento por doença isquémica cardíaca diminuiu pela primeira vez em 16 anos. Também a taxa de episódios de internamento por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica observou um ligeiro decréscimo.
- A Lei é percepcionada de forma muito positiva pela população, existindo, ainda, espaço para a sua melhoria na perspectiva da redução do fumo passivo.
- Verifica-se incompatibilidade técnica entre o cumprimento da legislação referente à qualidade do ar interior e a actual Lei do tabaco.
- A maioria da população é a favor da proibição de fumar em locais públicos e apoia as políticas de controlo do tabagismo.
- A população reconhece que a Lei contribuiu para alterar hábitos, melhorar a saúde, proteger não fumadores e melhorar a qualidade do ar em espaços públicos fechados.
- Os diversos estudos não são conclusivos sobre a evolução das prevalências de fumadores em Portugal. No entanto:
    i) Existe diminuição sustentada de consumo de tabaco no 6.º e 8.º ano de escolaridade;
    ii) Uma das séries apresentada aponta uma tendência decrescente do consumo de tabaco (decréscimo estimado em 5%);
    iii) Nenhuma das séries estudadas mostrou tendência de aumento da prevalência de consumo de tabaco nas mulheres.
- As consultas de cessação tabágica aumentarem 62% entre 2007 e 2009.
- Existe alguma evidência que a publicidade ao tabaco ainda se verifica em Portugal.

Apêndices

Apêndice 1 – Fichas técnicas de estudos

1.1. Inquérito Nacional de Saúde

Breve apresentação	O Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um instrumento de medida e de observação em saúde, que recolhe dados de base populacional, gera estimativas sobre alguns estados de saúde e de doença da população portuguesa, bem como as respectivas determinantes e estuda a sua evolução ao longo do tempo. O INS foi planeado e testado pela primeira vez entre 1980 e 1982. Após inquéritos de âmbito regional, conduzidos entre 1983 e 1985, realizou-se em 1987 o primeiro INS, cobrindo o Continente português. De referir que o *National Center for Health Statistics* dos Estados Unidos da América participou em todas as fases do trabalho, incluindo a avaliação final. Até à data foram já realizados quatro INS (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006) utilizando amostras probabilísticas representativas da população de Portugal Continental (1º. 2ª e 3º INS) e também das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira (4º INS).
Entidade responsável	O 4º INS foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) em parceria com o Instituto Nacional de Estatística (INE), no período 2005-2006, com a colaboração da Direcção-Geral da Saúde (DGS).
População alvo e Amostra	População-alvo do 4º INS - indivíduos com 10 e mais anos de idade, residentes à data do inquérito em alojamentos familiares, em Portugal. Deste modo exclui indivíduos, com 10 e mais anos, que residiam à data em alojamentos colectivos ou outro tipo de alojamento não familiar (como hotéis, estabelecimentos prisionais, militares e outros). Amostra do 4º INS - estatisticamente representativa da população residente em Portugal, ao nível das sete regiões NUTS II correspondentes à Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins estatísticos: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira. A amostra do 4º INS incluiu todas as pessoas residentes em 19 950 unidades de alojamento. Destes, foram entrevistados 41 193 indivíduos, correspondentes a 15 239 unidades de alojamento finais.
Informação complementar	http://www.onsa.pt/conteu/proj_ins.html http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx

1.2. ECOS-Infotabaco 2010

Paixão E, Dias CM, Branco, MJ. Infotabaco. Uma observação em 2010. Relatório. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde. Dezembro 2010

Breve apresentação	ECOS (Em Casa Observamos Saúde) nasceu como um projecto que tem o objectivo de obter dados sobre saúde, com celeridade, através de entrevista telefónica utilizando uma amostra de famílias portuguesas com telefone, o Painel ECOS, que se dispõem a ser contactadas periodicamente durante um período de tempo determinado, para responder a inquéritos sobre saúde. Este estudo sobre evolução de indicadores relativos ao consumo do tabaco realizou-se por entrevista telefónica, em Outubro-Novembro de 2010, a uma amostra de indivíduos de 18 e mais anos; residentes do Continente.
Entidade responsável	Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo - famílias residentes em Portugal Continental contactáveis por telefone fixo e por telefone móvel. Amostra - Amostra ECOS- Em Casa Observamos Saúde constituída por uma amostra aleatória de 1074 unidades de alojamento, de Portugal Continental. Esta amostra integrou 629 unidades de alojamento contactáveis por telefone fixo e 445 unidades de alojamento, contactáveis por telemóveis (total de 2633 elementos residentes nas unidades de alojamento com 15 ou mais anos) Foram contactadas, com êxito, 920 unidades de alojamento, o que correspondeu a 85,7% das 1074 UA da amostra inicial. O número de pessoas caracterizadas para algumas das variáveis foi de 2.327.
Informação complementar	http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/ECOSavaliacaometodologia.aspx

1.3. Estudos de opinião sobre medidas antitabágicas 2006, 2007 e 2010

Breve apresentação	Foram realizados três estudos de opinião 2006, 2007 e 2010. A preparação da nova Lei do tabaco que foi aprovada em Portugal em 2007 levou o ministério da saúde a fazer dois estudos de opinião nos anos de 2006 e 2007. Por sua vez a imposição da Lei do tabaco de se fazer uma avaliação passado três anos da sua vigência ofereceu a oportunidade de se fazer pequeno estudo de opinião usando a mesma metodologia e introduzindo os ajustes mínimos necessários para acomodar o facto de que o novo contexto já contempla a existência da nova Lei do tabaco. Para cada estudo procedeu-se à realização de entrevistas telefónicas. O trabalho de campo de cada estudo foi realizado 1) 26 a 30 Julho de 2006; 2) de 8 a 14 de Março de 2007; e, 3) de 09 a 17 de Dezembro de 2010.
Entidade responsável	Estudo executado para o Ministério da Saúde pela Eurosondagem, Estudos de opinião S.A
População alvo e amostra	População alvo – População com 15 anos ou mais, residente em Portugal Continental e habitando em unidades de alojamento com telefone da rede fixa. Amostra - As amostras foram estratificadas por Região (Norte, A.M. do Porto, Centro, A.M. de Lisboa, Sul), por grupos etários e aleatórias por sexo. A escolha da unidade de alojamento foi aleatória nas listas telefónicas e o indivíduo entrevistado, em cada agregado familiar, foi o elemento que fez anos há menos tempo. 2006: 1221 contactos, 1058 entrevistas 2007: 1225 contactos, 1048 entrevistas 2010: 1262 contactos, 1025 entrevistas
Informação complementar	--

1.4. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Estudo do impacte da Lei nº. 37/2007, de 14 de Agosto. Episcience, 2008.

Carla Cardoso e Tatiana Plantier. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Estudo do impacte da Lei nº. 37/2007, de 14 de Agosto. Lisboa: Episcience, 2008

Objectivos do estudo	Avaliação do impacte da Lei de Prevenção do Tabagismo na população portuguesa: opinião sobre esta, do grau de satisfação e da percepção do seu cumprimento por parte dos cidadãos, identificação de alterações ao nível das atitudes e dos comportamentos – sobretudo as relativas à prevalência de fumadores, aos níveis de consumo e à exposição involuntária da fumo do tabaco.
Entidade responsável	Estudo executado pela Episcience para a Direcção-Geral da Saúde.
População alvo e Amostra	População alvo – cidadãos residentes em Portugal Continental, com idade igual ou superior a 15 anos Amostra - aleatória de população de Portugal Continental com representatividade por NUTS II e por sexo. De 26 de Maio a 15 de Novembro de 2008 foram contactados 6.308 cidadãos, dos quais 1.086 recusaram responder.
Informação complementar	http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010510.pdf http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010487.pdf http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/46F08EF9-0E91-4650-9B59-3B880C68EA9E/0/ResultadosTabacoinforma%C3%A7%C3%B5esadicionaisvPDF.pdf

1.5. Inquérito da DGS aos estabelecimentos de saúde sobre a aplicação da nova Lei do tabaco

Breve apresentação	A avaliação do grau de cumprimento da nova Lei do tabaco nos serviços de saúde foi efectuada no primeiro trimestre de 2009, reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008. Foi aplicado um questionário, por via electrónica, aos centros de saúde (313) e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (102), clínicas e hospitais privados (99) e aos centros de tratamento e reabilitação de tóxico dependentes e de alcoólicos (106), num total de 620 estabelecimentos de saúde.
Entidade responsável	Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo: Universo dos hospitais e centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde do Continente Lista de todos os centros de tratamento e reabilitação de tóxico dependentes e de alcoólicos existente no sítio do Instituto da Droga e da Toxicodependência do Ministério da Saúde Lista de clínicas e hospitais privados existente na DGS Amostra – responderam 437 estabelecimentos (70,5%): • 250 centros de saúde (79,9%) • 79 hospitais do SNS (77,5%) • 49 centros de tratamento e reabilitação (46,2%) • 59 clínicas e hospitais privados (59,6%)
Informação complementar	--

1.6. Inquérito da DGS aos estabelecimentos do ensino superior sobre a aplicação da nova Lei do tabaco

Breve apresentação	Questionário aos estabelecimentos do ensino superior, públicos e privados do Continente, que ministravam os cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina e Medicina Dentária, na sequência do estipulado no nº 4 do artigo 20º da Lei do tabaco. Foi aplicado um questionário, por via electrónica, no primeiro trimestre de 2009, solicitando informação reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008.
Entidade responsável	Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo - 65 estabelecimentos do ensino superior no Continente (23 públicos e 16 privados) que ministravam um total de 46 cursos. Amostra: 39 estabelecimentos (60,0%)
Informação complementar	--

1.7. Inquérito da DGS às Câmaras Municipais sobre a aplicação da nova Lei do tabaco

Breve apresentação	A avaliação do grau de cumprimento da nova Lei do tabaco nas Câmaras Municipais do Continente, foi efectuada no primeiro trimestre de 2009, reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008. Foi aplicado um questionário, por via electrónica, no primeiro trimestre de 2009, solicitando informação reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008.
Entidade responsável	Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo - 308 Câmaras Municipais do Continente. Amostra - 225 Câmaras Municipais
Informação complementar	--

1.8. Inquérito da DGS às empresas públicas e privadas sobre a aplicação da nova Lei do tabaco

Breve apresentação	A avaliação do grau de cumprimento da nova Lei do tabaco pela aplicação de um questionário entre as 500 maiores empresas de Portugal divulgadas no ranking de 2007 pela revista Exame. Foi aplicado um questionário, por via electrónica, no primeiro trimestre de 2009, solicitando informação reportada ao período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2008.
Entidade responsável	Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo - primeiras 365 empresas de entre as listadas pela Revista Exame em 2007 Amostra - Responderam 211 empresas (57,8%).
Informação complementar	--

1.9. Grupos focais

Objectivos do estudo	Conhecer as percepções dos cidadãos sobre a Lei do tabaco (Lei 37/2007 de 14 de Agosto) e comparar com as percepções antes da Lei (há três anos). As 3 entrevistas em profundidade e os dois grupos focais decorreram nos dias 27 e 28 de Dezembro de 2010.
Entidade responsável	Estudo executado para a Direcção-Geral da Saúde pela Qmetrics
População alvo e amostra	População alvo – População de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, de classes sociais A/B, C1 e C2, fumadores e não fumadores, residentes em Lisboa. Também foram procurados proprietários e gerentes de estabelecimentos afectados pela Lei do tabaco Amostra – 2 grupos focais com consumidores fumadores e não fumadores, num total de 14 pessoas, e 3 entrevistas individuais em profundidade com proprietários e gerentes de estabelecimentos de restauração e bebidas.
Informação complementar	--

1.10. O Programa de estudos em meio escolar do IDT

O programa de estudos em meio escolar do Instituto da Droga e da Toxicodepêndencia do Ministério da Saúde contempla dois projectos: um de âmbito nacional o "Inquérito Nacional em Meio Escolar" (INME) e outro de âmbito europeu, o "*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*" (ESPAD).

1.10.1. ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

Breve apresentação	O objectivo principal do projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e outras drogas (ESPAD - *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) é recolher dados comparáveis sobre o consumo de substâncias entre os estudantes europeus dos 15 aos 16 anos a fim de acompanhar as tendências em cada um dos países e entre eles. Até ao momento, foram realizados quatro exercícios de recolha de dados no âmbito do projecto ESPAD. O primeiro estudo foi organizado em 26 países, em 1995, enquanto a recolha de dados relativa a 2007 foi efectuada em 35 países.
Entidade responsável	Em Portugal, a investigadora principal é a Dr.ª Fernanda Feijão do Instituto da Droga e da Toxicodependência do Ministério da Saúde. O estudo de 2007 contou com o apoio do Ministério da Educação.
Amostra	Amostra - em Portugal foi constituída por 3.141 estudantes de 16 anos. Não incluiu Açores e Madeira.
Informação complementar	www.espad.org Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S. The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)Stockholm, 2009. Disponivel em Dezembro De 2010 em http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/sintese/ESPAD07.pdf http://www.sedqa.gov.mt/pdf/information/reports_intl_espad2003.pdf

1.10.2. Inquéritos nacionais em meio escolar

Breve apresentação	O INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar é um estudo que tem como população alvo os alunos do ensino regular público do 3.º ciclo do ensino básico e do ensino secundário - cursos gerais e tecnológicos. O objectivo deste estudo epidemiológico é descrever a dimensão e as características do fenómeno do consumo lícito e ilícito de substâncias psicoactivas, nas populações estudadas. Realizou-se pela primeira vez em final de 2001 e foi repetido em final de 2006.
Entidade responsável	Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), Ministério da Saúde
População alvo e Amostra	População alvo - população residente no Continente, Açores e Madeira frequentando o ensino regular público do 3º ciclo do ensino básico e do ensino secundário. Amostra - estratificada proporcionalmente por região geográfica e ano de escolaridade, tendo sido inquiridos cerca de 75 000 alunos.
Informação complementar	http://www.idt.pt/ http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx

1.11. Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral do IDT

Balsa, C. Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral, Portugal 2007. Lisboa: CEOS, FCSH, Universidade Nova de Lisboa.

Breve apresentação	Inquérito promovido pelo IDT, Instituto da Droga e da Toxicodependência em 2001 e 2007 com o objectivo de monitorizar a evolução dos consumos de substâncias psicoactivas e suas dinâmicas ao nível da população geral.
Entidade responsável	CEOS – Investigações Sociológicas, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa
População alvo e amostra	População alvo - população residente no continente e ilhas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos Amostra – aleatória; 12.202 entrevistas.
Informação complementar	http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx

1.12. Estudos Eurobarómetro

1.12.1. Eurobarómetro sobre tabaco 2009

European Commission. Eurobarometer 72.3 – Tabaco. Brussels: TNS Opinion & Social, 2010.

Breve apresentação	Desde 1973 que a Comissão Europeia acompanha a evolução da opinião pública nos seus Estados-membros de forma a preparar documentos de apoio á decisão e avaliação de trabalho desenvolvido. Os inquéritos dirigem-se a matérias diversas, podendo dedicar-se a estudos temáticos aprofundados como por exemplo, o tabaco. O trabalho de campo deste inquérito decorreu em Outubro de 2009.
Entidade responsável	Estudo conduzido por "*TNS Opinion & Social*" a pedido da DGSANCO (Direcção-Geral da Saúde e Consumidores da Comissão Europeia(CE)) e coordenado em conjunto com a DG de Comunicação da CE. Em Portugal, conduzido por "TNS EUROTESTE"
População alvo e Amostra	População alvo - população residente com mais de 15 anos Amostra - aleatória de população com representatividade por NUTS II de 1.031 indivíduos.
Informação complementar	http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_en.pdf

1.12.2. Eurobarómetro sobre tabaco 2006

European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco. Report. Special Eurobarometer, May, 2007.

Breve apresentação	Desde 1973 que a Comissão Europeia acompanha a evolução da opinião pública nos seus Estados-membros de forma a preparar documentos de apoio á decisão e avaliação de trabalho desenvolvido. Os inquéritos dirigem-se a matérias diversas, podendo dedicar-se a estudos temáticos aprofundados como por exemplo, o tabaco. O trabalho de campo deste inquérito decorreu em Outubro de 2009.
Entidade responsável	Estudo coordenado pela DG de Comunicação da CE a pedido da DGSANCO (Direcção-Geral da Saúde e Consumidores da Comissão Europeia). Em Portugal, conduzido por "TNS EUROTESTE"
População alvo e amostra	População alvo - população residente com mais de 15 anos Amostra - aleatória de população com representatividade por NUTS II de 1.006 indivíduos.
Informação complementar	http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf

1.13. Estudo HBSC/OMS: Comportamentos de saúde das crianças em idade escolar

Breve apresentação	O HBSC / OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Neste momento conta com 44 países, entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. O primeiro estudo realizado em Portugal foi em 1998, seguindo-se os de 2002, 2006 e 2010.
Entidade responsável	Em Portugal o HBSC é coordenado pela Prof. Margarida Gaspar de Matos da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa
Amostra	Amostra - aproximadamente 4500 jovens de 11, 13 e 15 anos a frequentarem o 6ª, 8ª e 10ª anos de escolaridade (cerca de 1500 de cada idade).
Informação complementar	http://www.hbsc.org/ http://aventurasocial.com/ http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/ http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1293756243.pdf

1.14. Fifth European Working Conditions Survey

European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time - First findings from the fifth European Working Conditions Survey, 2010

Breve apresentação	A Eurofound (Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho) realiza de cinco em cinco anos um estudo sobre as condições de trabalho na Europa, o Inquérito às Condições de Trabalho Europeu (*European Working Conditions Surveys, EWCS*), entrevistando os funcionários e trabalhadores independentes sobre questões-chave relacionadas ao seu trabalho e emprego. Ao longo do tempo, o número de tópicos pesquisados foi aumentado. Os temas abordados incluem actualmente a situação de emprego, a duração do tempo de trabalho e organização, a organização do trabalho, a aprendizagem e a formação, factores de risco físico e psicossocial, saúde e segurança, equilíbrio entre vida profissional e familiar, a participação dos trabalhadores, o salário e a segurança financeira, bem como o trabalho e a saúde. Em particular o inquérito avalia as condições relativas ao tabagismo passivo no local de emprego. O estudo já foi realizado cinco vezes: 1990/1991, 1995/1996, 2000, 2005 e 2010. O trabalho de campo para o quinto EWCS aconteceu de Janeiro a Junho de 2010, com quase 44 mil entrevistados em 27 países da UE, Noruega, Croácia, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Turquia, Albânia, Montenegro e Kosovo.
Entidade responsável	Contacto nacional: DINÂMIA (Centro de Estudos Sobre a Mudança Socioeconómica ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa) e CESIS (Centro de Estudos para a Intervenção Social)
População alvo e amostra	População alvo - população residente com mais de 15 anos, empregada e a residir no país. Amostra - 1.000 indivíduos
Informação complementar	http://www.eurofound.europa.eu/about/index.htm http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/en/2/EF1074EN.pdf

1.15. Avaliação do cumprimento da Lei do tabaco nos estabelecimentos de restauração

Breve apresentação	A avaliação do grau de cumprimento da nova Lei do tabaco realizou-se pela aplicação de um questionário realizado por visita aos estabelecimentos seleccionados e composto por uma parte por observação e outra por entrevista. A avaliação decorreu em Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011
Entidade responsável	Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde
População alvo e amostra	População alvo – estabelecimentos de restauração localizados no Continente Amostra – Participaram 175 estabelecimentos
Informação complementar	---

Apêndice 2 – Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto

ANEXO I

Mapa a que se refere o n.º 1 do artigo 22.º

Designação dos cargos dirigentes	Qualificação dos cargos dirigentes	Grau	Número de lugares
Director de serviços . . .	Direcção intermédia. . .	1.º	2
Chefe de divisão	Direcção intermédia. . .	2.º	3

ANEXO II

Modelo de cartão de identificação a que alude o artigo 23.º

(a)

REPÚBLICA PORTUGUESA

(b)

Conselho Superior da Magistratura

Fotografia

(Selo Branco)

Cartão de Identificação Nº _____

Nome _____

Categoria _____

O Juiz – Secretário

_____

(c)

(c)

O presente cartão assegura o reconhecimento da qualidade do seu portador como elemento do corpo do pessoal do Conselho Superior da Magistratura

Assinatura do titular

_____

(*a*) — Cor verde.

(*b*) — Cor vermelha.

(*c*) — Cor branca.

Largura — 10 cm.

Altura — 7 cm.

Lei n.º 37/2007

de 14 de Agosto

Aprova normas para a protecção 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.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei dá execução ao disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, aprovada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro, estabelecendo normas tendentes à prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo, à venda a menores e através de meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei e demais legislação sobre a prevenção do tabagismo, entende-se por:

a) «Advertência complementar» qualquer das advertências referidas no anexo II da presente lei;

b) «Advertência geral» o aviso relativo aos prejuízos para a saúde decorrentes do uso do tabaco, a apor na face mais visível das embalagens de tabaco;

c) «Alcatrão ou condensado» o condensado de fumo bruto anidro e isento de nicotina;

d) «Áreas de trabalho em permanência» os locais onde os trabalhadores tenham de permanecer mais de 30 % do respectivo tempo diário de trabalho;

e) «Embalagem de tabaco» qualquer forma de embalagem individual e qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho de produtos do tabaco, com excepção das sobreembalagens transparentes;

f) «Ingrediente» qualquer substância ou componente, que não as folhas e outras partes naturais ou não transformadas da planta do tabaco, utilizado no fabrico ou na preparação de um produto do tabaco e presente no produto final, ainda que em forma alterada, incluindo o papel, o filtro, as tintas e os adesivos;

g) «Local de trabalho» todo o lugar onde o trabalhador se encontra e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador;

h) «Local de venda de tabaco» qualquer local onde sejam colocados à venda produtos do tabaco;

i) «Nicotina» os alcalóides nicotínicos;

j) «Produto do tabaco» qualquer produto destinado a ser fumado, inalado, chupado ou mascado, desde que seja, ainda que parcialmente, constituído por tabaco, geneticamente modificado ou não;

l) «Produtos do tabaco para uso oral» os produtos que se destinam a uso oral constituídos total ou parcialmente por tabaco sob a forma de pó ou de partículas finas ou qualquer combinação destas formas, nomeadamente os que se apresentam em doses individuais ou pacotes porosos ou sob forma que evoque um género alimentício, com excepção dos produtos para fumar ou mascar;

m) «Publicidade ao tabaco» qualquer forma de comunicação feita por entidades de natureza pública ou privada, no âmbito de uma actividade comercial, industrial, artesanal ou liberal, com o objectivo directo ou indirecto de promover um produto do tabaco ou o seu consumo;

n) «Recinto fechado» todo o espaço limitado por paredes, muros ou outras superfícies e dotado de uma cobertura;

o) «Serviço da sociedade da informação» qualquer serviço prestado à distância, por via electrónica, mediante pedido individual de um destinatário de serviços e contra pagamento de um preço, entendendo-se, nesta conformidade, por:

«À distância» um serviço prestado sem que as partes estejam física e simultaneamente presentes;

«Por via electrónica» um serviço enviado desde a origem e recebido no destino através de instrumentos electrónicos de processamento (incluindo a compressão digital) e de armazenamento de dados, que é inteiramente transmitido, encaminhado e recebido por cabo, rádio, meios ópticos ou outros meios electromagnéticos;

«Mediante pedido individual de um destinatário de serviços» um serviço fornecido por transmissão de dados, mediante pedido individual;

p) «Suporte publicitário» o veículo utilizado para a transmissão da mensagem publicitária;

q) «Tabaco» as folhas, parte das folhas e nervuras das plantas *Nicotiana tabacum* L. e *Nicotiana rustica* L., quer sejam comercializadas sob a forma de cigarro, cigarrilha ou charutos quer picadas para cachimbo ou para a feitura manual de cigarros, seja com a forma de rolo, barra, lâmina, cubo ou placa ou reduzidas a pó ou a grãos;

r) «Televenda de produtos do tabaco» a difusão de ofertas directas ao público, realizada por canais televisivos, com vista ao fornecimento de cigarros ou outros produtos derivados do tabaco, mediante remuneração;

s) «Uso de tabaco» o acto de fumar, inalar, chupar ou mascar um produto à base de tabaco, bem como o acto de fumar, mascar ou inalar os produtos referidos nos n.os 8 e 9 do artigo 81.º do Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro.

CAPÍTULO II

Limitações ao consumo de tabaco

Artigo 3.º

Princípio geral

O disposto no presente capítulo visa estabelecer limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização colectiva de forma a garantir a protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Artigo 4.º

Proibição de fumar em determinados locais

1 — É proibido fumar:

a) Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;

b) Nos locais de trabalho;

c) Nos locais de atendimento directo ao público;

d) Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;

e) Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;

f) Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;

g) Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;

h) Nos centros de formação profissional;

i) Nos museus, colecções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, nos centros culturais, nos arquivos e nas bibliotecas, nas salas de conferência, de leitura e de exposição;

j) Nas salas e recintos de espectáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espectáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;

l) Nos recintos de diversão e recintos destinados a espectáculos de natureza não artística;

m) Nas zonas fechadas das instalações desportivas;

n) Nos recintos das feiras e exposições;

o) Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;

p) Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento;

q) Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;

r) Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respectivo pessoal;

s) Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;

t) Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;

u) Nas instalações do metropolitano afectas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;

v) Nos parques de estacionamento cobertos;

x) Nos elevadores, ascensores e similares;

z) Nas cabinas telefónicas fechadas;

aa) Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;

ab) Em qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.

2 — É ainda proibido fumar nos veículos afectos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos.

Artigo 5.º

Excepções

1 — Sem prejuízo do disposto na alínea *d*) do n.º 1 do artigo anterior, podem ser criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos desde que satisfaçam os requisitos das alíneas *a*), *b*) e *c*) do n.º 5.

2 — Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, podem ser criadas nos estabelecimentos prisionais unidades de alojamento, em celas ou camaratas, para reclusos fumadores desde que satisfaçam os requisitos das alíneas *a*), *b*) e *c*) do n.º 5, sendo ainda admitido fumar nas áreas ao ar livre.

3 — Nos locais mencionados nas alíneas *a*), *b*), *c*), *d*), *e*), *h*), *i*), *j*), *l*), *m*), *n*), *o*), *p*), *q*), *r*) e *t*) do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea *g*) do n.º 1 do artigo anterior que integrem o sistema de ensino superior, é admitido fumar nas áreas ao ar livre.

4 — Nos locais mencionados na alínea *s*) do n.º 1 do artigo anterior é admitido fumar nas áreas ao ar livre, com excepção das zonas onde se realize o abastecimento de veículos.

5 — Nos locais mencionados nas alíneas *a*), *b*), *e*), *j*), *l*), *n*), *o*), *p*) e *t*) do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea *g*) do n.º 1 do referido artigo que integrem o sistema de ensino superior e nos locais mencionados na alínea *h*) do n.º 1 do mesmo artigo que não sejam frequentados por menores de 18 anos, pode ser permitido fumar em áreas expressamente previstas para o efeito desde que obedeçam aos requisitos seguintes:

a) Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.º;

b) Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;

c) Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

6 — Nos locais mencionados na alínea *q*) do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público inferior a 100 m^2, o proprietário pode optar por estabelecer a permissão de fumar desde que obedeça aos requisitos mencionados nas alíneas *a*), *b*) e *c*) do número anterior.

7 — Nos locais mencionados na alínea *q*) do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público igual ou superior a 100 m^2 podem ser criadas áreas para fumadores, até um máximo de 30 % do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40 % do total respectivo, desde que obedeçam aos requisitos mencionados nas alíneas *a*), *b*) e *c*) do n.º 5, não abranjam as áreas destinadas exclusivamente ao pessoal nem as áreas onde os trabalhadores tenham de trabalhar em permanência.

8 — Nos locais mencionados na alínea *p*) do n.º 1 do artigo anterior podem ser reservados andares, unidades de alojamento ou quartos para fumadores, até um máximo de 40 % do total respectivo, ocupando áreas contíguas ou a totalidade de um ou mais andares, desde que obedeçam aos requisitos mencionados nas alíneas *a*), *b*) e *c*) do n.º 5.

9 — Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior e das limitações constantes dos regulamentos emitidos pelas empresas transportadoras ou pelas capitanias de portos, é permitido fumar nas áreas descobertas nos barcos afectos a carreiras marítimas ou fluviais.

10 — Sem prejuízo do disposto no n.º 6, a opção pela permissão de fumar deve, sempre que possível, proporcionar a existência de espaços separados para fumadores e não fumadores.

11 — A definição das áreas para fumadores cabe às entidades responsáveis pelos estabelecimentos em causa, devendo ser consultados os respectivos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho e as comissões de segurança, higiene e saúde no trabalho, ou, na sua falta, os representantes dos trabalhadores para a segurança, higiene e saúde no trabalho.

Artigo 6.º

Sinalização

1 — A interdição ou o condicionamento de fumar no interior dos locais referidos nos artigos 4.º e 5.º devem ser assinalados pelas respectivas entidades competentes, mediante a afixação de dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da presente lei e que dela faz parte integrante, sendo o traço, incluindo a legenda e a cruz, a branco e com as dimensões mínimas de 160 mm x 55 mm.

2 — As áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos com fundo azul e com as restantes características indicadas no número anterior, conformes ao modelo B constante do anexo I.

3 — Aos dísticos referenciados nos números anteriores deve apor-se, na parte inferior do modelo, uma legenda identificando a presente lei.

4 — O dístico referido no n.º 1 deve ainda conter o montante da coima máxima aplicável aos fumadores que violem a proibição de fumar.

5 — Nos casos previstos nos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo anterior, os dísticos devem ser afixados de forma a serem visíveis a partir do exterior dos estabelecimentos.

Artigo 7.º

Responsabilidade

1 — O cumprimento do disposto nos artigos 4.º a 6.º deve ser assegurado pelas entidades públicas ou privadas que tenham a seu cargo os locais a que se refere a presente lei.

2 — Sempre que se verifiquem infracções ao disposto nos artigos 4.º a 6.º, as entidades referidas no número anterior devem determinar aos fumadores que se abstenham de fumar e, caso estes não cumpram, chamar as autoridades

administrativas ou policiais, as quais devem lavrar o respectivo auto de notícia.

3 — Todos os utentes dos locais referidos no n.º 1 têm o direito de exigir o cumprimento do disposto nos artigos 4.º a 6.º, podendo apresentar queixa por escrito, circunstanciada, usando para o efeito, nomeadamente, o livro de reclamações disponível no estabelecimento em causa.

CAPÍTULO III

Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados

Artigo 8.º

Teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros

Os cigarros comercializados ou fabricados em território nacional não podem ter teores superiores a:

a) 10 mg por cigarro, para o alcatrão;
b) 1 mg por cigarro, para a nicotina;
c) 10 mg por cigarro, para o monóxido de carbono.

Artigo 9.º

Métodos de medição

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros são medidos segundo as normas ISO 4387 para o alcatrão, ISO 10315 para a nicotina e ISO 8454 para o monóxido de carbono.

2 — A exactidão das menções relativas ao alcatrão e à nicotina apostas nos maços de cigarros é verificada segundo a norma ISO 8243.

3 — O disposto nos números anteriores deve ser efectuado ou verificado por laboratórios de ensaio acreditados pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC), nos termos do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 125/2004, de 31 de Maio, ou pelas autoridades competentes dos outros Estados membros.

4 — A lista dos laboratórios é comunicada pelo IPAC à Direcção-Geral da Saúde, dela constando os critérios utilizados para a acreditação de cada um.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia a lista dos laboratórios, nos termos do n.º 4, bem como as alterações que ocorram.

6 — Os cigarros são submetidos às medições pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco, que é responsável pelos respectivos encargos.

7 — Sempre que a Direcção-Geral da Saúde o determine, os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem realizar testes, a fim de avaliar o teor de outras substâncias produzidas pelos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais, e os efeitos dessas substâncias sobre a saúde, tendo nomeadamente em conta o respectivo perigo de dependência.

8 — Os resultados dos testes efectuados nos termos deste artigo devem ser apresentados pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco à Direcção-Geral da Saúde, até 30 de Setembro de cada ano.

9 — A Direcção-Geral da Saúde assegura a divulgação, por qualquer meio adequado, dos dados apresentados em conformidade com este artigo, a fim de informar os consumidores, tendo em conta, sempre que seja caso disso, as informações que constituam segredo de fabrico, a especificar pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco.

10 — A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro de cada ano, todos os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

Artigo 10.º

Outras informações relativas ao produto

1 — Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem apresentar à Direcção-Geral da Saúde, anualmente, até 30 de Setembro, em suporte informático, a lista de todos os ingredientes e respectivas quantidades utilizados no fabrico dos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais.

2 — A lista referida no número anterior deve ser acompanhada de uma declaração que exponha as razões da inclusão desses ingredientes nos produtos do tabaco, com indicação da sua função e categoria, e de informação sobre os dados toxicológicos de que o fabricante ou importador disponha sobre esses ingredientes, com ou sem combustão, conforme for o caso, mencionando em especial os seus efeitos sobre a saúde, nomeadamente o risco de dependência, elaborada por ordem decrescente do peso de cada ingrediente incluído no produto.

3 — Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem especificar as informações que entendam não dever ser divulgadas, nos termos do número seguinte, por constituírem segredo de fabrico.

4 — A lista referida no n.º 1, com indicação dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, é divulgada pela Direcção-Geral da Saúde aos consumidores, com salvaguarda das informações relativas a fórmulas de produtos específicos que constituam segredo de fabrico.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica anualmente à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro, os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

CAPÍTULO IV

Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros

Artigo 11.º

Rotulagem

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros medidos em conformidade com o artigo 9.º devem ser impressos numa face lateral dos maços, em língua portuguesa, de forma a abrangerem pelo menos 10 % da superfície correspondente, ou, noutras embalagens de cigarros, de forma igualmente visível.

2 — Todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco devem apresentar as seguintes advertências:

a) Advertências gerais:

«Fumar mata»;
«Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam»;

b) Uma advertência complementar escolhida da lista constante do anexo II da presente lei e que dela faz parte integrante.

3 — Cada uma das advertências gerais e complementares deve aparecer regularmente, pelo que a sua aposição deve ser alternada.

4 — A advertência geral deve ser impressa na face mais visível das unidades de embalagem e as advertências complementares na outra face destas unidades, devendo estas advertências constar, obrigatoriamente, das unidades de embalagem e de qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho do produto, excluindo as sobre embalagens transparentes.

5 — As advertências gerais previstas na alínea *a*) do n.º 2 devem cobrir pelo menos 30 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem do tabaco em que é impressa.

6 — A advertência complementar exigida na alínea *b*) do n.º 2 deve cobrir pelo menos 40 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem de tabaco em que é impressa.

7 — A superfície das advertências a que se refere o presente artigo, no caso das unidades de embalagens destinadas aos produtos que não os cigarros cuja face mais visível exceda 75 cm^2, deve ser de, pelo menos, 22,5 cm^2 para cada face.

8 — O texto das advertências gerais, das advertências complementares e das indicações dos teores deve ser:

a) Impresso em língua portuguesa e em minúsculas, com excepção da primeira letra da mensagem e das exigências gramaticais;

b) Impresso em corpo negro «Helvética» sobre fundo branco, de modo a ocupar o maior espaço possível da superfície reservada para o texto em questão;

c) Centrado na área em que o texto deve ser impresso, paralelamente ao bordo superior da embalagem;

d) Rodeado de uma moldura negra com 4 mm de largura, que não interfira com o texto da advertência ou da informação prestada.

9 — No caso de produtos do tabaco que não os cigarros, as advertências mencionadas no presente artigo podem ser apostas por meio de autocolantes, desde que estes sejam inamovíveis.

10 — É proibida a impressão dos textos especificados neste artigo nos selos fiscais das unidades de embalagem e em local susceptível de ser danificado pela abertura dessas embalagens, devendo ser impresso de modo inamovível, indelével, não dissimulado, velado ou separado por outras indicações ou imagens.

11 — Para além das exigências previstas nos números anteriores, deve ainda constar em cada unidade de embalagem o respectivo número de lote ou equivalente, de modo a permitir identificar o local e o momento de produção.

Artigo 12.º

Embalagem

As unidades de embalagem de cigarros não podem ser comercializadas contendo menos de 20 unidades.

Artigo 13.º

Denominações do produto

Não podem ser utilizados em embalagens de produtos do tabaco textos, designações, marcas e símbolos figurativos ou outros sinais que sugiram que um determinado produto do tabaco é menos prejudicial do que os outros, com excepção do disposto no n.º 1 do artigo 11.º

Artigo 14.º

Tabacos destinados ao uso oral

É proibida a comercialização de tabacos destinados ao uso oral.

CAPÍTULO V

Venda de produtos do tabaco

Artigo 15.º

Proibição de venda de produtos do tabaco

1 — É proibida a venda de produtos do tabaco:

a) Nos locais a que se referem as alíneas *a*), *d*), *e*), *f*), *g*), *h*) e *r*) do n.º 1 do artigo 4.º e nas instalações referidas na alínea *m*) do mesmo artigo;

b) Através de máquinas de venda automática, sempre que estas não reúnam cumulativamente os seguintes requisitos:

i) Estejam munidas de um dispositivo electrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;

ii) Estejam localizadas no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento, não podendo ser colocadas nas respectivas zonas de acesso, escadas ou zonas similares e nos corredores de centros comerciais e grandes superfícies comerciais;

c) A menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia;

d) Através de meios de televenda.

2 — A proibição referida na alínea *c*) do número anterior deve constar de aviso impresso em caracteres facilmente legíveis, sobre fundo contrastante, e afixado de forma visível nos locais de venda dos produtos do tabaco.

3 — É proibida a comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido.

4 — Por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, poderá ser proibida a venda de produtos do tabaco a preço inferior a um preço mínimo de referência.

CAPÍTULO VI

Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco

Artigo 16.º

Publicidade e promoção

1 — São proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo a publicidade oculta, dissimulada e subliminar, através de suportes publicitários nacionais ou com sede em Portugal, incluindo os serviços da sociedade de informação, salvo o disposto nos n.ºs 3, 4 e 7.

2 — É proibida a publicidade ao tabaco, ou ao seu uso, em máquinas de venda automática.

3 — O disposto no n.º 1 não é aplicável à informação comercial circunscrita às indicações de preço, marca e origem exibida exclusivamente no interior dos estabelecimentos que vendam produtos do tabaco, desde que

esta não seja visível no exterior dos estabelecimentos, designadamente nas respectivas montras.

4 — A publicidade na imprensa e noutros meios de comunicação impressos só é permitida em publicações destinadas exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco ou em publicações impressas e editadas em países terceiros, desde que não se destinem principalmente ao mercado comunitário.

5 — É proibida a distribuição gratuita ou a venda promocional de produtos do tabaco ou de quaisquer bens de consumo, que visem, ou tenham por efeito directo ou indirecto, a promoção desses produtos do tabaco.

6 — É proibida a distribuição de brindes, atribuição de prémios ou a realização de concursos, ainda que exclusivamente destinados a fumadores, por parte de empresas directa ou indirectamente relacionadas com o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco.

7 — É apenas admitida a promoção de produtos do tabaco quando esta se destine exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco e seja realizada fora do âmbito da actividade de venda ao público.

8 — É proibida a introdução de cupões ou outros elementos estranhos nas embalagens e sobre embalagens de produtos do tabaco, ou entre estas e aquelas, para além do próprio produto do tabaco e respectiva rotulagem.

9 — É proibida a promoção de vendas e a introdução no consumo de embalagens miniatura de marcas já comercializadas ou a comercializar.

Artigo 17.º

Publicidade em objectos de consumo

1 — Em acções publicitárias, é proibido colocar nomes, marcas ou emblemas de um produto do tabaco em objectos de consumo que não os próprios produtos do tabaco.

2 — Exceptuam-se da proibição prevista no número anterior os bens e serviços que façam uso de nomes ou marcas idênticos aos de produtos do tabaco, desde que preenchidos os seguintes requisitos:

a) A sua venda ou patrocínio não estejam relacionados com a venda de produtos do tabaco;

b) Tais bens ou serviços tenham sido introduzidos no mercado português previamente à data de publicação da presente lei;

c) O método de uso de tais nomes e marcas seja claramente distinto do dos nomes e marcas de produtos do tabaco.

3 — É proibido o fabrico e a comercialização de jogos, brinquedos, jogos de vídeo, alimentos ou guloseimas com a forma de produtos do tabaco, ou com logótipos de marcas de tabaco.

Artigo 18.º

Patrocínio

1 — É proibida qualquer forma de contributo público ou privado, nomeadamente por parte de empresas cuja actividade seja o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco, destinado a um evento, uma actividade, um indivíduo, uma obra áudio-visual, um programa radiofónico ou televisivo, que vise, ou tenha por efeito directo ou indirecto, a promoção de um produto do tabaco ou do seu consumo.

2 — É proibido o patrocínio de eventos ou actividades por empresas do sector do tabaco que envolvam ou se realizem em vários Estados membros ou que tenham quaisquer outros efeitos transfronteiriços.

3 — É proibida a distribuição gratuita ou a preços promocionais de produtos do tabaco, no contexto do patrocínio referido no número anterior, que vise ou tenha por efeito directo ou indirecto a promoção desses produtos.

CAPÍTULO VII

Medidas de prevenção e controlo do tabagismo

Artigo 19.º

Campanhas de informação, de prevenção ou de promoção de vendas

São proibidas campanhas ou outras iniciativas promovidas ou patrocinadas pelas empresas produtoras, distribuidoras, subsidiárias ou afins, de produtos do tabaco, que visem, directa ou indirectamente, a informação e a prevenção do tabagismo.

Artigo 20.º

Informação e educação para a saúde

1 — O Estado, designadamente os sectores da saúde, da educação, da juventude, do desporto, da defesa do consumidor, do ambiente, do trabalho, da economia e da cultura, bem como as regiões autónomas e as autarquias locais, devem promover a informação dos cidadãos, utilizando, sempre que possível, a língua gestual e a linguagem *Braille*, e contribuir para a criação de condições favoráveis à prevenção e ao controlo do tabagismo.

2 — Os serviços de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, designadamente centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios médicos e farmácias, devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores.

3 — A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos *curricula* da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino.

4 — A temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *curricula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde.

Artigo 21.º

Consultas de cessação tabágica

1 — Devem ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de oncologia, serviços de obstetrícia, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes.

2 — Sempre que a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta espe-

cializada, devem ser estabelecidos protocolos com outras consultas especializadas, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar.

Artigo 22.º

Grupo técnico consultivo

1 — É criado, na dependência directa do director-geral da Saúde, um grupo técnico consultivo, visando prestar assessoria técnica, bem como prestar colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

2 — O grupo técnico consultivo, designado por despacho do director-geral da Saúde, é constituído, paritariamente, por representantes da Administração Pública e da sociedade civil, e, quanto a esta, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas, por personalidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção do tabagismo e ainda por representantes de outras organizações não governamentais.

Artigo 23.º

Dever de colaboração

A Direcção-Geral da Saúde promove o cumprimento do disposto na presente lei, com a colaboração dos serviços e organismos públicos com responsabilidades nesta área.

Artigo 24.º

Estudo estatístico

1 — A Direcção-Geral da Saúde, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e com o grupo técnico consultivo, assegura o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, bem como o impacte resultante da aplicação da presente lei, designadamente quanto ao seu cumprimento, à evolução das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao público, a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco.

2 — Com o objectivo de avaliar o impacte da presente lei na saúde pública e na saúde dos trabalhadores, o Ministério da Saúde deve habilitar a Assembleia da República com um relatório contendo os elementos referidos no número anterior, de cinco em cinco anos.

3 — O primeiro relatório deve ser entregue na Assembleia da República decorridos três anos sobre a entrada em vigor da lei.

CAPÍTULO VIII

Regime sancionatório

Artigo 25.º

Contra-ordenações

1 — Constituem contra-ordenações as infracções ao disposto nos artigos 4.º a 6.º, no n.º 2 do artigo 7.º e nos artigos 8.º a 19.º, as quais são punidas com as seguintes coimas:

a) De € 50 a € 750, para o fumador que fume nos locais previstos nas alíneas *a*) a *bb*) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 4.º ou fora das áreas ao ar livre ou das áreas para fumadores previstas nos n.os 1 a 9 do artigo 5.º;

b) De € 50 a € 1000, para os proprietários dos estabelecimentos privados, pessoas colectivas, sociedades ainda que irregularmente constituídas, ou associações sem personalidade jurídica, bem como para os órgãos directivos ou dirigentes máximos dos organismos, estabelecimentos ou serviços da Administração Pública que violem o disposto no n.º 2 do artigo 7.º;

c) De € 2500 a € 10 000, para entidades referidas na alínea anterior que violem o disposto nos n.os 1 a 9 do artigo 5.º e no artigo 6.º;

d) De € 10 000 a € 30 000, para as infracções aos n.os 6, 7 e 8 do artigo 9.º e aos n.os 1 e 2 do artigo 10.º, sendo o valor reduzido para € 1500 e € 3000, respectivamente, se o infractor for pessoa singular;

e) De € 30 000 a € 250 000, para as infracções ao artigo 8.º, ao n.º 3 do artigo 9.º e aos artigos 11.º, 12.º, 13.º, 14.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º e 19.º, sendo o valor reduzido para € 2000 e € 3750, respectivamente, se o infractor for pessoa singular.

2 — A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

3 — Nos casos previstos na alínea *e*) do n.º 1, a tentativa é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

4 — Quando a infracção implicar forma de publicidade oculta ou dissimulada, é aplicável a punição prevista nas normas gerais sobre a actividade publicitária.

5 — Às contra-ordenações previstas na presente lei e em tudo quanto nela se não encontre especialmente regulado são aplicáveis as disposições do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.os 356/89, de 17 de Outubro, 244/95, de 14 de Setembro, e 323/2001, de 17 de Dezembro, e pela Lei n.º 109/2001, de 24 de Dezembro.

Artigo 26.º

Sanções acessórias

1 — No caso das contra-ordenações previstas nas alíneas *c*), *d*) e *e*) do n.º 1 do artigo anterior, podem ainda ser aplicadas as sanções acessórias previstas nas alíneas *a*) a *g*) do n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.os 356/89, de 17 de Outubro, e 244/95, de 14 de Setembro.

2 — O incumprimento do disposto nos n.os 1 a 3 do artigo 15.º determina a aplicação da sanção acessória de interdição de venda de qualquer produto do tabaco.

Artigo 27.º

Responsabilidade solidária

1 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.os 6, 7 e 8 do artigo 9.º, nos n.os 1 e 2 do artigo 10.º, no artigo 11.º e no artigo 13.º são solidariamente responsáveis o fabricante e o importador de produtos do tabaco.

2 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea *b*) do n.º 1 do artigo 15.º e no n.º 2 do artigo 16.º são solidariamente responsáveis o proprietário da máquina de venda automática de tabaco e aquele que tenha a direcção efectiva do espaço em que o equipamento se encontra instalado.

3 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto no artigo 17.º são solidariamente responsáveis o fabricante ou importador e o proprietário dos locais onde estes produtos sejam disponibilizados, de forma onerosa ou gratuita.

4 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15.º, nos n.os 1, 6 e 8 do artigo 16.º e no n.º 1 do artigo 19.º são solidariamente responsáveis o promotor da venda ou da campanha, a agência de publicidade e as entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado.

5 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.os 1 e 2 do artigo 18.º são solidariamente responsáveis a entidade patrocinadora e a entidade patrocinada.

6 — As entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado, o comerciante ou o promotor da venda eximem-se da responsabilidade referida no n.º 4 caso demonstrem não ter tido prévio conhecimento da mensagem publicitária difundida.

Artigo 28.º

Fiscalização e tramitação processual

1 — Sem prejuízo das competências atribuídas pelo artigo 7.º às autoridades administrativas e policiais, a fiscalização do disposto na presente lei compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, à excepção da fiscalização do preceituado na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15.º, no n.º 1 do artigo 16.º, no n.º 1 do artigo 18.º e no artigo 19.º, que compete à Direcção-Geral do Consumidor.

2 — A instrução dos processos de contra-ordenação compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica ou à Direcção-Geral do Consumidor, no âmbito das respectivas atribuições, e a quem devem ser enviados os autos levantados por outras entidades.

3 — A aplicação das coimas e sanções acessórias compete à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade, que delas dá conhecimento à Direcção-Geral da Saúde.

4 — O produto das coimas é distribuído da seguinte forma:

a) 60 % para o Estado;
b) 30 % para a entidade que instruiu o processo;
c) 10 % para a Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade.

CAPÍTULO IX

Disposições transitórias e finais

Artigo 29.º

Regiões Autónomas

1 — As Regiões Autónomas exercem as competências previstas na presente lei através dos organismos definidos pelos órgãos de governo próprio.

2 — O produto das coimas aplicadas nas Regiões Autónomas constitui receita própria destas.

Artigo 30.º

Norma revogatória

São revogados:

a) A Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto;
b) O Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio;
c) O Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro;
d) O Decreto-Lei n.º 287/89, de 30 de Agosto;
e) O Decreto-Lei n.º 253/90, de 4 de Agosto;
f) O artigo 18.º e o n.º 2 do artigo 24.º do Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro;
g) O Decreto-Lei n.º 200/91, de 29 de Maio;
h) O Decreto-Lei n.º 276/92, de 12 de Dezembro;
i) O Decreto-Lei n.º 283/98, de 17 de Setembro;
j) O artigo 95.º do Código dos Impostos Especiais de Consumo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro;
l) O Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro;
m) O Decreto-Lei n.º 138/2003, de 28 de Junho;
n) O Decreto-Lei n.º 76/2005, de 4 de Abril;
o) O Decreto-Lei n.º 14/2006, de 20 de Janeiro;
p) Os n.os 2 a 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 35/84, de 11 de Junho;
q) A Portaria n.º 165/84, de 26 de Março;
r) A Portaria n.º 432/91, de 24 de Maio;
s) A Portaria n.º 735/93, de 13 de Agosto;
t) O despacho n.º 19/MS/88, de 25 de Janeiro de 1989;
u) O despacho n.º 8/ME/88, de 8 de Fevereiro de 1989.

Artigo 31.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008.

Aprovada em 28 de Junho de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 26 de Julho de 2007.

Publique-se.

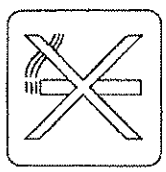
O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 2 de Agosto de 2007.

Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado,* Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.

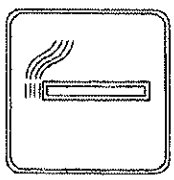
ANEXO I

MODELO A



NÃO FUMADORES
NO SMOKERS
NON FUMEURS

MODELO B



FUMADORES
SMOKERS
FUMEURS

ANEXO II

Lista das advertências complementares

a) «Os fumadores morrem prematuramente».

b) «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes».

c) «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal».

d) «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho».

e) «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo».

f) «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar».

g) «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar».

h) «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais».

i) «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa».

j) «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico».

l) «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência».

m) «Fumar provoca o envelhecimento da pele».

n) «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade».

o) «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio».

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 106/2007

O artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 102/2001, de 29 de Março, criou transitoriamente, pelo período de três anos, uma equipa de projecto tendo em vista o desenvolvimento de projectos e aplicações informáticas, bem como o apoio à utilização da informática e das novas tecnologias de informação nos tribunais.

Esta estrutura foi objecto de avaliação e em virtude dos bons resultados verificados o Governo, através do Decreto-Lei n.º 128/2004, de 1 de Junho, prorrogou o seu prazo de funcionamento até 30 de Março de 2007. O Decreto-Lei n.º 124/2007, de 27 de Abril, que revogou o Decreto-Lei n.º 102/2001 e que aprovou a nova Lei Orgânica da Direcção-Geral da Administração da Justiça, excepcionou no artigo 10.º a extinção da equipa de projecto de apoio à informatização dos tribunais, mantendo a sua estrutura, a sua composição e a remuneração dos membros da equipa de projecto.

É neste quadro que as tarefas dos elementos da equipa de projectos formada essencialmente por funcionários judiciais vêm contribuindo de forma decisiva para a informatização dos tribunais através da criação e desenvolvimento de aplicações informáticas e do apoio aos seus utilizadores.

É a estrutura responsável pelo desenvolvimento de aplicações informáticas como a aplicação de gestão processual Habilus que garante o registo e a tramitação da totalidade dos processos que correm termos em todos os tribunais judiciais, a aplicação de gestão orçamental dos tribunais e a aplicação de gestão de injunções.

Igualmente, é a estrutura responsável pelo apoio a mais de 11 000 utilizadores, entre magistrados e funcionários, e o funcionamento de mais de 50 000 equipamentos de informática.

Consequentemente, sob pena de se verificarem graves constrangimentos no desenvolvimento da informatização dos tribunais, entende o Governo que um dos factores decisivos para o sucesso assinalável destes projectos consistiu no facto de a sua estrutura ter um núcleo constituído por profissionais dedicados em exclusivo à sua concretização.

Assim:

Nos termos da alínea *g*) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Prorrogar por um ano, com efeitos a partir de 30 de Março de 2007, o prazo de funcionamento da equipa de projecto criada pelo n.º 1 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 102/2001, de 29 de Março.

2 — Determinar que a presente resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Presidência do Conselho de Ministros, 19 de Julho de 2007. — Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado*, Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.

MINISTÉRIOS DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS

Portaria n.º 903/2007

de 14 de Agosto

Pela Portaria n.º 382-F/2002, de 9 de Abril, foi renovada à Associação de Caça e Pesca do Coroto a zona de caça associativa de Rabal (processo n.º 1838-DGRF), situada no município de Bragança, válida até 16 de Julho de 2007.

Entretanto, a entidade concessionária veio requerer a sua renovação, tendo em simultâneo solicitado a correcção da área primitivamente concessionada de 1540 ha para 1524 ha, por exclusão das áreas sociais (terrenos não cinegéticos) e alteração das freguesias pela nova divisão administrativa das mesmas.

Cumpridos os preceitos legais, com fundamento no disposto no artigo 48.º, em conjugação com o estipulado na alínea *a*) do artigo 40.º e no n.º 1 do artigo 118.º, do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, manda o Governo, pelos Ministros do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria é renovada, por um período de seis anos, a concessão da zona de caça associativa de Rabal (processo n.º 1838-DGRF), conforme planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, abrangendo vários prédios rústicos sitos nas freguesias de Rabal, França e Aveleda, município de Bragança, com a área de 1524 ha.

Apêndice 3 – Acções desenvolvidas pela DGS para implementação da Lei no período imediato à sua aprovação

O intervalo entre a aprovação da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto e a sua aplicação foi curto, de menos de três meses.

Foi desenvolvido um grande esforço por parte da Direcção-Geral da Saúde e Administrações Regionais de Saúde no sentido de proporcionar formação aos profissionais de saúde e esclarecimentos ao público. Foi produzida pela DGS uma série de Circulares, Despachos e Comunicados que se encontram enumerados na Tabela 40.

Algumas das iniciativas tomadas, são a seguir enunciadas:

- Produção pela DGS de folheto Informativo sobre a Lei "Respire bem! Prefira ambientes sem fumo", distribuído pela população através dos domicílios postais, pelos CTT a partir de 17 de Dezembro de 2007;
- Publicação pela DGS de 2500 exemplares do folheto "Respire Bem! Prefira ambientes sem fumo" destinados a dirigentes e líderes de opinião em Dezembro de 2007;
- Passagem de *Spot* a anunciar a entrada em vigor da Lei nos Multibancos de 24 a 31 de Dezembro de 2007;
- Passagem de *Spot* a anunciar a entrada em vigor da Lei, destinado a jovens, no *Messenger* (internet), de 24 a 30 de Dezembro 2007;
- Passagem de *Spot* a anunciar a entrada em vigor da Lei nos canais generalistas da televisão entre 22 a 31 de Dezembro de 2007;
- Criação do *microsite* sobre o tabaco localizado no Portal da DGS em www.dgs.pt em Dezembro de 2007;
- Publicação de "Estudo interpretativo sobre a Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto" – 2500 exemplares;
- Realização de reuniões públicas para divulgação da Lei promovidas pelas ARS e DGS;

- Organização ou participação em diversas acções e encontros formativos destinados a profissionais de Saúde, pelas ARS com a participação da DGS em diversas destas acções;

- Publicação do "Programa-tipo de actuação em cessação tabágica"; [27]

- Assinatura de protocolo com a Associação de Discotecas Nacional, a 07 de Março de 2008, sobre aceitação mútua das duas entidades sobre a interpretação a dar à Lei;

- Publicação de parecer sobre a aplicação da Lei a Casinos, produzido por solicitação desta Direcção-Geral ao Prof. Jorge de Miranda em 05 de Fevereiro de 2008;

- Publicação de parecer sobre a aplicação da Lei a Associações Homologado em 26 de Junho de 2008.

Para além disso constituiu-se um Grupo de Trabalho para a implementação das Consultas de Cessação Tabágica, com participação das cinco ARS (a primeira reunião realizou-se a 7 de Maio de 2008). Elaborou-se proposta de ficha de recolha de dados por estabelecimento de saúde para avaliação anual do funcionamento e número de utentes seguidos nestas consultas. A actualização periódica das consultas de apoio intensivo disponíveis no SNS está a ser feita no site da DGS e está em curso um processo de melhoria informática deste dispositivo.

Tabela 40. Circulares, despachos e comunicados da DGS produzidos no contexto da implementação da Lei

09 Novembro 2007	Despacho do Director-Geral da Saúde que cria o Grupo Técnico Consultivo previsto no artigo 22º da Lei 37/2007, de 14 de Agosto.
17 Outubro 2007	Circular Informativa nº 37/DSPPS/DICES Medidas de protecção contra a exposição ao fumo ambiental do tabaco em estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde - Aplicação da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto
09 Dezembro 2007	Despacho do Director-Geral da Saúde Criação do Grupo Técnico Consultivo previsto no n.º 2 do art. 22.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto
13 Dezembro 2007	Circular Informativa nº 43/DIR Lei N.º37/2007, de 14 de Agosto - Nova Lei de Prevenção do Tabagismo
21 Dezembro 2007	Circular Normativa nº 25/DIR Aplicação da nova Lei de Prevenção do Tabagismo na Direcção-Geral da Saúde
27 Dezembro 2007	Circular Informativa nº 46/DIR Lei n.º37/2007 - Lei para a protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco - estudo interpretativo
28 Dezembro 2007	Circular Normativa nº 26/DSPPS Programa-tipo de actuação em cessação tabágica
4 Janeiro 2008	Despacho do Director-Geral da Saúde Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco
7 Janeiro 2008	Comunicado do Director-Geral da Saúde Conclusões da 1ª Reunião do Grupo Técnico Consultivo
9 Janeiro 2008	Comunicado do Director-Geral da Saúde Esclarecimento sobre a aplicação da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto
11 Janeiro 2008	Comunicado do Director-Geral da Saúde Certificação da conformidade dos dispositivos de ventilação e de extracção de ar
18 Janeiro 2008	Comunicado do Director-Geral da Saúde Aplicação da Lei do Tabaco em Discotecas
06 Fevereiro 2008	Circular Normativa nº 01/DIR Nova Lei do Tabaco/Aplicação da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, a hospitais psiquiátricos, serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação, e unidades de internamento de toxicodependência e alcoolismo
22 de Fevereiro de 2008	Ofício da DGS para a ASAE sobre a Lei do Tabaco Procedimentos que visam verificar a eficácia dos sistemas de ventilação e extracção, nomeadamente nas excepções criadas expressamente para o efeito ao abrigo do disposto no nº 5 do artº 5º da Lei nº37/2007 de 14 de Agosto
16 Maio 2008	Despacho do Director-Geral da Saúde de Alteração da constituição do Grupo Técnico Consultivo
26 Maio 2008	Despacho de que aprova o regulamento interno do Grupo Técnico Consultivo.

Apêndice 4 – Parecer da NENASE

Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal 2008-2010

Infotabac Relatório - Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco 2011

Tendo em conta

- Os dados constantes no relatório versão *Confidencial – Grupo Técnico Consultivo*, *Capítulo IV – Protecção da exposição ambiental ao fumo do tabaco*

  Ponto *4.2. Escolas*, relativos ao cumprimento da Lei nos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário (2009-2010);

- Os contactos telefónicos efectuados directamente com os directores/coordenadores das escolas assinaladas na lista da DGS como tendo declarado não cumprir a Lei (2009-2010): todas as escolas interditaram completamente o consumo de tabaco no espaço escolar, apesar de não terem investido na afixação do dístico consignado em Lei;

- O articulado na reunião ocorrida a 26 de Janeiro pp., na DGS

Somos de parecer que se altere no texto definitivo

- *Figura 14. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, nos anos lectivos de 2006-2007 até 2009-2010* o valor 80,7, que reporta ao ano lectivo 2009/2010, seja alterado para 99,9;

- Tabela 23. *Aspectos de cumprimento da Lei nos estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, que declaram cumprir a Lei, nos anos lectivos de 2008/2009 e 2009/2010,* na linha *A escola interditou completamente o consumo de tabaco em todo o espaço escolar*, coluna *2009/2010*, o valor *98,4%* seja alterado para 99,9%;

- Nesta mesma tabela, retirar a linha *Número de escolas com queixas relativamente ao consumo de tabaco no interior da escola*;

- *Figura 16. Percentagem de estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário com interdição de fumar em todo o espaço escolar, nos anos lectivos de 2006/2007 a 2009/2010,* o valor 98,5, que reporta ao ano lectivo 2009/2010, seja alterado para 99,9.

NESASE, 31 Janeiro 2011

Referências

(1) Qmetrics. Lei do tabaco – Percepções do cidadão. Estudo qualitativo. Lisboa: Qmetrics; Janeiro 2011.

(2) European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey. [acedido em Janeiro 2011]. Disponível em Janeiro de 2010 em : http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2010/74/en/2/EF1074EN.pdf

(3) European Commission. Tabacco: Special Eurobarometer 332. – Tabaco. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010.

(4) European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 272. Brussels: TNS opinion & social, 2007.

(5) Paixão E, Dias CM, Branco, MJ. Infotabaco. Uma observação em 2010. Relatório. Lisboa: INSA. Departamento de Epidemiologia; Dezembro 2010.

(6) Ministério da Saúde. Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Lisboa: Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2010.

(7) Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience; 2008.

(8) U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD : Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.

(9) Pell JP, Haw S, Cobbe S, *et al.* Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome. N Engl J Med. 2008; 31 (5): 482-491.

(10) Meyers DG, Neuberger JS, He J. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places. J Am Coll Cardiol. 2009; 54: 1249-55.

(11) World Health Organization, Regional Office for Europe: WHO guidelines for indoor air quality: selected pollutants. Copenhagen: World Health Organization, 2010.

(12) Ministério da Saúde. Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde; 2006.

(13) Ministério da Saúde. Estudo de opinião. Lisboa: Eurosondagem, Ministério da Saúde; 2007.

(14) Direcção-Geral da Saúde, INFOTABAC. Avaliação Intercalar do Impacte da Nova Legislação de Prevenção do Tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de Agosto). Relatório. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2009.

(15) Zar JH. Biostatistical Analysis. New Jersey: Prentice Hall International, 1996: página 524.

(16) World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control [acedido a 04/01/2011]. Disponível em www.who.int/fctc/en/index.html

(17) Comissão das Comunidades Europeias. Recomendação do Conselho sobre a criação de espaços sem fumo; 30/06/2009; [acedido a 27/12/ 2010]. Disponível em http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B7-2009-0164+0+DOC+XML+V0//PT

(18) Areias, A *et al*. A asma e a nova Lei do tabaco: o que mudou? Rev-Port-Pneumol. 2009; 15 (1): 27-42.

(19) Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. Lisboa: INSA/INE; 2008.

(20) Instituto Nacional de Saúde. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INSA. Departamento de Epidemiologia; 2009.

(21) Instituto Nacional de Saúde. Atlas dos determinantes de saúde em Portugal – Documento de trabalho. Lisboa: INSA; 2008.

(22) Rabiais S, Dias CM. Consumo de tabaco nas regiões de Portugal Continental: Comparação dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1987/1996/1999. Observações. 2005; 29.

(23) Dias, CM; Martins, P; Graça, MJ. Consumo de tabaco na população de Portugal Continental: Comparação dos dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 1987/1996/1999. Observações 2001; 13.

(24) Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S. The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2009.

(25) Hibell B *et al*. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Council of

Europe and Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou group); 2009.

(26) US Dept. 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; 2004.

(27) U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta: Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

(28) Sadik A. Khuder SA, Milz S, Jordan T *et al*. The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease. Prev Med. 2007; 45 (1): 3-8.

(29) Borges M, Gouveia M, Costa J, Pinheiro LS, Paulo S, Vaz Carneiro A. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Rev. Port. Pneumologia. 2009; 15 (6): 952-1004.

(30) Canadian Cancer Society. Cigarette Package Health Warnings : Internacional Status Report. Toronto: Canadian Cancer Society, 2010.

(31) World Health Organization. MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008.

(32) Nunes E, Candeias A, Mendes B *et al*. Programa-tipo de Cessação Tabágica. Lisboa: Gradiva, Direcção-Geral da Saúde, 2008.

(33) Infarmed, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I.P.. Prontuário Terapêutico. Março de 2010 (9). Lisboa: INFARMED. Ministério da Saúde, 2010. [acedido a 11/02/2011]. Disponível em http://www.infarmed.pt/prontuario/prontuario_terapeutico.pdf

(34) World Health Organization Regional Office for Europe. Empower Women: Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2010

(35) Layte R, Whelan CT. Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. European Sociological Review. 2009; 25 (4): 399-410.

(36) Precioso, J. *et al*. Avaliação do cumprimento da Lei portuguesa de prevenção do tabagismo no sector da restauração. Revista de Saúde Pública Florianópolis 2009 Jan- Jul. Santa Catarina, Brasil; 2 (1); [acedido a 24/01/2011]. Disponível em http://www.coppt.pt/attachments/053_200909_57.pdf

(37) Reis *et al*. First exploratory descriptive study on adherence to and compliance with the Portuguese smoke-free law in the adherence to and compliance with the leisure-hospitality sector. Tob Control 2010 19: 171-172 doi: 10.1136/tc.2008.028720

(38) Precioso et al. Qualidade do ar interior em estabelecimentos da restauração após a entrada em vigor da lei portuguesa de controlo do tabagismo. Estudo não publicado. Poster disponível em http://www.coppt.pt/attachments/128_201011-Poster-Precioso.pdf, consultado em Fevereiro de 2011.

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

Instituto_Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

ANEXO

INFOTABAC RELATÓRIO

Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do Tabaco

2011

AVALIAÇÃO DA LEI DO TABACO EM PORTUGAL

2008-2010

ANEXO 1

INFOTABAC RELATÓRIO

Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco

2011

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE

Índice

Índice iii

Actividade do Grupo Técnico Consultivo 2

1.1 Descrição da actividade 2

1.2 Propostas de revisão 5

Apêndices 9

Apêndice 1 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos até 26 de Janeiro de 2011 9

Apêndice 2 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos após 26 de Janeiro de 2011 33

Actividade do Grupo Técnico Consultivo

Neste capítulo são apresentadas a constituição do Grupo Técnico Consultivo, a sua actividade e as propostas de alteração da Lei.

1.1 Descrição da actividade

O Grupo Técnico Consultivo (GTC) foi criado por despacho de 9 de Novembro de 2007 do Director-Geral da Saúde em execução do disposto no art. 22.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, visando prestar assessoria técnica, bem como prestar colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

De acordo com o normativo citado é constituído, paritariamente, por representantes da Administração Pública e da sociedade civil, e, quanto a esta, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas, por personalidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção do tabagismo e ainda por representantes de outras organizações não governamentais.

A composição do Grupo Técnico Consultivo foi alterada por despacho do Director-Geral da Saúde de 16 de Maio de 2008, incluindo actualmente representantes das seguintes entidades:

1. Administração Regional de Saúde do Alentejo;
2. Administração Regional de Saúde do Algarve;
3. Administração Regional de Saúde do Centro;
4. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo;
5. Administração Regional de Saúde do Norte;
6. Agência para a Energia (Adene);
7. Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP);
8. Associação Discotecas Nacional (ADN);
9. Associação dos Industriais Hoteleiros e Similares do Algarve (AIHSA);
10. Associação Portuguesa de Centros Comerciais (APCC);
11. Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo (APHORT);
12. Associação Portuguesa da Indústria de Refrigeração e Ar Condicionado (APIRAC);
13. Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE);
14. Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT);
15. Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses-Intersindical Nacional (CGTP-IN);

16. Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (COPPT);
17. Direcção Regional da Saúde da Região Autónoma dos Açores;
18. Direcção Regional da Saúde Pública da Madeira, actualmente Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira (IP RAM);
19. Direcção-Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC);
20. Direcção-Geral da Saúde (DGS);
21. Direcção-Geral das Alfândegas e dos Impostos Especiais sobre o Consumo (DGAIEC);
22. Direcção-Geral do Consumidor;
23. Inspecção-Geral das Actividades Económicas;
24. Instituto Português da Juventude (IPJ);
25. Instituto do Desporto de Portugal (IDP);
26. Ordem dos Enfermeiros;
27. Ordem dos Engenheiros;
28. Ordem dos Farmacêuticos;
29. Ordem dos Médicos Dentistas;
30. Ordem dos Médicos;
31. Sindicato dos Trabalhadores da Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Norte (STIHTRSN);
32. Sindicato dos Trabalhadores e Técnicos de Serviços (SITESE);
33. União Geral de Trabalhadores (UGT);
34. União Humanitária dos Doentes com Cancro (UHDC)

Para além dos Conselheiros são frequentemente convidados a participarem nas reuniões do GTC representantes de outras entidades com relevante interesse nas matérias em discussão, sem que tenha havido necessidade, até à presente data, de distinguir entre conselheiros e observadores para efeitos de votação.

Indicam-se seguidamente as datas em que o GTC reuniu, observando-se que as respectivas actas, bem como o regulamento interno aprovado, estão disponíveis no *microsite* do tabaco acedível a partir de www.dgs.pt . Cumpre realçar que os compromissos a que a DGS teve que atender durante a pandemia de gripe A motivaram o desvio dos recursos existentes para esse fim, tendo as reuniões sido retomadas no final do ano de 2010.

Tabela 1. Lista das reuniões realizadas pelo Grupo Técnico Consultivo entre 2008 e 2010

2008	2009	2010	2011
7 de Janeiro	26 de Fevereiro	25 de Novembro	26 de Janeiro
11 de Fevereiro	24 de Junho	29 de Dezembro	
26 de Maio			
22 de Outubro			

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Nas reuniões mais recentes do GTC (7.ª e 8.ª reuniões) que assumiram algum carácter de balanço no limiar da conclusão dos três anos de vigência da Lei do tabaco, foram assumidas posições de satisfação com os aspectos positivos por ela trazidos e também algumas preocupações com os desafios que ainda se colocam.

O tom geral é bem sintetizado pela intervenção de um dos conselheiros, "Portugal deu um passo importante há três anos com a aprovação da Lei, mas ao longo do tempo ela foi decaindo e a permissividade está aí novamente".

Adicionalmente, as palavras do Director-Geral da Saúde acentuam os mesmos aspectos, "os cidadãos tiveram um comportamento absolutamente exemplar" perante a nova Lei, "houve ganhos com esta Lei, todavia, esta tem aspectos que podem e devem ser melhorados".

Os desafios que se colocam são:

1) Os aspectos técnicos da Lei

> "O que está escrito [na Lei] não se consegue executar", "não é possível cumprir as concentrações actuais de referência se existirem fumadores [nos espaços fechados]".
> "No que toca a questões da qualidade do ar interior dentro dos edifícios, segundo a OMS, não há limiar seguro".

Fonte: Acta 7 da reunião do GTC (25 de Novembro)

2) Conseguir reforçar o cumprimento da Lei

> "[Existe] problemática relativamente aos casinos, onde há evidências de não cumprimento da Lei".
> "Tem de se dar um passo importante na fiscalização [da Lei]"
> "No sector da publicidade, ainda foram registadas algumas infracções".

Fonte: Acta 7 da reunião do GTC (25 de Novembro)

1.2 Propostas de revisão

Na reunião de 29 de Dezembro de 2010 foi solicitado aos conselheiros que formalizassem junto da DGS propostas de alteração da Lei n.º37/2007, considerando os objectivos que presidiram à elaboração do presente relatório e a necessidade de garantir a aceitabilidade social de eventuais alterações que no âmbito da avaliação prevista no seu art. 24.º entendam vir a adoptar-se. A 26 de Janeiro, em reunião do GTC foi apresentada uma versão preliminar deste relatório.

Assim, as tabelas seguintes sintetizam as propostas recebidas (a Tabela 2 inclui as propostas recebidas até dia 26 de Janeiro e a Tabela 3 as propostas recebidas depois de 26 de Janeiro).

Os Apêndices 1 e 2 apresentam na intrgra todos os contributos recebidos. Os contributos recebidos depois de dia 26 (Apêndice 3) incluem igualmente comentários à versão do relatório apresentada na reunião de dia 26, alguns dos quais foi possível integrar na versão final.

Tabela 2. Propostas de revisão recebidas até 26 de Janeiro

Autores das Propostas	Resumo do conteúdo
ADENE Agência para a Energia	A qualidade do ar interior não se coaduna com a presença do fumo de tabaco, tendo as auditorias realizadas nesses espaços revelado elevados níveis de poluentes. No actual contexto legislativo e futuro do Regulamento dos Sistemas Energéticos e de Climatização em Edifícios (RSECE) a opção pela proibição de fumar é a que melhor garante, se não mesmo a única que garante, a possibilidade de cumprimento efectivo da legislação da qualidade do ar interior. Tal opção, para além de contribuir para uma maior protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, pode também prevenir a necessidade de investimento, pelos proprietários dos edifícios, em novas soluções de ventilação ou adaptação das existentes, em situações decorrentes da implementação obrigatória dos Planos de Acções Correctivas da Qualidade do Ar Interior.
AHRESP Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal	Manifesta oposição a alteração no sentido de uma maior restrição relativamente aos locais onde pode ser permitido o tabaco

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

(Continua)

Tabela 2. Propostas de revisão recebidas até 26 de Janeiro (continuação)

Autores das Propostas	Resumo do conteúdo
AIHRC Associação dos Industriais de Hotelaria e Restauração do Centro	1. Nos estabelecimentos de alojamento, restauração e ou bebidas, com ou sem fabrico de panificação, geladaria e ou pastelaria e ou com ou sem sala ou espaço para dançar é proibido fumar nos termos da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto; 2. Lamenta que não tenha sido cumprido a Lei n.º37/2007, bem como a legislação sobre certificação energética e qualidade do ar no interior dos edifícios, permitindo-se que em muitos dos estabelecimentos fosse permitido fumar; 3. Condena que a permissão de fumar tenha proporcionado a venda de equipamentos que em nada contribuíram para a protecção dos trabalhadores e clientes, representando, isso sim, um desrespeito à lei e a todos quantos se viram obrigados a permanecer em tais espaços, revestindo um custo desnecessário para muitas das empresas; 4. Considera que a execução da lei e a falta de fiscalização efectiva, promoveu a concorrência desleal entre estabelecimentos.
APHORT Associação Portuguesa de Hotelaria	A revisão deve corrigir desequilíbrios que afectam a sua boa aplicação e basear-se nas boas práticas europeias, de que o caso Espanhol é o exemplo mais recente. Propostas concretas: i) proibição total de fumo nos locais fechados dos estabelecimentos de restauração e bebidas e empreendimentos turísticos; ii) Afixação de dísticos nas esplanadas; iii) Partilha de responsabilidade de todos os intervenientes mediante a igualização dos valores das coimas; iv) proibição de venda de produtos do tabaco por trabalhadores com idade inferior a 18 anos; v) Diminuição do valor da coima aplicável às pessoas colectivas em caso de falta de afixação de dístico de proibição de venda de tabaco e de produtos de tabaco a menores de 18 anos fixado entre € 30 000,00 e os 250 000,00; vi) Reconhecimento das Autoridades Regionais de Saúde e da Autoridade para as Condições de Trabalho como entidades fiscalizadoras.
Ordem dos Engenheiros	Os requisitos para as excepções devem ser inequívocos e quantificados. A verificação da conformidade das instalações técnicas montadas nos espaços destinados a fumadores deverá ser feita com base em medições simples, a um preço razoável e com uma metodologia claramente definida. A solução de implementação mais simples é utilizar como critério o caudal de ar novo aplicando a técnica dos gases traçadores, na qual se monitoriza a evolução temporal de um dado gás no interior do compartimento. Deve assumir-se que quando, no interior dos edifícios, há geração de poluentes devida ao fumo de tabaco, o nível de qualidade do ar é pior do que em condições normais.
Ordem dos Farmacêuticos	Propostas concretas: i) Clarificar as expressões e termos utilizados ao longo do diploma; ii) Proibição absoluta do tabaco nos espaços fechados e alguns espaços públicos abertos; iii) Inclusão de imagens reais nos maços de tabaco que evidenciem as consequências do seu consumo;
STIHTRSN Sindicato dos trabalhadores da Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Norte	Nenhuma pessoa e, em particular, nenhum trabalhador pode ser obrigado a estar exposto ao fumo do tabaco dos outros. Só a proibição total de fumar nos estabelecimentos de restauração, bebidas, alojamento e de jogo protege os cidadãos e os trabalhadores da exposição involuntária ao fumo. Mantendo-se alguma excepção à proibição de fumar não se admite que em locais de acesso dos trabalhadores e onde estes tenham que permanecer para desenvolver a sua actividade profissional. Ou seja, admite-se que possam ser criadas salas exclusivamente destinadas aos clientes e trabalhadores para estes fumarem, mas onde não seja exercida qualquer actividade profissional permanente.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Tabela 3. Propostas de revisão recebidas após 26 de Janeiro

Autores das Propostas	Resumo do conteúdo
ADN Associação Discotecas Nacional	Deve ser mantida a actual redacção da lei, mantendo-se a excepção para as discotecas que é justificada nos seguintes termos: nas discotecas só entram pessoas com idade superior a 16 anos; quem vai à discoteca, sabe para o que vai e o que vai lá encontrar; as discotecas cumprem a lei sobre a extracção do ar.
AHRESP Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal	Manifesta oposição a alteração no sentido de uma maior restrição relativamente aos locais onde pode ser permitido o tabaco
APCC Associação Portuguesa de Centros Comerciais	A Lei n.º 37/2007 é cumprida pela grande maioria dos cidadãos, existindo contudo casos de prevaricação devidamente identificados pelas entidades competentes. Esta lei não deve ser alterada na sua essência, possibilitando a continuidade da operação das zonas de dístico azul nos recintos fechados de utilização colectiva como são os centros comerciais.
ASAE Autoridade de Segurança Alimentar e Económica	i)Os requisitos técnicos dos equipamentos a utilizar no âmbito das excepções devem ser especificados de forma clara e precisa, fixando-se limites e metodologias para a sua verificação; ii) A separação física dos espaços destinados a fumadores deve ser obrigatória, pois só desta forma de pode proteger a saúde dos clientes não fumadores dos efeitos adversos do tabaco; iii) Deve existir uma norma que habilite a ASAE a determinar medidas cautelares, tal como a suspensão do espaço para fumadores, até que os requisitos técnicos sejam cumpridos; iV) Deve ser sancionado como reincidente o infractor que cometa contra-ordenação cominada com sanção acessória, depois de condenado com outra contra-ordenação ao mesmo diploma ou seus regulamentos, praticada há menos de cinco anos e também sancionada com sanção acessória.
CGTP-IN Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses-Intersindical Nacional	Tendo em conta as excepções que a Lei n.º37/2007 estabelece à proibição de fumar em certos espaços públicos, há cidadãos que continuam a não estar protegidos da exposição involuntária ao fumo do tabaco. Não se justifica que continuem a permitir-se excepções ao princípio da proibição de fumar em espaços públicos fechados, sobretudo quando esses espaços são também locais de trabalho, obrigando os trabalhadores que neles desenvolvem actividade profissional a elevados níveis de exposição ao fumo do tabaco, em prejuízo da sua saúde. É o que sucede especialmente nos estabelecimentos de restauração e bebidas e de alojamento, bem como nos casinos e salas de bingo. Em futura revisão da Lei 37/2007, de 14 de Agosto, deveriam ser eliminadas as excepções ao princípio geral da proibição de fumar em espaços públicos fechados, de modo que nenhum trabalhador seja obrigado a estar exposto ao fumo de tabaco no seu local de trabalho.
SIJ Serviço de Inspecção de Jogos, Turismo de Portugal	Qualquer alteração à Lei do Tabaco deve ter em conta o contexto de crise económica que o País atravessa, a dimensão da actividade do jogo e o seu reflexo no emprego e receitas do Estado.
SPT Sociedade Portuguesa de Tabacologia	A Lei do Tabaco deve ser revista no sentido de garantir para todos os portugueses, fumadores e não fumadores, espaços públicos de uso colectivo e locais de trabalho 100% livres de fumo de tabaco. Esta medida é bem aceite pela comunidade, não tem custos e salva vidas, como demonstram inúmeros estudos que revelam significativas reduções da mortalidade e morbilidade.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

(Continua)

Tabela 4. Propostas de revisão recebidas após 26 de Janeiro (continuação)

Autores das Propostas	Resumo do conteúdo
COPPT Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo	São propostas as seguintes alterações legislativas: 1) Previsão de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo; 2) Afectação de recursos financeiros para actividades de informação, prevenção e apoio medicamentoso aos fumadores que querem deixar de fumar; 3) Protecção dos não fumadores acabando com a generalidade das actuais excepções, estudando o caso particular dos estabelecimentos prisionais, estabelecimentos de internamento psiquiátrico e dos estabelecimentos hoteleiros; 4) Regular a proibição de fumar ao ar livre nas áreas circundantes dos estabelecimentos de saúde, estabelecimentos escolares e parques infantis; 5) Criar melhores condições para a realização da actividade inspectiva e prever regras de inspecção periódica; 6) Proibir a exposição dos produtos de tabaco nos postos de venda (display ban); 7) Prever advertências de saúde através da aposição de imagens nos maços de tabaco; 8) Regular os novos produtos de tabaco e de nicotina (tabaco de uso oral, cigarros electrónicos, vaporizadores de nicotina, etc.).
DG Consumidor	Existem dificuldades em provar que as indicações de preço, marca e origem são visíveis do exterior, pois nem sempre as fotografias juntas aos autos de notícia levantados são concludentes. O expositor nem sempre é propriedade do proprietário do ponto de venda, sendo que nestes casos o conceito de titular do suporte publicitário poderá ser entendido em sentido estrito ou em sentido lato. A revisão da Lei n.º37/2007 deve restringir o fumo do tabaco em todos os locais públicos fechados, pugnando igualmente por campanhas de sensibilização e programas de apoio ao abandono do tabagismo, e com a criteriosa e objectiva definição das características e especificações técnicas dos equipamentos a utilizar nos espaços onde seja permitido fumar. Deverão ser clarificados os conceitos de "promotor da venda ou da campanha", bem como a definição de "suporte publicitário", podendo aplicar-se, para evitar dúvidas interpretativas, as definições constantes dos artigos 3º a 5º do Código da Publicidade No âmbito da responsabilidade solidária dos agentes da infracção, o artigo 27º da Lei do Tabaco poderia remeter para o disposto no artigo 36º do Código da Publicidade, de modo a clarificar a aplicação da lei. Em face do aparecimento do "cigarro electrónico", a Lei do Tabaco poderia estender a disciplina legal existente a esta realidade. Propõe-se que o artigo 4.º seja alterado passando a prever genericamente a proibição de fumar em todos os locais públicos fechados. Caberá ao artigo 5.º tipificar as únicas excepções a esta regra geral.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Apêndices

Apêndice 1 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos até 26 de Janeiro de 2011

Entidade	Título do documento	Data do documento
ADENE	Parecer sobre o impacto da lei do tabaco na qualidade do ar interior dos edifícios	13 Janeiro 2011
AHRESP	Lei nº 37/2007 de 14 de Agosto – Lei do tabaco-posição da AHRESP	6 Janeiro 2011
AIHRC	Lei 37/2007, de 14 de Agosto. Esclarecimento – "Lei do tabaco"	24 Janeiro 2011
APHORT	Revisão da lei 37/2007	6 Janeiro 2011
Ordem dos Engenheiros	Opinião sobre a lei do tabaco	4 Janeiro 2011
Ordem dos Farmacêuticos	Proposta de revisão da lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto	6 Janeiro 2011
STIHTRSN	Revisão da lei 37/2007	21 Janeiro 2011

Notas: ADENE - Agência para a Energia; AHRESP - Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal; AIHRC - Associação dos Industriais de Hotelaria e Restauração do Centro; APHORT - Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo; STIHTRSN - Sindicato dos trabalhadores da Indústria de Hotelaria, Turismo, Restaurantes e Similares do Norte

Dr. Paulo Nogueira

ADENE

AGÊNCIA PARA A ENERGIA

Entidade Gestora

Certificação Energética
e Ar Interior
EDIFÍCIOS

Exmº Senhor

Director-Geral de Saúde

Dr. Francisco George

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 LISBOA

Refª: 045/D/2011

Miraflores, 13 de Janeiro de 2011

Assunto: Parecer sobre o impacto da Lei do Tabaco no SCE - ADENE

Exmº Senhor Director-Geral de Saúde,

Conforme solicitado, junto enviamos o parecer da ADENE relativamente ao impacto da Lei do tabaco no cumprimento dos requisitos da qualidade do ar interior, impostos pelo Regulamento dos Sistemas Energéticos e de Climatização dos Edifícios (DL79/2006 de 4 Abril, RSECE).

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos, com os nossos melhores cumprimentos,

Alexandre Fernandes

Director-Geral

Paulo Santos

Director de Edifícios

Direcção - Geral da Saúde
Serv. GASER
ENTRADA
000806 JAN 21 11 AM09:55

Rua Dr. António Loureiro Borges, 5 - 6º Arquiparque - Miraflores - 1495-131 Algés - Portugal
Tel. +351 214722800 **Fax.** +351 214722898 **e-mail** geral@adene.pt **web** www.adene.pt
NIPC 501 6 8 392 - CRC Cascais Matrícula nº 5016 8392 - Capital Social: 1.035.504,44 €

GASER

Certificação Energética
e Ar Interior
EDIFÍCIOS

ADENE
AGÊNCIA PARA A ENERGIA

Parecer sobre o Impacto da Lei do Tabaco na Qualidade do Ar Interior dos Edifícios

A QAI no âmbito do SCE

1. No contexto da transposição da Directiva Europeia relativa ao Desempenho Energético dos Edifícios, Portugal foi o único país da Europa que procedeu à implementação da Qualidade do Ar Interior (QAI) nesse quadro regulamentar, na lógica da relação naturalmente existente entre a melhoria da eficiência energética global dos edifícios e a garantia de uma boa QAI nos mesmos. No âmbito dessa legislação, o Sistema de Certificação Energética e da Qualidade do Ar Interior (SCE), em vigor desde 1 Julho de 2007, analisa em conjunto os aspectos da Energia e da QAI, que estão intimamente ligados, apontando para um cenário de equilíbrio entre a salvaguarda das condições de conforto, a redução de consumos energéticos e a garantia de salubridade dos espaços.

2. Assim, à excepção dos edifícios industriais e locais de culto ou igrejas, todos os edifícios não residenciais existentes estão sujeitos a um referencial de QAI, descrito no Regulamento dos Sistemas Energéticos e de Climatização em Edifícios (RSECE), que impõe o cumprimento das concentrações máximas das seguintes substâncias poluentes:

Partículas suspensas no ar	0,15 mg/m^3
Dióxido de carbono	1800 mg/m^3
Monóxido de carbono	12,5 mg/m^3
Ozono	0,2 mg/m^3
Formaldeído	0,1 mg/m^3
Compostos Orgânicos Voláteis	0,6 mg/m^3
Microrganismos - Bactérias	500 UFC/m^3
Microrganismos – Fungos	500 UFC/m^3
Legionella	100 UFC/l
Radão	400 Bq/m^3

3. Desta forma, o SCE e os regulamentos para os edifícios (RSECE, DL 79/2006 e RCCTE, DL80/2006 de 4 Abril) definem um conjunto de requisitos técnicos e de mecanismos de actuação que visam a garantia da qualidade do ar interior nos edifícios de serviços e que estabelecem um contexto com o qual a Lei do Tabaco é coerente.

O impacto do fumo do tabaco no cumprimento do RSECE

4. De facto, a garantia da qualidade do ar interior não se coaduna com a presença de fumo de tabaco nos espaços. Actualmente, nos espaços onde excepcionalmente é permitido fumar, os resultados das auditorias no âmbito do SCE, têm revelado níveis elevados de determinados poluentes, como por exemplo, o formaldeído em que se verificam valores de concentrações superiores ao limite fixado de 0,10mg/m^3 e as partículas suspensas no ar de dimensão menor que 10μm (PM10), em que se verificam níveis superiores ao limite de 0,15 mg/m^3.

5. Nestes e em todos os casos em que os níveis de poluentes excedam o limite regulamentar, os proprietários dos edifícios ficam obrigados a implementar um plano de acções correctivas, aprovado previamente pela Agência Portuguesa do Ambiente, que permita repor a qualidade do ar interior, e que, em muitos casos, se traduzirá em investimentos adicionais ao nível dos sistemas de ventilação.

6. Na situação, porém, em que num espaço a principal fonte poluente é o tabaco, existe sempre a opção pela medida correctiva de proibição de fumar, implementando ambientes 100% livres de tabaco, sem a necessidade de proceder a qualquer tipo de investimentos financeiros adicionais. Aliás, a estratégia de proibir a actividade de fumar nos espaços interiores é o único meio eficaz para controlar os riscos de saúde associados à exposição ao fumo ambiental do tabaco (ou fumo passivo), facto que é apresentado quer pela Organização Mundial de Saúde (OMS), quer pela American Society of Heating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). Mesmo em edifícios com espaços isolados fisicamente onde é permitido fumar, que estejam permanentemente em depressão relativamente aos espaços contíguos de não fumadores, que apresentem um sistema autónomo de ventilação e cujo acesso seja efectuado através de porta de fecho automático, existe, ainda assim, risco de efeitos adversos para a saúde dos ocupantes dos espaços adjacentes, isto porque os padrões de escoamento do ar num local são facilmente alteráveis por movimentação de pessoas no espaço.

Novos limiares de protecção do ar interior

7. Importa, também, salientar que estão actualmente em curso os trabalhos de revisão regulamentar sobre a legislação dos edifícios, nomeadamente a componente da qualidade do ar interior no âmbito do RSECE, com conclusão prevista durante o presente ano. No que toca aos limiares de protecção no ar interior, está previsto que, para além do controlo relativo às concentrações máximas das PM10, comecem também a ser alvo de controlo as concentrações máximas das partículas suspensas no ar de dimensão menor que 2,5µm (PM2,5), sendo impostos limites mais exigentes, tendo em consideração os conceitos subjacentes à estratégia europeia relativa à qualidade do ar ambiente, às orientações da OMS e ao histórico das medições de qualidade do ar interior realizadas em diferentes tipologias.

8. Assim, nos espaços abertos de fumadores, enquadráveis nas excepções da actual Lei do Tabaco, afiguram-se maiores constrangimentos ao cumprimento efectivo do referencial QAI a implementar com a revisão da legislação.

Conclusão

9. Face ao exposto, é nosso entendimento que, no actual contexto legislativo e futuro do RSECE e do SCE, a opção pela proibição de fumar nos edifícios é a que melhor garante, se não mesmo a única que garante, a possibilidade de cumprimento efectivo daquela legislação no que respeita à qualidade do ar interior. Tal opção, para além de contribuir para uma maior protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, pode também prevenir a necessidade de investimento, pelos proprietários dos edifícios, em novas soluções de ventilação ou adaptação das existentes, em situações decorrentes da implementação obrigatória de Planos de Acções Correctivas da QAI.

Miraflores, 13 Janeiro 2011

AHRESP®
ASSOCIAÇÃO DA HOTELARIA, RESTAURAÇÃO E SIMILARES DE PORTUGAL
Instituição de Utilidade Pública

LEI N.º 37/2007, DE 14 DE AGOSTO – LEI DO TABACO

- POSIÇÃO AHRESP-

Passados três anos da entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que veio aprovar normas para a protecção 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, é chegada a altura de ser enviado à Assembleia da República, por parte do Ministério da Saúde, um relatório sobre a Lei do "Tabaco", tal como prescreve o seu artigo 24.º.

Nesta sequência, e na qualidade de Conselheiro do Grupo Técnico Consultivo, vem a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP), emitir a sua posição quanto a uma eventual alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto.

Desde o ano de 2007 que vimos facultando, não só aos nossos associados, mas também ao sector em geral, ampla informação sobre esta temática, quer através da nossa revista e site, quer através de notas informativas, quer ainda através da ampla divulgação proporcionada pelas nossas sessões de esclarecimentos que realizamos de Norte a Sul do país. Esta é, portanto, uma questão que, ao longo do tempo, tem merecido a nossa maior atenção.

Assim, e apesar de alguns constrangimentos aquando da sua entrada em vigor e apesar das alterações profundas introduzidas por esta lei nos hábitos sociais há muito adquiridos pelos portugueses, a Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto acabou por ter uma aceitação que temos de considerar como boa.

Tal como referido nas conclusões do relatório INFOTABAC, relativamente à situação a 31 de Dezembro de 2009, decorridos que eram 2 anos sobre a entrada em vigor da lei, *"De uma forma geral, os indicadores disponíveis permitem afirmar que a percepção do cumprimento da Lei do Tabaco e a sua aceitação social são elevadas."*.

Foi também confirmada, pelo mesmo relatório, a tendência sustentada para a diminuição das entradas no mercado de cigarros, sendo que, em 2009, comparativamente a 2007, representou uma diminuição de 11%, o que constitui outro bom indicador.

Igualmente, não são despicientes as receitas para o Estado geradas com a venda do tabaco: as receitas do imposto de consumo sobre o tabaco mais que triplicaram (178,7 %) entre Janeiro e Abril, face a igual período de 2009, para 520,8

milhões de euros, de acordo com a execução orçamental. Dados mais recentes indicam que estas receitas cresceram 23,4% até Novembro, face ao mesmo período de 2009, atingindo 1316 milhões de euros.

A verdade é que os nossos clientes habituaram-se a esta nova realidade e os nossos estabelecimentos tomaram a sua opção de ser ou não um espaço para fumadores, de acordo com a lei. Aqueles estabelecimentos que optaram por permitir o fumo, fruto de um grande esforço financeiro, adequaram-se, por forma a cumprir a lei.

Qualquer alteração à lei que proibisse ainda mais o tabaco no interior dos estabelecimentos de Alojamento e/ou de Restauração ou de Bebidas, teria sempre de prever, quer uma compensação financeira a todos aqueles que realizaram investimentos, não raras vezes avultados, e não amortizáveis em apenas três anos, quer pela perda de receitas vencidas e vincendas que tal medida iria causar.

Por todo o exposto, e não menosprezando os malefícios do tabaco, afigura-se-nos manifestamente inoportuna, especialmente numa altura de crise como a que atravessamos, qualquer alteração à lei, o que, a acontecer, terá um efeito destabilizador num importante sector da nossa economia, contribuindo para o agravamento da já débil situação económica das nossas empresas, com a consequente e inevitável perda de postos de trabalho.

Como sabemos, o tabaco não é uma droga ilícita, como tal, de acordo com o princípio da liberdade individual de cada um, deve ser dada a possibilidade de fumar, àqueles que optem por o fazer. Igualmente deverá ser observado o princípio estruturante da proibição do excesso, na medida em que falamos de uma lei que, de alguma forma, vem restringir um direito.

Prevê-se no próprio preâmbulo da nossa lei, que esta visa proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, e é precisamente isso que ela faz. Esta exposição nunca é involuntária, uma vez que o consumidor, devidamente informado, é ele próprio que opta por frequentar um local que sabe permitir o fumo do tabaco.

Ao contrário do que aconteceu em Espanha, onde a lei não resultou porque poucos foram os que optaram por ser espaços para não fumadores, a nossa realidade é bem distinta da vivida no país vizinho, tanto mais que a nossa lei prevê que apenas os estabelecimentos com menos de 100 m^2 podem optar por ser para fumadores ou não fumadores.

Quanto aos estabelecimentos com área igual ou superior a 100 m^2, estes são sempre para não fumadores, sendo que podem criar pequenas zonas para fumadores. Em ambos os casos existem requisitos previstos na própria lei, que têm, obrigatoriamente, de ser cumpridos para ser possível o fumo no interior dos estabelecimentos.

Não vamos assim penalizar um sector que demonstrou ser um "bom aluno" e que tudo fez para se adequar e cumprir a lei, o que logrou fazer.

Uma mudança de culturas não se opera por imposição legal. Quem deseje fumar irá sempre fazê-lo, pelo que, a nosso ver, não se justifica uma intervenção legislativa, afigurando-se mais profícuo investir-se em campanhas de formação e informação sobre o tabaco e seus efeitos, bem como na ajuda à cessação tabágica. Só desta forma se contribui para aquele que é o objectivo desta lei.

Recordamos que desde o início de todo o processo político-legislativo que culminou com a publicação da presente Lei, a AHRESP disponibilizou ao Ministério da Saúde, uma rede de mais de 90.000 estabelecimentos para as adequadas campanhas de informação e sensibilização, não tendo sido demonstrado qualquer interesse por esta oportunidade, que se mantém válida.

Finalmente, salientamos que qualquer iniciativa que restrinja as capacidades de convívio, de animação e de lazer dos produtos turísticos, nos seus diversos segmentos de oferta, agrava a actual debilidade das empresas turísticas, pondo em causa a sua empregabilidade e retirando-lhes competitividade internacional, diminuindo a sua sustentabilidade e o necessário investimento no Turismo, líder das exportações de Portugal.

Em conclusão, e pelos argumentos supra apresentados, ***a AHRESP manifesta a sua total oposição*** a uma alteração legislativa à Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto (Lei do Tabaco), no sentido de uma maior restrição relativamente aos locais onde pode ser permitido o tabaco.

Esta é a posição de quem conhece os consumidores, as empresas e a economia portuguesa, há mais de um século.

Lisboa, 6 de Janeiro de 2011.

ASSOCIAÇÃO DOS INDUSTRIAIS DE HOTELARIA E RESTAURAÇÃO DO CENTRO

Av. Emídio Navarro, 81 - 3º EF - 3000-150 Coimbra
Tel. 239820150; Fax. 239834858;E-mail hr@hrcentro.pt

LEI 37/2007, de 14 de Agosto

Esclarecimento - "LEI DO TABACO"

Desde a entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto que a associação promoveu sessões de esclarecimento por toda a Região Centro, quer por sua iniciativa, quer a solicitação de outras entidades.

Sempre tivemos uma leitura do diploma no sentido de salvaguardar os interesses dos nossos associados, prevenindo que pudessem incorrer em comportamentos que viessem a penalizá-los, quer através de investimentos despiciendos, quer incorrendo em sanções escusadas.

Mantivemos sempre a opinião, fundada na estrita observância da Lei, de que é proibido fumar em qualquer espaço fechado, sempre tendo sido entendido que seriam necessárias que se verificassem em simultâneo três condições para que parte das instalações pudessem ser destinadas a fumadores, a saber:

a) Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.º; *(dísticos azuis)*
b) Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;
c) Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

Ou seja, espaços devidamente assinalados, separados fisicamente da restante instalação ou disponham de ventilação autónoma e dotados de sistema de extracção que proteja os trabalhadores e os clientes.

Acontece que, relativamente a esta questão, mal andou quem a título de um mero termo de responsabilidade sobre o sistema de extracção, sem mais, permitia que em tais espaços fosse permitido fumar.

É que nada garante, a não ser a medição da qualidade do ar nos termos da legislação sobre certificação energética e qualidade do ar no interior dos edifícios, que aquele sistema de extracção protege do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores. Mais do que isso, só mesmo os trabalhadores e os clientes não fumadores poderão ou não sentir os efeitos do fumo, situação que só por eles poderá ser observada.

A HRCENTRO ao integrar o Grupo Técnico Consultivo a que se refere o artigo 22.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, assumiu conscientemente a responsabilidade que tal condição lhe impõe e que volvidos um ano de participação activa nas reuniões em que teve a oportunidade de estar presente, lhe permitem retirar as seguintes conclusões:

1. manter a sua posição de que nos estabelecimentos de alojamento, restauração e ou bebidas, com ou sem fabrico de panificação, geladaria e ou pastelaria e ou com ou sem sala ou espaço para dançar é proibido fumar nos termos da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto;
2. lamentar que não tenha sido cumprido o referido normativo, bem como a legislação sobre certificação energética e qualidade do ar no interior dos edifícios, permitindo-se que em muitos dos estabelecimentos fosse permitido fumar;

ASSOCIAÇÃO DOS INDUSTRIAIS DE HOTELARIA E RESTAURAÇÃO DO CENTRO

Av. Emídio Navarro, 81 - 3º EF - 3000-150 Coimbra
Tel. 239820150; Fax. 239834858;E-mail hr@hrcentro.pt

3. condenar que tal atitude tenha proporcionado a venda de equipamentos que em nada contribuíram para a protecção dos trabalhadores e clientes, representando, isso sim, um desrespeito à lei e a todos quantos se viram obrigados a permanecer em tais espaços, revestindo um custo desnecessário para muitas das empresas;
4. denunciar que a execução da lei e a falta de fiscalização efectiva nos estabelecimentos, tenha promovido a concorrência desleal.

Nas reuniões mencionadas, a HRCENTRO ouviu atentamente os pareceres da comunidade científica, designadamente, do sector da saúde, através de várias instituições representadas, e da energia, através da ADENE, bem como os testemunhos das associações de empregadores e sindicais representadas, cujos esclarecimentos foram de enorme utilidade.
Mantém esta associação a firme convicção de ter sido um grave erro a permissividade a que se assistiu nestes anos no que à aplicação da Lei n.º 37/2007 diz respeito.
Está igualmente convicta esta associação da razão que lhe assistia e assiste ao reclamar uma legislação que, sem necessidade de qualquer subtileza, afirme objectivamente que é proibido fumar em qualquer espaço fechado destinado a utilização colectiva, proposta que apresentará de imediato ao Senhor Director Geral de Saúde, em sede do Grupo Técnico Consultivo.

Coimbra, 24 de Janeiro de 2011.

A Direcção

REVISÃO DA LEI 37/2007

A APHORT – Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo vem apresentar a sua proposta para a revisão da Lei 37/2007.

A APHORT considera que a revisão deve ser inspirada no balanço da aplicação da Lei, que aponta para a necessidade de corrigir alguns desequilíbrios que afectam a sua boa aplicação, e nas boas práticas europeias, de que o caso Espanhol é o exemplo mais recente.

O texto seguinte explícita as propostas da APHORT

Artigo 1.º - Objecto

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 2.º - Definições

Depois da análise ao conteúdo do presente artigo parece-nos que o mesmo, incluindo definição de espaços fechados, deveria também incluir uma definição de esplanada, já que normalmente nestes espaços, por serem ao ar livre existe permissão para fumar.

Sugere-se assim a introdução da seguinte definição:

Esplanadas: Todo o espaço ao ar livre podendo ser limitado por guarda-ventos, guarda-sóis, estrados, vasos e tapetes.

Artigo 3.º - Princípio geral

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 4.º - Proibição de fumar em determinados locais

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 5.º - Excepções

Uma vez que a Aphort defende e sempre defendeu a proibição total de fumo nos estabelecimentos que representa, criando assim uma base igualitária para todos os estabelecimentos, parece-nos que todos os artigos e alíneas referentes às zonas fechadas dos Estabelecimentos de Restauração ou Bebidas e Empreendimentos Turísticos, o (alienas p) e q) do artigo 4º) e nºs 6, 7 e 8 do presente artigo) deverão ser revogadas e como tal, deixar de fazer parte integrante da redacção legal.

Por outro lado e sendo certo que as esplanadas e as zonas ao ar livre deste tipo de estabelecimento são um seu prolongamento, parece-nos que aqui deverá caber ao explorador do mesmo a permissão ou proibição de fumar em tais locais.

Artigo 6.º - Sinalização

O n.º 5 do presente artigo deverá conter a necessidade de os estabelecimentos de Restauração ou bebidas e os Empreendimentos Turísticos afixarem visivelmente na esplanada e nos seus espaços ao ar livre a faculdade ou não de fumar nos locais.

Artigo 7.º - Responsabilidade

A responsabilidade de todos os intervenientes – clientes e exploradores de estabelecimentos – no tocante à infracção da lei em apreço e aplicabilidade de sanções, parece-nos dever ser partilhada na sua totalidade pelo que se sugere que os valores das coimas sejam de igual montante.

Somente com a partilha de tal responsabilidade será possível um cumprimento total e cabal da lei.

Artigo 8.º - Teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 9º - Métodos de medição

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 10.º - Outras informações relativas ao produto

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 11.º - Rotulagem

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 12.º - Embalagem

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 13.º - Denominações do produto

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 14.º - Tabacos destinados ao uso oral

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 15.º - Proibição de venda de produtos do tabaco

A acompanhar a proibição de venda de tabaco e de produtos de tabaco a menores com idade inferior a 18 anos, parece-nos que deveria existir também a proibição de venda de tais produtos por trabalhadores menores com idade inferior a 18 anos.

Somente com a existência desta limitação, por parte também da venda do produto, se poderá atingir uma lei verdadeiramente equilibrada.

Artigo 16.º - Publicidade e promoção

Nada a acrescentar

Artigo 17.º - Publicidade em objectos de consumo

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 18.º - Patrocínio

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 19.º - Campanhas de informação, de prevenção ou de promoção de vendas

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 20.º - Informação e educação para a saúde

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 21.º - Consultas de cessação tabágica

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

A**rtigo 22.º - Grupo técnico consultivo**

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 23.º- Dever de colaboração

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 24.º - Estudo estatístico

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 25.º - Contra -ordenações

Mais uma vez, por forma a que esta lei seja equilibrada e de aplicação fácil, não nos parece de toda admissível a aplicação de coima entre os € 30 000,00 e os 250 000,00, às pessoas colectivas, no caso da falta de afixação de dístico de proibição de venda de tabaco e de produtos de tabaco a menores de 18 anos, estes limites mínimos e máximos da coima parece-nos ser absolutamente excessiva, incompreensível e desajustada.

A falta de tal afixação, que pode ser uma situação absolutamente acidental não pode implicar a aplicação de uma coima de tal forma pesada, igualando situações que de forma alguma são iguais como a falta do dístico e a venda do próprio tabaco ou produto de tabaco.

Sugere-se assim que este valor seja diminuído drasticamente.

Artigo 26.º - Sanções acessórias

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 27.º - Responsabilidade solidária

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 28.º - Fiscalização e tramitação processual

Nos termos deste artigo a competência fiscalizadora cabe à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica e à Direcção -Geral do Consumidor.

Facto que da perspectiva económica e de consumo, poderá ser entendido, no entanto, o bem jurídico que se pretende proteger com a lei em apreço ultrapassa em muito as disposições do foro económico e do consumo, note-se aliás que o objecto deste lei, patente no seu artigo 1º se prende com a execução da Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco.

Por tal facto é nosso entendimento que as Autoridades Regionais de Saúde deverão ser consideradas como entidades competentes para proceder à fiscalização do cumprimento da presente lei.

Por outro lado, a presente lei nas primeiras alíneas do n.º 1, do artigo 4º, refere especificamente os locais de trabalho como locais em que é proibido fumar e o artigo 5º, n.º 7, refere especificamente a inclusão dos locais destinados exclusivamente ao pessoal e onde os trabalhadores têm de trabalhar

em permanência, definição esta dependente do horário de trabalho dos trabalhadores, como locais em que não será permitido fumar.

A entidade competente para a fiscalização dos locais de trabalho é a Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT) e qualquer outra entidade que queira proceder ao cumprimento destes requisitos estará, parece-nos a imiscuir-se numa área de intervenção da ACT, o que não nos parece possível.

Por tal facto a ACT deve ser também uma das entidades fiscalizadoras desta lei.

Artigo 29.º - Regiões Autónomas

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

Artigo 30.º - Norma revogatória

Este artigo não nos oferece qualquer comentário

O Conselho Directivo da APHORT

Porto, 6 de Janeiro de 2011

Ref: APHORT_NO_2011_01

Opinião sobre a Lei do Tabaco

Manuel Gameiro da Silva, Professor Associado com Agregação do Departamento de Engenharia Mecânica da Universidade de Coimbra, Membro da ISIAQ (International Society of Indoor Air Quality and Climate), Representante da Ordem dos Engenheiros no Grupo Técnico Consultivo da Lei do Tabaco

Estando, neste momento, em discussão uma possível revisão da Lei 37/2007, normalmente conhecida como lei do Tabaco, considerei interessante colocar por escrito algumas reflexões sobre este assunto.

Começo por afirmar que concordo com o espírito da lei existente no seu objectivo principal de minimizar a exposição dos ocupantes dos edifícios às substâncias nocivas constituintes do fumo de tabaco. Entre o direito à liberdade de um fumador usufruir do prazer proporcionado pelo acto de fumar um cigarro e o direito de, num ambiente interior num edifício de utilização pública, se respirar ar não poluído e, logo, não prejudicial à saúde, faz sentido que a sociedade opte pelo segundo. Tal como a água, o ar é um fluido indispensável à vida humana. Quer um, quer o outro, devem ser consumidos, tanto quanto possível, livres de poluentes ou contaminantes. Estabelecendo um paralelismo, nenhum de nós aceitaria de bom grado que os seus vizinhos misturassem na água da rede pública qualquer substância de cujo sabor gostassem mas que se soubesse ser prejudicial à saúde. Conceptualmente estamos a falar de situações perfeitamente similares que se podem reduzir ao transporte através de um fluido para o interior do organismo humano de substâncias que lhe podem ser prejudicais. Poder-se-ia argumentar que é impossível reduzir a zero os riscos para a saúde através de processos deste género. No entanto, a partir do momento em que há evidência científica dos efeitos adversos do fumo de tabaco e da dimensão do seu impacto na saúde pública quer nos fumadores activos, quer nos fumadores passivos, o facto de a sociedade deixar de tomar medidas de minimização da exposição corresponde a um processo de demissão colectiva relativamente à protecção da vida humana.

Então, relativamente à lei existente, o que precisa de ser melhorado/clarificado?

Na sua primeira edição, tomou-se a opção política de se consideraram situações de excepção para alguns tipos de espaços. No entanto, não foram estabelecidos claramente os limites legais e as metodologias para a verificação da conformidade desses espaços destinados a fumadores. A Organização Mundial de Saúde na sua publicação intitulada Protecção da Exposição ao Fumo Secundário de Tabaco – recomendações políticas, do ano de 2007, aconselha que as leis nacionais sobre este assunto sejam simples, claras, compreensíveis e exigentes. A situação nacional está ainda longe de poder ser adjectivada desta forma.

Recordando a lei actualmente existente, ela estabelece no seu Artigo 5º, ponto 5, que "...pode ser permitido fumar em áreas expressamente previstas para o efeito desde que obedeçam aos requisitos seguintes:

a) Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.º;

b) Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;

c) Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores."

A forma como foram fixados os requisitos é pouco explícita, difusa e não quantificada. Não se pode dizer ao fumo que não se espalhe porque isso é contrário à sua condição de matéria no estado gasoso e é vago dizer que os sistemas de extracção devem protejer os trabalhadores e os clientes não fumadores do efeito do mesmo. Uma ideia que gostaria de deixar bem clara é que, ao contrário do que alguns sectores de opinião pretenderam transmitir, aquando da discussão que se seguiu à entrada em vigor da Lei do Tabaco, há três anos, é que é possível avaliar de forma quantificada a Qualidade do Ar Interior e a eficência dos sistemas de ventilação instalados num dado espaço.

Ao não fixar os limites e as metodologias de verificação dos mesmos, a lei do Tabaco, remeteu, sob o ponto de vista legal, para o RSECE (Regulamento dos Sistemas Energéticos de Climatização de Edifícios) publicado no decreto-lei 79/2006, no âmbito do Sistema de Certificação Energética e da Qualidade do Ar Interior em Edifícios. Esta situação, que resulta de um enxerto de uma lei numa outra ainda não estabilizada, deveria ter sido evitada. Houve algum esforço de clarificação da parte da Direcção Geral de Saúde relativamente aos critérios para a conformidade das instalações, tendo numa circular informativa sido definido que:

- para os edifícios novos, se deve utilizar como critério para a aprovação das instalações a conformidade com os limites estabelecidos pelo RSECE em termos de caudal de ar novo (tipicamente 60 m^3/(hora.ocupante), para um espaço destinado a fumadores)

- para os edifícios existentes, se deve verificar o cumprimento dos limites máximos estabelecidos para as concentrações de um conjunto de poluentes habitualmente utilizados para avaliar a QAI.

Convém referir que o cumprimento do segundo requisito, se o processo de tratamento for a diluição num dado volume de ar, implica a utilização de caudais de ar novo da ordem de 250 m^3/(hora.fumador), para se conseguirem atingir concentrações de partículas (PM10) abaixo de 0,15 mg/m^3 (valor da concentração de referência estabelecido no RSECE). Os requisitos impostos para os edifícios existentes são irrealistas porque implicam valores de caudal não compatíveis com a manutenção de um ambiente térmico confortágvel e, por outro lado, temos o contra-senso de eles serem mais exigentes para os edifícios existentes do que para os novos.

O que é que temos actualmente no terreno em Portugal? Não se fazem quaisquer avaliações quantitaivas da QAI ou da eficiência de remoção de contaminantes dos sistemas de ventilação instalados nos locais destinados a fumadores, e a aprovação/licenciamento de uma dada instalação depende de uma declaração assinada por um engenheiro ou engenheiro técnico.

Ora, a verificação do cumprimento de um dado limite legal não pode ser assegurada por um projecto e um termo de responsabilidade. Ao enveredar-se por este caminho, estão a dar-se sinais de pouco rigor para a opinião pública. O projecto é naturalmente necessário em qualquer obra de engenharia, mas não é através dele que se verifica o cumprimento de um limite regulamentar. Por exemplo, quando a União Europeia fixa um limite para as emissões de poluentes dos motores dos veículos automóveis, não aceita que a verificação do cumprimento desse requisito seja feita com base no projecto mecânico dos motores e respectivos sistemas de escape e na assinatura de uma declaração pelo respectivo projectista, mas exige a realização de ensaios de acordo com um dado procedimento experimental regulado por uma norma técnica.

A verificação da conformidade das instalações técnicas montadas nos espaços destinados a fumadores deverá ser feita com base em medições simples, a um preço razoável e com uma metodologia claramente definida.

A avaliação experimental da Qualidade do Ar em ambientes interiores pode ser efectuada, de forma directa, através da medição das concentrações dos contaminantes ou, de forma indirecta, através da determinação do caudal de ar novo fornecido pelo sistema de ventilção. Os critérios associado às duas técnicas de medição estão intrinsecamente relacionados um com o outro porque a concentração de equilíbrio de um poluente num dado compartimento interior depende da intensidade da fonte poluente e do caudal de ar novo que é utilizado para o diluir, mas a complexidade associada às medições é muito diferente. A verificação do caudal de ar novo é simples, pode ser feita em condições reprodutíveis, corresponde a um só ensaio por espaço a analisar e à verificação de um só valor limite. A análise através das concentrações dos poluentes, em condições reais de utilização, requer a medição simultânea das concentrações de vários gases e de partículas e está sujeita normalmente a uma grande variabilidade temporal ao longo do dia, pelo que o cumprimento estrito da lei implica que o período de monitorização seja alargado e que as fontes poluentes estejam estabilizadas e com uma taxa de emissão ajustada à situação de máxima carga admissível para o local em análise.

Assim, a solução de implementação mais fácil é utilizar como critério o caudal de ar novo aplicando a técnica dos gases traçadores, na qual se monitoriza a evolução temporal de um dado gás no interior do compartimento. Esta técnica permite, num ensaio que terá uma duração máxima de meia hora, determinar a taxa de renovação de ar do espaço em análise. O cálculo do caudal de ar novo, a partir da taxa de renovação, é imediato, bastando para isso saber qual é o volume do compartimento.

Em conclusão, devem ser dados alguns passos no sentido de uma melhor aplicação prática da lei, porque não é razoável, nem cientificamente justificável que se mantenha a actual situação relativamente às formas de aprovação e inspecção dos sistemas de ventilação. O legislador deve fixar de forma inequívoca os critérios quantitativos a que devem obedecer, em termos de concentrações máximas de contaminantes e de caudais de ar novo os espaços destinados a fumadores, Se a opção política for continuar a considerar a possibilidade da ocorrência de espaços destinados a fumadores, deve-se se assumir o facto irrefutável de que quando, no interior dos edifícios, há geração de poluentes devida ao fumo de tabaco, o nível de

qualidade do ar é pior do que em condições normais. É realmente um problema complicado a fixação de valores limites para as concentrações de poluentes no ar interior emitidos pelo fumo de tabaco porque se desconhecem quais são os valores abaixo dos quais os riscos para a saúde humana são negligenciáveis. Mas é pior não fixar valores, remeter para uma lei geral não aplicável de todo a esta situação e não promover à verificação quantificada dos níveis de QAI nos espaços de fumadores. A manutenção do actual *status quo*, em que a mudança de cor do rótulo de um dado espaço de vermelho para azul, não implica qualquer tipo de ensaio da instalação corresponde, na prática, a não zelar pela verificação do cumprimento da lei. Isto implica que subsistam sérias dúvidas sobre os níveis de exposição a que estarão na realidade sujeitos os ocupantes e os trabalhadores cuja actividade decorre nos espaços destinados a fumadores.

Exmo. Senhor
Dr. Francisco George
M.I. Director-Geral da Saúde
Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Lisboa, 6 de Janeiro de 2011

Ref.ª: 7/MJJ/JB

ASSUNTO: **Proposta de revisão da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto**

Exmo. Senhor,

No âmbito do Grupo Técnico Consultivo da Lei n.º 37/2007, no qual a Ordem dos Farmacêuticos está representada pela Senhora Dr.ª Maria José Justo, foi solicitado à Ordem a apresentação de propostas que possibilitem a revisão da referida Lei.

A Ordem dos Farmacêuticos manifesta a sua concordância com a posição constante na Recomendação do Conselho da União Europeia que no ponto 7 enuncia "Todas as pessoas têm direito a um elevado nível de protecção da saúde e deveriam ser protegidas da exposição ao fumo de tabaco".

Por conseguinte a Ordem dos Farmacêuticos considera que:

a. O tabagismo constitui um problema mundial com sérias consequências para a saúde pública.

b. Há um aumento, a nível mundial, do consumo e da produção de cigarros e outros produtos do tabaco, em particular nos países em desenvolvimento.

c. O consumo e a exposição ao fumo do tabaco têm consequências graves a nível da saúde individual e colectiva, bem como a nível social, económico e ambiental.

d. A evidência demonstra de forma inequívoca, que o consumo e a exposição ao fumo de tabaco são causa de morte, doença e incapacidade e que existe uma relação

DIRECÇÃO NACIONAL
Rua da Sociedade Farmacêutica 18, 1169-075 Lisboa | NIF. 500 998 760
Tel. 21 319 13 80/81 | Fax: 21 319 13 99 | e-mail: direccao.nacional@ordemfarmaceuticos.pt | www.ordemfarmaceuticos.pt

temporal entre a exposição ao fumo e a utilização de outros produtos do tabaco com aparecimento de doenças relacionadas com o tabaco.

e. A exposição do tabagismo passivo é particularmente perigosa para crianças e adolescentes e pode aumentar a probabilidade de começarem a fumar.

f. Está demonstrado de forma sistemática que todas as abordagens incluindo a ventilação, a filtragem do ar e a utilização de zonas separadas para fumadores são ineficazes, e existem provas concludentes, científicas e outras, de que as abordagens técnicas não protegem contra a exposição ao fumo do tabaco à excepção da criação de espaços totalmente isentos de fumo.

Com vista à revisão da Lei n.º 37/2007, a Ordem dos Farmacêuticos apresenta as seguintes propostas:

1. Incluir na redacção do Artigo 2º da Lei os conceitos fundamentais que permitem uma clarificação das expressões e termos utilizados ao longo do normativo. A título de exemplo salientamos os conceitos que consideramos relevantes:

   «*Fumo passivo*» o fumo emitido pela ponta em combustão de um cigarro ou de outro produto do tabaco, geralmente combinado com o fumo exalado pelo fumador.

   «*Ar sem fumo*» descreve o ar totalmente isento de fumo. Inclui também o ar em que não se pode ver, cheirar, sentir ou aferir o fumo do tabaco.

   «*Espaços de uso público*» espaços acessíveis ao público em geral ou espaços de uso colectivo, independentemente de serem públicos ou privados. Em qualquer caso, consideram-se espaços públicos os veículos de transporte públicos ou colectivos.

   «*Espaço ao ar livre*» todo o espaço não coberto ou todo o espaço que estando coberto está rodeado lateralmente por um máximo de duas paredes ou muros.

   «*Locais públicos*», embora a definição precisa de «*locais públicos*» varie de uma jurisdição para outra, é importante que a legislação defina este termo de uma forma tão ampla quanto possível. A definição adoptada deve abranger todos os lugares acessíveis ao público ou locais de utilização colectiva, independentemente do seu regime de propriedade ou dos direitos de acesso.

DIRECÇÃO NACIONAL

Rua da Sociedade Farmacêutica 18, 1169-075 Lisboa | NIF. 500 998 760

Tel. 21 319 13 80/81 | Fax: 21 319 13 99 | e-mail: direccao.nacional@ordemfarmaceuticos.pt | www.ordemfarmaceuticos.pt

«*Interior*» ou «*fechado*», o Artigo 8.º exige a protecção contra o fumo do tabaco em locais de trabalho e locais públicos «fechados». Tendo em conta a complexidade da definição de locais «fechados», é importante analisar atentamente a experiência dos diferentes países nesta matéria. Esta definição deve ser tão abrangente e clara quanto possível, devendo evitar-se a utilização de listas que possam ser interpretadas no sentido de excluírem determinados locais «fechados» potencialmente relevantes. Recomenda-se que a definição de local «fechado» inclua qualquer espaço com cobertura ou fechado por uma ou mais paredes ou lados, qualquer que seja o tipo de material utilizado para a cobertura, paredes ou lados, e independentemente da estrutura ser permanente ou temporária.

«*Transportes públicos*» que deve incluir qualquer veículo utilizado para o transporte de pessoas, geralmente para obter uma compensação ou um ganho comercial. Nela se incluem os táxis.

2. Pelas razões expostas no início desta carta, a Ordem dos Farmacêuticos está de acordo com a proibição absoluta de tabaco em espaços fechados e alguns espaços públicos abertos. Esta é, igualmente, a linha defendida pela Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para a luta Antitabaco (FCTC, *Framework Conventionon Tobacco Control*), que no Artigo 8.º impõe a obrigação jurídica de se adoptar, aplicar e promover activamente a adopção e aplicação de medidas eficazes para proteger os cidadãos da exposição ao tabagismo passivo em todos os locais de trabalho fechados, transportes públicos e recintos públicos fechados e, eventualmente, noutros locais públicos.

3. Desta forma, e considerando a protecção da saúde de todas as pessoas, a Ordem dos Farmacêuticos entende que o Artigo 3.º da presente Lei deve ser profundamente alterado, segundo o princípio da proibição absoluta de fumar naqueles locais, salvo nos espaços ao ar livre, desde que não circundem estabelecimentos de ensino de menores e não sejam recintos e parques infantis. Os estabelecimentos hoteleiros estão abrangidos por esta proibição nas áreas comuns, salvo nos espaços ao ar livre ou nos quartos destinados exclusivamente a fumadores. A área reservada a estes quartos não pode ser superiores a 30% dos quartos, tem que ter ventilação independente e sinalização permanente. Os clientes devem ser previamente informados deste tipo de quarto e os trabalhadores do estabelecimento não podem aceder, enquanto o cliente se encontre no seu interior, salvo em caso de emergência.

DIRECÇÃO NACIONAL

Rua da Sociedade Farmacêutica 18, 1169-075 Lisboa | NIF. 500 998 760

Tel. 21 319 13 80/81 | Fax: 21 319 13 99 | e-mail: direccao.nacional@ordemfarmaceuticos.pt | www.ordemfarmaceuticos.pt

4. No que respeita a rotulagem constata-se que as advertências colocadas nas embalagens de cigarros não estão a resultar porque as mensagens não estão a sensibilizar os fumadores. Assim, a Ordem dos Farmacêuticos concorda com a substituição ou complemento das advertências mencionadas no Artigo 11.º da Lei, incluindo-se imagens alusivas a situações reais que evidenciem as consequências em termos de saúde do consumo do tabaco.

A Ordem dos Farmacêuticos manifesta, ainda, a sua disponibilidade para, junto dos farmacêuticos, promover iniciativas que contribuam e reforcem a intervenção destes profissionais junto dos cidadãos no que respeita à cessação tabágica e protecção da saúde pública.

Com os meus melhores cumprimentos,

A Representante da Ordem dos Farmaceuticos
no Grupo Técnico Consultivo Previsto na Lei nº 37/2007

Drª Maria José Justo

DIRECÇÃO NACIONAL
Rua da Sociedade Farmacêutica 18, 1169-075 Lisboa | NIF. 500 998 760
Tel. 21 319 13 80/81 | Fax: 21 319 13 99 | e-mail: direccao.nacional@ordemfarmaceuticos.pt | www.ordemfarmaceuticos.pt

Dr Paulo Nogueira

SINDICATO DOS TRABALHADORES DA INDÚSTRIA DE HOTELARIA, TURISMO, RESTAURANTES E SIMILARES DO NORTE
Sede: Rua D. João IV, 224, 4000 – 297 PORTO
Tel.: 22 519 39 30 - Fax: 22 519 39 39
Rede social: Facebook
Internet: www.sindhotelarianorte.com E-mail: sindhotelarianorte@mail.telepac.pt

TELEFAX

Para: **Direcção Geral De Saúde**	
Atenção de: **Director Geral de Saúde**	Ref.ª n.º : 88
Telefax	Data: **2011.1.12**
Assunto: **Revisão da Lei n.º 37/2007**	N.º de Páginas: 1 (Inc. esta)
Enviado por: **Francisco Figueiredo**	Serviço emissor: **Direcção**

Exmos. Senhores,

Na sequência da última reunião do grupo técnico consultivo, vimos expor o seguinte:

A posição deste sindicato em relação à revisão da Lei do Tabaco é conhecida;

Nós entendemos que nenhuma pessoa e, em particular, nenhum trabalhador pode ser obrigado a estar exposto ao fumo do tabaco dos outros;

Por conseguinte, só a proibição total de fumar nos estabelecimentos de restauração, bebidas, alojamento e de jogo protege os cidadãos e os trabalhadores da exposição involuntária ao fumo;

Assim, as excepções previstas no artigo 5.º da Lei n.º 37/2007, n.º 6, 7 e 8 devem ser excluídas.

Mesmo que se mantenha alguma excepção à proibição de fumar, nunca se admitiria que fosse em locais de acesso dos trabalhadores e onde estes tenham de permanecer para desenvolver a sua actividade profissional, excepto para trabalhos de limpeza e, neste caso, o empregador deve estar obrigado a fornecer equipamento de protecção.

Ou seja, o que se admite é que possam ser criadas salas exclusivamente destinadas aos clientes e trabalhadores para estes fumarem, mas onde não é exercida nenhuma actividade profissional permanente, o que poderia acontecer nos estabelecimentos de alojamento, casinos e salas de bingo.

Esta é a nossa contribuição para a revisão da Lei n.º 37/2007.

Sem outro assunto de momento, somos
Atentamente
A Direcção

Direcção - Geral da Saúde
Serv. ...GAJER.....
ENTRADA

000808 JAN 21 11 AM09:59

GAJER

Apêndice 2 – Pareceres e propostas de alteração à lei recebidos após 26 de Janeiro de 2011

Entidade	Título do documento	Data do documento
ADN	Contributo para o Relatório da Comissão de acompanhamento à Lei do Tabaco.	4 Fevereiro 2011
AHRESP	INFOTABAC Relatório - Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do tabaco – 2011: Parecer AHRESP	4 Fevereiro 2011
APCC	Lei 37/2007 de 14 de Agosto. A "Lei do Tabaco" e sua aplicação no sector dos Centros Comerciais. Parecer	4 Fevereiro 2011
ASAE	Relatório de avaliação da Lei do tabaco em Portugal 2008-2010	28 Janeiro 2011
CGTP-IN	Relatório INFOTABACO – Primeira avaliação do impacto resultante da aplicação da Lei do Tabaco (Lei 37/2007, de 14 de Agosto): Apreciação da CGTP-IN	4 Fevereiro 2011
COPPT	Parecer - INFOTABAC Relatório 2011. DGS. Avaliação dos primeiros três anos de aplicação da lei do tabaco em Portugal. Proposta de alterações legislativas.	4 Fevereiro 2011
DG Consumidor	Parecer da DGC sobre o Relatório INFOTABAC e a aplicação da Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto	4 Fevereiro 2011
SIJ	Alteração da lei nº 37/2007 – Tabaco. Parecer	2 Fevereiro 2011
SPT	Parecer sobre o Relatório INFOTABAC. Primeira Avaliação do Impacte Resultante da Aplicação da Lei do Tabaco	4 Fevereiro 2011

Notas: ADN - Associação Discotecas Nacional; AHRESP - Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal; APCC - Associação Portuguesa de Centros Comerciais; ASAE - Autoridade de Segurança Alimentar e Económica; CGTP-IN - Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses-Intersindical Nacional; COPPT - Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo; Direcção-Geral do Consumidor; SIJ – Serviço de Inspecção de Jogos, Turismo de Portugal; SPT – Sociedade Portuguesa de Tabacologia.

ADN
ASSOCIAÇÃO DISCOTECAS NACIONAL

Para:
DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE
EXMO SNR. DIRECTOR GERAL
Dr. FRANCISCO GEORGE
ALAMEDA D.AFONSO
HENRIQUES, 45
1049-005 LISBOA

Guimarães, 2011-02-04

ASSUNTO: CONTRIBUTO PARA O RELATORIO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO À LEI DO TABACO

EXMO SENHOR DOUTOR:

Com os n/melhores cumprimentos vimos por este meio, agradecer o convite e prazer que tivemos em fazer parte desta comissão de acompanhamento á Lei do Tabaco.

Como podemos verificar e também participar nas reuniões sucessivas que se realizaram, esta lei, nunca foi um lei pacífica em termos de interpretação, mas sim foi pacífica na aceitação por parte da população em geral.

Os nossos estabelecimentos sempre cumpriram ou tentaram cumprir a lei, conforme protocolo assinado entre as duas partes.

Com a entrada em vigor desta lei, os nossos estabelecimentos sofreram uma quebra significativa, quer na entrada de clientes, quer no consumo. Criamos as condições para os fumadores e eles por sua parte buscam esse espaço para puderem fumar o seu cigarro, mas como em toda a parte muitas das vezes por esquecimento ou habito algum cliente esquece-se que esta num espaço de não fumadores.
Quanto á extracção de fumo, nós já temos muitas das vezes quantidade superior ao que esta estabelecido na lei.

Largo da Misericórdia, 19 3º – Apartado 443
Tel. 914050632 – Fax 253 513137
Www.adn-portugal.org
E-mail: adiscotecasnacional@gmail.com
4800 GUIMARÃES

ADN
ASSOCIAÇÃO DISCOTECAS NACIONAL

Assim e depois de já termos analisado o relatório final, vimos propor:

Que não seja feita a alteração da lei, no caso de excepção para os nossos estabelecimentos.
E justificamos o nosso pedido nos seguintes termos;

- Nos nossos estabelecimentos só entram pessoas com idade superior a 16 anos, já são pessoas responsáveis.
- Quem vai à Discoteca, sabe para o que vai e o que vai lá encontrar.
- Cumprimos a lei sobre a extracção do ar.

Estas são algumas das razões que achamos que a Lei, deve continuar pelo menos para os nossos estabelecimentos. E dizemos para os nossos estabelecimentos que estão devidamente legalizados e que cumprem todas as regras de licenciamento, porque e como muitas vezes foi referido em varias reuniões a dizer que existem discotecas onde não se cumpre a lei do tabaco, esses são estabelecimentos que por vezes não estão licenciados como discotecas, mas sim por outro tipo de estabelecimento e que por sua vez nos esta a fazer concorrência desleal e ao mesmo tempo criando confusão aos elementos de fiscalização e daí transmitindo um informação errada.

Esperando ajudar da melhor forma a nossa participação, estamos e como sempre estivemos à disposição de V.Sª. para ajudar.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e compreensão.

De V.Sªs
Atenciosamente

_____
Francisco Tadeu – Director Executivo

Largo da Misericórdia, 19 3º – Apartado 443
Tel. 914050632 – Fax 253 513137
Www.adn-portugal.org
E-mail: adiscotecasnacional@gmail.com
4800 GUIMARÃES

AHRESP®
ASSOCIAÇÃO DA HOTELARIA, RESTAURAÇÃO E SIMILARES DE PORTUGAL
Instituição de Utilidade Pública

INFOTABAC RELATÓRIO

PRIMEIRA AVALIAÇÃO DO IMPACTE RESULTANTE DA APLICAÇÃO DA LEI DO TABACO – 2011

- PARECER AHRESP-

1. Enquadramento legal

Este relatório surge na sequência da publicação da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, vulgarmente conhecida por Lei do Tabaco, que aprovou normas para a protecção 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.

Prevê então este diploma, a criação de um Grupo Técnico Consultivo, sob a dependência do Director-Geral da Saúde, com o objectivo de prestar assessoria técnica e colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

Por sua vez, a Direcção-Geral da Saúde promove o cumprimento do disposto na Lei e, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e o Grupo Técnico Consultivo, cabe-lhe a responsabilidade de assegurar o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, a fim de preparar um relatório que avalie o impacto resultante da aplicação da Lei vigente.

Conforme dispõe o n.º 3, do artigo 24º da Lei do Tabaco, o grupo INFOTABAC, criado entretanto para o efeito por despacho do Director-Geral da Saúde, apresentou o presente relatório intitulado "Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da Lei do Tabaco".

Este GTC deveria ser paritário sim mas no sentido dos interesses atendíveis e não ser apenas feita uma distinção entre representantes da administração pública e da sociedade civil, uma vez que, neste grupo, os interesses de entidades relacionadas com a área da saúde representam 42,4 % de todo o GTC, distribuindo-se os restantes 57,6 % por associações relativas a interesses económicos, associações sindicais, entidades inspectivas, representantes de entidades na área do desporto, da juventude, da educação, dos consumidores, da engenharia, da energia e da qualidade do ar interior.

A este propósito salientamos que, apesar de não constar da lista de entidades que actualmente compõem o GTC (v. ponto 11.1 do Capítulo XI – Actividade do Grupo Técnico Consultivo, pág. 97 do relatório), a verdade é que tem participado e intervindo profusamente nas mais recentes reuniões, José Calheiros que consta nas respectivas actas como representante da Sociedade Portuguesa de Tabacologia, mas que é membro do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, entidade que colabora na elaboração do presente relatório.

Relembramos que este representante chegou mesmo a por em causa a participação, no GTC, de entidades com outros interesses que não o da saúde pública, o que é demonstrativo de um extremismo que não podemos aceitar, e que a ninguém aproveita.

Ainda a propósito da constituição do GTC, é mencionada a Inspecção-geral das Actividades Económicas, entidade que foi extinta pela publicação do Decreto-lei n.º 237/2005, de 30 de Dezembro, e cujas competências transitaram para a Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), também com assento neste GTC.

2. Apreciação global

É este relatório, que apesar de extenso ainda se apresenta incompleto, na medida em que lhe faltam vários dos capítulos referenciados no índice, facto que reprovamos – que a Associação da Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP), enquanto membro-conselheiro do Grupo Técnico Consultivo, vem comentar, por via deste documento.

Igualmente não podemos deixar de reprovar o curto espaço de tempo que foi concedido, pela DGS aos conselheiros do GTC (apenas oito dias de calendário), para se pronunciarem sobre o relatório, o que não se compadece com uma análise criteriosa e cuidada que este documento merece.

Esta circunstância começa aliás por surpreender, atendendo ao pano de fundo que a seguir se descreve. A 6ª reunião do Grupo Técnico Consultivo teve lugar a 24 de Junho de 2009; a seguinte decorreu a 25 de Novembro de 2010 (praticamente ano e meio depois); e desde então duas outras tiveram lugar, uma das quais – pasme-se! - a 29 de Dezembro de 2010 e a última a 26 de Janeiro de 2011. Entretanto, entre esta e a penúltima, foi dado um inusitado prazo de oito dias úteis (entre 29 de Dezembro de 2010 e 6 de Janeiro de 2011) para que os membros do GTC apresentassem propostas de alteração à Lei em matérias cujo grau de complexidade e sensibilidade são reconhecidas.

Podia todavia ter-se dado o caso de ter sido registada, por parte da Direcção-Geral da Saúde, uma actividade profícua tendo em vista a promoção do cumprimento do disposto na Lei, o que, de alguma forma, poderia justificar a escassez de reuniões do Grupo Técnico Consultivo. Tal não foi no entanto o caso, como é bem de ver e reconhece candidamente o próprio relatório.

Algumas iniciativas ocorreram em 2007 e em 2008 no plano da divulgação da Lei, mas nenhuma foi possível registar desde então, facto que não pode deixar de causar alguma estranheza. Afiguram-se, então, duas situações possíveis:

1. A situação não o justificava, porventura devido ao sucesso que resultou da aplicação da Lei, interpretação que é a nossa, mas que, ainda assim, é difícil de corroborar enquanto tese, ou;

2. A Direcção-Geral da Saúde descurou, entretanto, por completo, as suas responsabilidades neste domínio.

Talvez a segunda hipótese explique a pressa descabida. Com efeito, mesmo presumindo o grande sucesso da Lei, nada justifica a total inacção entretanto verificada em planos tão importantes como os da pedagogia, da prevenção e da cessação tabágica (aproveitando até porventura a própria oferta que a AHRESP efectuou no sentido de serem "aproveitados" os seus estabelecimentos para acções deste tipo, proposta que nunca teve acolhimento, ou sequer resposta), ou dos novos riscos entretanto surgidos e que podem pôr em causa a prossecução dos objectivos de saúde pública, como sejam o comércio ilícito de cigarros, ou o surgimento no mercado de produtos de tabaco especialmente apelativos para jovens menores de idade, ou ainda a comercialização de múltiplas variedades de cigarros electrónicos, não regulamentados sob nenhum ponto de vista e que se arrogam créditos não comprovados no plano da saúde, riscos estes que, da parte dos autores do relatório, apenas merecem a curta menção de que dizem respeito a matérias tratadas nas "notícias e que devem ser seguidas no futuro próximo".

Mas a pressa é má conselheira, conforme é bem sabido. O relatório que nos foi apresentado é um bom exemplo disso mesmo, tornando-se difícil comentar um documento como este, onde é patente uma gritante ausência de abordagem séria e profissional, pouco científica e analítica, pouco focada no objectivo que lhe estava atribuído e pouco neutra na avaliação e interpretação dos factos – a mais das vezes, de facto, não mais do que meras apreciações subjectivas e totalmente enviesadas da parte dos autores.

Em primeiro lugar, o relatório peca por ser elaborado, na sua maioria, com base em estudos qualitativos e de opinião e algumas notícias sobre tabaco em jornais.

A Direcção-Geral de Saúde, conforme previsto pela Lei, deveria ter assegurado um acompanhamento epidemiológico. Como tal, sendo a epidemiologia uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenómenos de saúde/doença, e seus factores condicionantes e determinantes, nas populações humanas, seria expectável, e desejável, que os resultados deste relatório fossem fundamentados em estudos observacionais (caso-controle ou de coorte) ou estudos de prevalência.

Em segundo lugar, o relatório apresenta dados incorrectos, omissões graves e contradições várias. Em alguns capítulos, são observados factos cuja fonte não é referida nem identificável. Para além da informação dúbia, acrescem as gralhas existentes. A título de exemplo, refira-se desde logo a Tabela 1, na página 7, que compara a "Legislação de restrição à exposição ao tabaco em países da UE", que não consegue retratar de forma correcta, embora esquemática, a própria

situação portuguesa no que diz respeito aos locais de trabalho, apresentando-a como correspondendo a uma "proibição", quando na prática a mesma está de facto sujeita a "restrições". Outro exemplo é a tabela 27, na página 66, que apresenta na coluna do total as respostas que dizem respeito apenas aos estabelecimentos de restauração com menos de 100 m^2.

Em terceiro lugar, os inquéritos de opinião pecam por falta de transparência. O questionário integral não é divulgado, não é referida a existência de perguntas de controlo e por vezes a amostra não é representativa. Nenhum dos estudos está ainda publicado, nem tão pouco os efectuados em 2006 e 2007, que são aliás utilizados como pontos de referência. Veja-se, por outro lado, o caso do estudo frequentemente (e maioritariamente) referido no relatório e que se encontra no apêndice 1; 1.9, página 113: Trata-se de um estudo qualitativo sobre as percepções dos cidadãos, realizado nos dias 27 e 28 de Dezembro de 2010, com base em dois grupos num total de catorze (!) pessoas. A ausência de representatividade dos vários estudos apresentados é perceptível quando comparamos as respostas obtidas com as que constam nos últimos Eurobarómetros conduzidos em 20085 e 2009, este último publicado em Maio de 2010. No estudo conduzido pela DGS, a percentagem de indivíduos que nunca fumaram é de 43,5% versus os 58% e 64% dos últimos Eurobarómetros e a percentagem de indivíduos que deixaram de fumar, segundo a DGS, é de 29,9% versus os 16% e 13% dos últimos Eurobarómetros.

Não é possível tomar quaisquer decisões de política – neste e noutros domínios – com base em dados incorrectos, factos duvidosos, estimativas irrelevantes, esquecimento de importantes impactos e metodologias opacas.

Ainda assim, e não obstante a tentativa de enviesamento da realidade que denota o relatório, convém no entanto sublinhar a árdua tarefa dos autores em tentar disfarçar e aceitar que, da análise séria dos resultados apresentados, se pode insofismavelmente concluir que a Lei do Tabaco, aprovada por uma quase unanimidade na Assembleia da República, é um claro exemplo de sucesso, como poucas, num País que nem sempre habituado a tal, que foi bem aceite por todos, sem tensões e globalmente cumprida, que tem sido eficazmente fiscalizada e que logrou atingir um equilíbrio perfeito face ao principal objectivo que se lhe atribuiu, i.e. proteger os não fumadores dos efeitos do fumo passivo naqueles locais públicos fechados onde estes não tenham a opção de não ir ou onde possam decidir não ir.

Não podemos esquecer que este estudo é realizado por entidades que, pela sua natureza, tendem a apenas atender a uma das vertentes desta problemática, o que não deixa de ter reflexos nos considerandos constantes do relatório, muitas vezes meramente opinativos e não baseados em factos concretos e mensuráveis.

Por esta razão, atendendo à situação económica que o sector atravessa, e atendendo também a que não se encontram ainda amortizados os avultados investimentos efectuados por parte dos proprietários de estabelecimentos HORECA para se conformarem com os requisitos da lei, e sobretudo porque não se identificam motivos que o justifiquem, entende a AHRESP que qualquer revisão da Lei do Tabaco no presente momento seria totalmente extemporânea, desnecessária e

injustificada, motivo pelo qual se apela aos decisores políticos para que procurem preservar a estabilidade legislativa neste tocante.

A avaliação veio confirmar o que temos vindo a afirmar nestes últimos três anos, no sentido desta ser uma lei pautada pelo equilíbrio que, aliado ao elevado sentido cívico demonstrado pelos portugueses, se tornou num caso de sucesso, o que, aliás, é bem evidenciado pela citação escolhida para a "abertura" do documento:

"A lei entrou pelo senso comum, as pessoas deixaram de fumar em certos sítios não pela lei mas pelo respeito pelos outros."

Mas também o próprio relatório é peremptório e conclusivo no que respeita ao sucesso desta lei, senão vejamos, a título meramente exemplificativo:

"A nova lei do tabaco (…) é globalmente bem aceite" (Página 9)

"A nova lei do tabaco é vista como uma lei muito positiva, tanto por fumadores como por não fumadores (…)" (Página 9)

"(…) é percebida como uma lei que é bem aceite e globalmente cumprida (…)" (Página 17)

"(…) mais de metade dos respondentes consideram que a lei do tabaco, genericamente, tem vindo a ser cumprida (…)" (Página 17)

3. Enquadramento

3.1 Enquadramento legislativo nacional e internacional

São aqui referidos alguns dos problemas relacionados com o tabaco, no entanto existem outros factores igualmente importantes, como os postos de trabalho criados e assegurados, bem como as receitas fiscais advenientes do imposto sobre o tabaco.

Relativamente à Tabela 1 que é apresentada (legislação de restrição à exposição ao tabaco em países da EU), além do erro que anteriormente já apontámos, refira-se o facto de Portugal estar em sintonia com a maior parte dos países, uma vez que, nos 28 países da UE, relativamente a restaurantes, *pubs* e bares, em 18 não é proibido fumar ou existem medidas de carácter voluntário.

Da análise das proibições implementadas nos diversos estabelecimentos nos países da União Europeia, notámos, com base nos resultados do Eurobarómetro conduzido em 2009, que a prevalência de fumadores é mais elevada nos países que introduziram uma proibição total à exposição ao tabaco. São os casos do Chipre (32%), Espanha (35%), Grécia (42%), Irlanda (31%) e Reino Unido (28%).

Naturalmente que se percebe que deve ser objecto de restrições o acto de fumar em alguns locais públicos, da mesma forma que devem existir proibições totais em alguns locais, sobretudo aqueles onde as pessoas não têm a opção de não ir.

De igual forma, não pretendemos menosprezar a protecção dos não fumadores à exposição involuntária do fumo do tabaco, mas os resultados apresentados parecem demonstrar que uma diminuição das excepções à proibição de fumar em locais públicos fechados e locais de trabalho, não traz benefícios, nem parece ser determinantes para a redução do consumo e prevalência.

Neste contexto, o exemplo dado da recente legislação espanhola, mais restritiva, é aliás apresentado de uma forma que consideramos desonesta, não devendo ser considerado como exemplo de proximidade e de referência para a evolução do enquadramento legislativo nacional, pois o contexto em que a legislação espanhola foi revista e implementada é significativamente diferente do da realidade portuguesa – como aliás bem sabem o autores do relatório. Esta questão é suficientemente importante para ser cuidadamente explicada e enfatizada.

Ao contrário da nossa legislação, a anterior legislação espanhola, ao não prever requisitos obrigatórios para os estabelecimentos HORECA com dimensão inferior a 100 m^2 que optassem por permitir o fumo do tabaco, fomentou a inércia dos empresários que mantiveram os seus espaços para fumadores, não concedendo aos consumidores a possibilidade de optarem por espaços livres de fumo. Ora, os nossos estabelecimentos possibilitam essa escolha aos consumidores, uma vez que existem inúmeros estabelecimentos para não fumadores, deixando assim de existir uma exposição ao fumo do tabaco que não seja voluntária.

Ou seja, de facto, em Espanha não existia, em bom rigor, uma efectiva protecção dos não fumadores contra a exposição ao fumo passivo, um vez que, na hora de escolher, estes não tinham verdadeiramente a hipótese de optar por um espaço onde não fosse possível fumar. Desse ponto de vista, por conseguinte, é possível afirmar com inteira propriedade que a anterior lei do tabaco espanhola foi um falhanço total.

Ora, a realidade portuguesa é bem distinta, uma vez que a Lei, embora admitindo que os proprietários dos estabelecimentos HORECA com espaços com menos de 100 m^2 possam também optar por ser locais para fumadores ou para não fumadores, impõe-lhes no entanto, no primeiro caso, que realizem um investimento em dispendiosos sistemas

de ventilação com determinadas características definidas no dispositivo legislativo, investindo na melhoria do ambiente dos respectivos estabelecimentos, lançando-se em investimentos que não se encontram ainda amortizados, alcançando uma feliz situação de equilíbrio de mercado, contrariamente ao que sucedeu em Espanha.

Nas estimativas que a AHRESP realizou, cerca de 20 a 30% dos estabelecimentos optaram por ser para não fumadores, (percentagem esta que, curiosamente, se aproxima dos níveis de prevalência de fumadores em Portugal), permitindo, de facto, aos não fumadores, optar por locais onde não é permitido fumar, não vedando aos fumadores a escolha de locais onde possam fumar.

Trata-se portanto, sem tensões, por via do mercado, de um exemplo de uma feliz aposta do legislador e da prova do grande sucesso da Lei do Tabaco em matéria do objectivo que se propôs atingir, justificando portanto a aposta numa solução de estabilidade legislativa.

Esta realidade está espelhada no último Eurobarómetro1. As respostas às questões QD8.1 e QD8.2 demonstram respectivamente, que em Portugal, nos 6 meses que antecederam o inquérito, a maioria dos inquiridos (60%) não esteve exposto ao fumo do tabaco em bares, nem em restaurantes (82%).

3.2 O tabaco nos meios de comunicação social

A Lei do Tabaco prevê no seu artigo 24.º, que o seu impacto seja avaliado no que se refere *"(...) ao seu cumprimento, à evolução das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao público, (...) a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco."*.

Não é perceptível de que forma uma pesquisa de notícias em jornais nacionais e na agência Lusa, usando as palavras-chave: "tabaco", "cigarros", "fumar" e "fumo", possa fornecer informação válida que permita responder aos requisitos de avaliação determinados pela própria Lei.

De igual forma, não nos parece relevante como medida de avaliação de impacto de uma Lei, o grau de interesse sobre a temática no contexto internacional como sejam a aprovação da lei do tabaco na Grécia ou a nova lei do tabaco em Espanha.

Não deixa de ser algo caricato que, após três anos de implementação da Lei do tabaco, o que os autores do relatório tenham a dizer sobre uma "adaptação positiva" do sector da restauração à Lei do tabaco vigente se limite a uma citação

de um título de notícia de 13 de Janeiro de 2009 – "Restaurantes sem tabaco", publicada em fonte "desconhecida" (não é mencionada) e sem qualquer detalhe adicional sobre o conteúdo do texto.

Igualmente lamentável, e desprovido de qualquer valor, é a referência às "tendências" que "parecem emergir nas notícias de imprensa". O exemplo dado, com o título "Lei retrocede e serve mais os interesses do que a saúde pública", trata-se de uma mera opinião pessoal, vazia de qualquer fundamento epidemiológico, transmitida à Agência Lusa pelo presidente da Sociedade Portuguesa de Tabacologia por ocasião do Congresso Ibérico de Tabacologia.

Por último, a alegada tendência de legislar de forma mais restritiva nesta matéria, não é tão clara e notória como a ideia que os autores querem passar e cujas notícias ignoraram.

Por exemplo, estranhamente, não é dada nota das notícias que deram conta da sentença do Tribunal Constitucional alemão que considerou discriminatória a lei que proíbe o fumo em pequenos estabelecimentos, e por isso inconstitucional, obrigando o poder político a reformular o conteúdo da lei. Na mesma notícia é adiantado que os pequenos estabelecimentos tiveram, desde que a nova legislação entrou em vigor, no espaço de um mês, uma quebra de negócios na ordem dos 30%. Os magistrados do tribunal máximo alemão entenderam ser razoável que, nos bares, cafés e restaurantes com mais de 75 m2, seja possível fumar em espaços separados e criados para o efeito, enquanto nos com área inferior deveria prevalecer a vontade do proprietário.

3.3 Aceitabilidade Social da Lei

Neste capítulo, os resultados apresentados voltam a ser confusos e pecam pela falta de transparência com que foram obtidos.

Referimo-nos, concretamente, às inferências realizadas com base nos dados da Tabela 2 sobre a *"Percentagem de indivíduos que consideram que devia ser proibido fumar nos diferentes locais em 2006, 2007 e 2010"* (página 10).

A nota de rodapé desta tabela torna claro que a questão inquirida em 2010 difere das questões realizadas nos anos anteriores (2006 e 2007).

Em 2010 inquiriu-se: *"Em que locais acha que deve ser admitido fumar?"* e os resultados apresentados são as respostas *"só no exterior"*; ao invés de 2006 e 2007, em que se inquiriu sobre os locais onde devia ser proibido fumar. Os próprios autores do relatório aludem a esta situação na página 11.

Fica por esclarecer se o pressuposto assumido pelos autores é perceptível de igual forma pelos inquiridos i.e. "quando os indivíduos apontam que nos diferentes locais considerados só se devia poder fumar no exterior, isso significa que consideram que devia ser completamente proibido fumar nesses locais".

Pelo acima exposto, não nos parece ser possível, nem razoável, realizar análises comparativas entre os anos de 2006 e 2007 e o ano de 2010, não havendo aqui qualquer referência aos anos de 2008 e 2009.

Mas, cingindo-nos apenas ao estudo de 2010, conforme resulta da leitura da Tabela 3, exibida na página 11, a conclusão verdadeiramente interessante a retirar a propósito desta questão, e que os autores do relatório estranhamente não referem, é que, para toda a tipologia de locais indicados (excepto estabelecimentos de saúde, de ensino, meios de transporte e centros comerciais), aproxima-se ou excede-se mesmo os 50%, o número daqueles inquiridos (muito para além portanto da prevalência de fumadores, independentemente do seu valor exacto), que consideram necessária a criação de espaços para fumadores (o que resulta adicionando-se as respostas favoráveis às opções "espaços fechados", "espaços abertos" e "livre").

Ou seja, a única inferência possível é a de que, mesmo muitos dos não fumadores compartilham a ideia de que, subordinada ao princípio da protecção daqueles contra a exposição ao fumo passivo, será desejável a disponibilização de espaços para fumadores num grande número de tipos de locais e em particular nos estabelecimentos do canal HORECA.

Na Tabela 2 constata-se claramente que a maioria é a favor da lei que está hoje em vigor, pelo que se deverá respeitar o princípio democrático que lhe está subjacente, não se alterando a lei.

Também na Tabela 4 e Tabela 5, agora com uma pergunta objectiva, se chega também à conclusão de que a maioria das pessoas é a favor da lei que hoje vigora.

Não obstante, parece-nos não existir qualquer fundamento que permita a comparação dos resultados obtidos pelos estudos de opinião em 2006 e 2007 com os de 2010, pelas seguintes razões:

a) o questionário de 2010 é diferente;

b) desconhece-se o contexto em que foram colocadas as questões;

c) a amostra poderá não ser representativa considerando que as chamadas foram realizadas apenas através de linha fixa no território de Portugal Continental e a taxa de penetração da linha telefónica fixa, em 2010 para a população 18-64 anos, foi de apenas 50.9%.

Sobre a *"Percepção do cumprimento da lei"* (página 17), os autores entram em franca contradição quando referem que a Lei *"(…) é bem aceite e globalmente cumprida (…)"* mas que *"(...) no entanto, os sítios criados especificamente para os fumadores (como por exemplo centros comerciais, locais de trabalho, etc.) são percebidos como locais inóspitos com extracção deficiente que faz com que contamine o ar circundante."* .

Desconhece-se qual a questão colocada aos inquiridos que permita retirar tal conclusão.

Igualmente em franca contradição com a afirmação dos autores do relatório, são os resultados do último Eurobarómetro, em que 81% da população portuguesa inquirida respondeu "nunca" ou "quase nunca" ter estado exposto ao fumo do tabaco no local de trabalho, enquanto 83% dos inquiridos declararam não ter experienciado alguém a fumar num estabelecimento de restauração na sua última ida a um destes estabelecimentos.

No tocante à percepção do impacto da Lei e mudança de hábitos tabágicos, sublinha-se a alteração de hábitos tabágicos e consequente redução do consumo. Cerca de 5,1 % dos fumadores declararam ter deixado de fumar e 22,3% diminuíram o seu consumo, de acordo com um estudo promovido pela Direcção-Geral da Saúde.

Esta diminuição é igualmente corroborada pela redução observada no número de cigarros introduzidos no retalho de 2007 a 2010, conforme apresentado na Tabela 35 e figura 20 (página 80), do relatório em análise.

Adicionalmente é de salientar os resultados obtidos pelo estudo de opinião realizado em Dezembro de 2010 pela Direcção-Geral da Saúde.: A*"(...) Lei é percebida como um benefício para a Saúde Pública e como uma protecção dos não fumadores ao fumo passivo."* (página 19).

Os resultados apresentados na Tabela 9 (página 20) sobre os benefícios da Lei são igualmente ilustrativos da sua elevada aceitabilidade e eficácia; 91,2% dos inquiridos consideram que a Lei trouxe benefícios para a saúde pública geral; 86,4% consideram que trouxe benefícios para a sua saúde pessoal; e 85,4% consideram que trouxe benefícios para a qualidade do ar em locais públicos.

As alterações nos hábitos tabágicos, nomeadamente na redução do consumo e da prevalência de fumadores resultante da nova Lei do Tabaco, estão reflectidas igualmente no último Eurobarómetro, em que Portugal surge como um dos países com a percentagem mais elevada de indivíduos que nunca fumaram (64%) e uma prevalência de fumadores das mais baixas da Europa (23%), sendo ultrapassado apenas pela Finlândia (21%) e pela Suécia (16%) onde, por razões culturais, o produto de tabaco preferencialmente consumido é o Snus (produto de tabaco para uso oral).

Mesmo assim, apesar da existência de algumas variáveis introduzidas com objectivos que se nos afiguram relativamente pouco claros, mas certamente não neutros, é possível concluir que os inquéritos de opinião conduzidos pela Direcção-

Geral da Saúde revelam um elevado grau de aceitabilidade da Lei e protecção da saúde púbica. Neste tocante, não podemos descurar os esforços financeiros realizados pelo sector da restauração para se adaptar a uma nova realidade. Os investimentos realizados, não raras vezes avultados (nem amortizáveis em 3 anos), para permitir o fumo dentro dos parâmetros da Lei, terão sido determinantes para que se tenha atingido tal nível de protecção e satisfação.

4. Impactos da Lei na saúde da população

4.1 Epidemiologia do consumo do tabaco em Portugal

Os dados sobre a prevalência do consumo de tabaco em Portugal apresentados no capítulo III do relatório (Tabela 13, página 34), não são coerentes com os resultados do último Eurobarómetro, nem tão pouco com os resultados dos estudos de opinião conduzidos pela própria Direcção-Geral da Saúde.

A prevalência de fumadores estimada, quer pela série de inquéritos nacionais de saúde (INS), quer pela série de ECOS-infotabaco, são completamente díspares dos resultados apresentados pelos últimos Eurobarómeteros. O Eurobarómetro conduzido em 2005 apresenta uma prevalência total de fumadores de 27% ao invés dos 17,2% apresentados pelo INS de 2005/2006.

No tocante às prevalências de fumadores estimadas nas amostras ECOS de 2005, 2008 e 2010, os resultados apresentados são ambíguos. Não resulta claro a relevância da apresentação de uma prevalência para fumadores diários e de outra para fumadores diários e ocasionais, e qual deverá ser o valor considerado para comparação. Desconhece-se, também, qual ou quais foram os critérios utilizados para proceder a tal distinção.

À semelhança das diferenças observadas nas prevalências estimadas pelos INS, as séries ECOS-infotabaco (Tabela 13, página 34) diferem igualmente dos resultados apresentados pelos Eurobarómetros (ECOS 2005 - 13,7% ou 16,5% - caso se considere fumadores diários ou fumadores diários e ocasionais, respectivamente, versus 27% do Eurobarómetero conduzido em 2005; ECOS 2008 -12,5% ou 13,6% versus 26% no Eurobarómetro conduzido em 2008; ECOS 2010 - 16,5% ou 17,6% versus 23% no último Eurobarómetro).

Quando comparadas com estes valores, são igualmente díspares, a prevalência de fumadores estimada nos estudos de opinião em 2006, 2007 e 2010 (28,4%, 30,5% e 25,5%, respectivamente).

Lamentavelmente, em 3 anos de Lei do Tabaco, o que a Direcção-Geral da Saúde e o Observatório Nacional de Saúde têm para apresentar, em termos de acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, é uma tabela resumo com dados incomparáveis, que não permitem estabelecer qualquer relação ou tendência.

Aliás, são os próprios autores que referem, em nota de rodapé, que "Esta tabela tem que ser lida com algumas reservas dado o facto de as estimativas de prevalência terem origem em estudos diversos (que, entre outros aspectos apresentam diversos desenhos e tamanhos amostrais, formulação de perguntas e cálculo de prevalência).".

Não podemos deixar de sublinhar que este insólito assume uma maior gravidade quando os autores e a Direcção-Geral da Saúde reconhecem estas limitações e nada fizeram para as colmatar.

Não obstante, os autores permitem-se afirmar que os "dados de prevalências disponíveis não permitem, de momento, afirmar que esteja a ocorrer uma tendência de decréscimo de fumadores" e que "assim não é possível concluir que tenha existido um impacte da aplicação da Lei na evolução da proporção de fumadores." (página 37)

Se não é possível observar tendências, ou estimar o impacto da Lei na evolução da proporção de fumadores com os estudos disponibilizados pela Direcção-Geral da Saúde, consideremos então os resultados dos Eurobarómetros, onde a prevalência de fumadores tem vindo a diminuir progressivamente em Portugal (29% em 2002, 27% em 2005, 24% em 2006, 26% em 2008 e 23% em 2010), sendo actualmente um dos países europeus com a mais baixa prevalência de fumadores e o país europeu com a maior percentagem de indivíduos que nunca fumaram (64%).

A este propósito citamos ainda o constante a este respeito, no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – 1ª Parte – Estratégias para a Saúde, II) A Saúde em Portugal: o Diagnóstico (páginas 14 e 15):

"No referente aos determinantes, Portugal é dos países da EU com melhores valores globais (…) no consumo de tabaco (país com melhor valor e menos 10% de fumadores do que a média).".

Conclui ainda o mesmo documento, relativamente à evolução na última década:

"Portugal é o país da EU com menor prevalência de consumo de tabaco;"

Por último, chamamos a atenção para um efeito sistémico que é corroborado pela afirmação dos autores: "As pessoas desempregadas, revelam frequências de consumo de tabaco superiores à restante população.".

Ora, não tenhamos dúvida que alterar a lei num sentido mais restritivo irá ter como consequência directa o agravar da situação de crise vivida pelas nossas empresas, levando à perda de postos de trabalho, ao avolumar do número de desempregados e, consequentemente, ao aumento do consumo de tabaco.

4.2 Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Relativamente a este assunto, não entendemos como é que as respostas à pergunta *"Sente-se incomodado pelo fumo?"* possam ser relevantes quando o que se pretende é estimar se a nova Lei do tabaco reduziu ou não a exposição involuntária ao fumo.

Neste contexto são mais esclarecedores os resultados do Eurobarómetro, senão vejamos:

Aas respostas às questões QD8.1 e QD8.2 demonstram, respectivamente, que em Portugal, nos 6 meses que antecederam o inquérito, a maioria dos inquiridos (60%) não esteve exposto ao fumo do tabaco em bares, nem em restaurantes (82%). Estas percentagens são superiores às da UE 27 (nos 6 meses que antecederam o inquérito, 54% referiu não ter estado exposto ao fumo em bares e apenas 69% não esteve exposto ao fumo em restaurantes).

De igual forma, no que se refere à exposição em ambiente laboral, Portugal apresenta valores de protecção superiores aos da UE 27. Segundo a informação específica para Portugal, 81% dos inquiridos "nunca ou quase nunca" estiveram expostos ao fumo do tabaco no local de trabalho, em comparação com 76% na UE 27.

Outro aspecto interessante, em matéria dos ganhos em saúde, e que os autores do relatório timidamente exploram, o que não deixa de causar estranheza, diz respeito aos episódios de internamento por doenças associadas ao tabaco, os quais, conforme mostra a figura 11, na página 51, vinham em crescendo até 2008 nos casos da doença isquémica cardíaca e da doença pulmonar obstrutiva crónica, tendo a partir de então registado um decréscimo.

Pode concluir-se que a Lei do Tabaco em Portugal possibilitou a existência concomitante de espaços livres de fumo e espaços onde ainda é permitido fumar. Estes resultados, demonstram o equilíbrio alcançado pela Lei, com benefícios claros para a Saúde Pública, se tomarmos em consideração que estes resultados permitem inferir que o número de espaços (bares e restaurantes) livres de fumo será maior do que o número de espaços onde se optou por permitir o fumo.

5. Protecção da exposição ambiental ao fumo do tabaco

Neste capítulo pretende-se apreciar o cumprimento da Lei, relativamente a serviços de saúde, escolas, estabelecimentos do ensino superior, Câmaras Municipais, empresas públicas e privadas e estabelecimentos de restauração (sobre estes últimos ver ponto seguinte).

Assim verificamos que, relativamente a serviços de saúde, escolas, estabelecimentos do ensino superior, Câmaras Municipais e empresas públicas e privadas, o cumprimento da Lei foi aferido por questionário. Já quanto aos estabelecimentos de restauração, referem os autores, que foi feita uma "avaliação", e que os estabelecimentos foram "visitados". Assim, estão a comparar-se dados obtidos por um inquérito, com dados obtidos presencialmente. E ainda assim, apenas 4% apresentavam incumprimento da Lei.

A este propósito seria interessante, à semelhança do que é feito para os estabelecimentos de restauração ou de bebidas, conhecer, em pormenor, os dados sobre as fiscalizações da ASAE realizadas em outros locais onde é proibido fumar, nomeadamente nos estabelecimentos de saúde.

5.1 Protecção da exposição ambiental ao fumo do tabaco nos estabelecimentos de restauração

Com o objectivo de avaliar o grau de cumprimento da nova lei do tabaco a Direcção-Geral da Saúde conduziu um inquérito por visita, realizado entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011 (!) a 175 estabelecimentos de restauração (embora na ficha técnica do estudo se refira 176), localizados em aglomerados geográficos do território continental, incluindo regiões urbanas e rurais. A título de curiosidade refira-se que este número representa uns ínfimos 0,2 % do total de estabelecimentos existentes.

De acordo com o relatório apresentado, não é permitido fumar em 76,3% dos estabelecimentos inquiridos com mais de 100 m^2 e em 79,3% dos estabelecimentos com menos de 100 m^2. Estes resultados são coerentes com os dados do último Eurobarómetro em que 82% dos inquiridos respondeu não ter estado exposto ao fumo em restaurantes nos 6 meses que antecederam o inquérito.

Neste capítulo é ainda apresentado que 64% dos proprietários de estabelecimentos de restauração consideram que a lei foi boa ou muito boa. Fica no entanto por esclarecer, porque razão entendem 23,4% dos proprietários que a Lei foi má ou muito má.

Torna-se ainda mais pertinente o esclarecimento anterior, quando o mesmo estudo refere que "a maioria (79,4%) dos estabelecimentos pretende manter a sua classificação enquanto 4,6% pensa em mudá-la". Desconhece-se, e a Direcção-Geral da Saúde não esclarece, o porquê desta intenção de mudança e em que sentido os proprietários pensam alterar a sua situação.

Decorridos 3 anos após a implementação da Lei do tabaco, a única informação disponível sobre a opinião do sector da restauração resulta de um questionário efectuado a 175 estabelecimentos, entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011. Ainda assim, e apesar das limitações já referidas, é possível concluir que 88,6% dos proprietários inquiridos concordam total ou parcialmente com a Lei do tabaco.

No que se refere à relação entre a possibilidade de fumar em determinados locais e o consumo, os principais países que implementaram uma restrição total à exposição do tabaco não têm registado alterações na prevalência, ao invés, em alguns países observou-se mesmo um aumento, como são os casos do Chipre, Grécia e Irlanda (ver quadro seguinte).

País	Eurobarómetro (Prevalência fumadores %)				
	2002[3]	2005[3]	2006[4]	2008[5]	2009[1]
Chipre	-	28	31	29	32
Espanha	39	29	34	31	35
Grécia	39	40	42	42	42
Irlanda	32	29	29	29	31
Reino Unido	33	22	33	28	28

Prevalências de fumadores publicadas nos últimos Eurobarómetros sobre o tabaco nos países que proibiram o fumo em todos os locais descritos na tabela 1 do relatório infotabac (página 7).

Sem menosprezar a importância da protecção dos não fumadores à exposição ao fumo do tabaco, estes resultados permitem demonstrar que medidas no sentido de proibir o fumo do tabaco em determinados locais, poderá ser ineficaz na redução do consumo e consequentemente na prevalência.

Assim, não nos parece existir qualquer necessidade ou mais-valia que fundamente, ou justifique, ser este o momento oportuno para proceder a alterações na Lei, no sentido de maiores restrições.

É referido ainda pelos autores que "no momento da avaliação verificou-se que dos 136 estabelecimentos com dístico vermelho somente em um se verificou a presença de uma pessoa a fumar sem intervenção do proprietário e em outros observaram-se cinzeiros". Ao contrário do que é dado a entender com esta afirmação, os estabelecimentos de restauração ou de bebidas, sejam para fumadores ou para não fumadores, podem perfeitamente ter no seu interior cinzeiros, que, obviamente, têm outros objectivos que não apenas o seu uso adveniente do tabaco.

Um facto inquestionável e incontornável é que o cumprimento da lei do tabaco por parte destes estabelecimentos é elevada e apenas em cerca de 20% do total dos estabelecimentos existem locais para fumadores, o que corrobora a

nossa posição no sentido desta ser uma lei que cumpre plenamente o seu objectivo que é proteger os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Por último é também patente o elevado grau de satisfação dos empresários com a lei que hoje vigora, que lhes permite adequar a oferta à tipologia de clientes por parte da procura.

Exemplificativo da falta de isenção patente neste relatório é o facto de, na página 70, se apresentar uma caixa, completamente desenquadrada e injustificada.

6. Fiscalização e infracções

O relatório procura insinuar que o nível de fiscalização é insuficiente e que se tem vindo a esbater ao longo do tempo, quer valorizando a importância do inquérito efectuado entre Dezembro de 2010 e Janeiro de 2011 junto de 175 estabelecimentos de restauração, numa amostra evidentemente não representativa do sector, quer desvalorizando, quanto a nós, de forma totalmente inaceitável, os dados divulgados pela própria Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), órgão inspectivo com competência sobre esta matéria, relativamente ao número das acções de fiscalização e de infracções detectadas ao longo dos últimos três anos, cuja fiabilidade é questionada quando os seus autores se arrogam o direito de escrever que aquela entidade "terá fiscalizado", em 2010, um determinado número de operadores económicos.

Todavia, ao contrário daquilo que pretendem fazer crer as insinuações, procurando obviamente questionar a actuação da ASAE, enquanto entidade competente para a fiscalização do cumprimento da Lei do Tabaco e instrução dos respectivos processos de contra-ordenação, e dessa forma desvirtuar, de alguma maneira, a evidente eficácia na aplicação da lei, aquilo que revelam, quer o próprio inquérito levado a cabo junto do sector da restauração e bebidas, pela Direcção-Geral da Saúde, quer os dados da ASAE e quer ainda o conhecimento e a experiência da AHRESP, é que a fiscalização se tem vindo a verificar a um nível excepcionalmente elevado e que as situações de incumprimento se revelam marginais, o que registamos com excepcional agrado.

Mesmo tomando o dito inquérito a uma amostra não representativa, constata-se que 22,3% dos estabelecimentos inquiridos foram objecto de inspecções, uma percentagem de fiscalização que não deverá ter paralelo em mais nenhum outro sector de actividade económica ou outra sujeita a regulamentação. Os dados da ASAE e da AHRESP revelam, no entanto, que essa percentagem é bem superior à referida, pelo que cai completamente pela base a ideia de que a fiscalização possa ser insuficiente ou venha abrandando ao longo do tempo, antes pelo contrário.

E isso sem contar com o facto de que o principal e mais eficaz instrumento de fiscalização radica, em geral, e neste caso em particular, precisamente na alteração comportamental dos visados, aquando da presença de fumadores.

Ora, esse é reconhecidamente um dos principais sucessos da aplicação da Lei do Tabaco. Neste tocante, registe-se a confirmá-lo o baixíssimo nível de queixas e/ou reclamações apresentadas individualmente na decorrência da observância de situações de incumprimento.

7. Conclusões

Decorridos três anos após a entrada em vigor da Lei do Tabaco seria expectável, conforme atrás ficou sobejamente demonstrado, que o relatório apresentado pelo grupo INFOTABAC fosse fundamentado noutro tipo de evidências e apresentasse um diferente nível de rigor e de solidez de análise.

Não obstante, a AHRESP, nesta matéria, sempre desempenhou um papel construtivo e cuja postura de cumprimento escrupuloso do disposto na Lei do Tabaco em muito contribuiu para a percepção pública do sucesso que a sua aplicação constituiu, não se tendo obviamente alterado esse seu estado de espírito, e mais uma vez se pronuncia para que tal continue a registar-se.

Este relatório, ainda assim, tem o grande mérito de existir e de permitir retirar as seguintes conclusões muito positivas e irrefutáveis:

1. Da análise da aplicação da Lei do Tabaco destacam-se algumas características raras – senão mesmo ímpares ao longo dos últimos anos – como sejam as do conhecimento alargado do seu conteúdo e objectivos, a generalizada aceitação e o escrupuloso cumprimento por parte de todos os actores relevantes, designadamente por parte da população em geral e dos fumadores em particular, bem assim como por parte dos operadores económicos em geral e dos estabelecimentos do canal HORECA em particular.

2. A Lei do Tabaco alterou significativamente a realidade e num curto espaço de tempo, tendo entretanto alcançado um quadro de grande estabilidade. As alterações comportamentais directamente induzidas pela Lei do Tabaco (38,3% dos inquiridos alteraram os seus hábitos tabágicos, tabela 11, página 22), tiveram um alcance que ultrapassou, em muito, aquilo que as disposições legais expressamente visavam.

3. O nível de sucesso na aplicação da Lei do Tabaco só foi possível em resultado da existência de uma consciência individual, que permitiu alterar comportamentos em função do interesse colectivo de conciliação de práticas e hábitos potencialmente conflituantes. A verdade é que a população de uma forma geral se habituou à nova realidade introduzida pela Lei do tabaco. Os estabelecimentos de restauração tomaram a opção de ser ou não um espaço para fumadores, de acordo com a Lei. Aqueles que optaram por permitir o fumo (entre 20 a 30% do total, percentagem que andará alinhada com a prevalência de fumadores em Portugal, independentemente do seu valor exacto), adequaram-se, de forma a cumprir a lei, através da realização de avultados investimentos, não amortizáveis em apenas 3 anos.

   Ainda neste contexto, sublinhe-se a aceitação manifestada pelos próprios não fumadores. No estudo de opinião conduzido pela Direcção-Geral da Saúde, em 2010, à excepção dos estabelecimentos de saúde, de ensino, meios de transporte e centros comerciais, 50% a 60% dos respondentes aceita ser possível fumar no interior dos locais de trabalho, restaurantes, bares e *pubs*, discotecas, hotéis, aeroportos e casinos, bingos e salas de jogo (em "espaços fechados", em "espaços abertos" ou em regime "livre"). Se assumirmos como referência as prevalências apresentadas para o ano de 2010, na tabela 13, página 34 do relatório (16,5% ou 17,6%), podemos inferir que entre 32,4% a 42,4% dos não fumadores entende e aceita como válido o direito das pessoas a fumar nos locais públicos acima mencionados.

4. De nenhuma das disposições legais da Lei do Tabaco decorreu qualquer efeito prático negativo ou conflitual, antes pelo contrário.

5. Independentemente das opiniões, posições ou juízos de valor sobre o espírito e a letra da Lei do Tabaco, é um facto que esta, tal qual foi idealizada e levada à prática, e ao fim de três anos de vigência, veio melhorar a vida colectiva da nossa sociedade.

   A Lei do tabaco prevê no seu preâmbulo a protecção dos cidadãos à exposição involuntária ao fumo do tabaco e é precisamente isso que ela conseguiu fazer. Os dados do último Eurobarómetro reflectem isto mesmo, quando 82% dos inquiridos respondem que nos 6 meses que antecederam o inquérito não estiveram expostos ao fumo do tabaco em restaurantes e 81% respondem que "nunca ou quase nunca" estiveram, durante esse período, expostos ao fumo do tabaco no local de trabalho, percentagens que são superiores às da UE em ambos os casos. Essa exposição deixou literalmente de existir nos locais públicos fechados onde os cidadãos não podem deixar de ir e reduziu-se

significativamente, mesmo em locais privados fechados, no caso de extractos populacionais mais vulneráveis, como sejam as grávidas e as crianças.

Apesar das inconsistências detectadas nos dados e das reservas que estes suscitam, a Lei do Tabaco terá, sem sombra de dúvida, contribuído para uma redução do consumo legal e para uma redução da prevalência do número de fumadores e em particular entre os jovens menores de idade, extracto etário onde se tem vindo a detectar menores índices de iniciação. Neste contexto, estranhamos também a despreocupação que os autores do relatório revelam e a quase total ausência de tratamento e análise do fenómeno do comércio ilícito de cigarros, que gostaríamos de conhecer.

Outro aspecto interessante em matéria dos ganhos em saúde, que os autores do relatório timidamente exploram, diz respeito aos episódios de internamento por doenças associadas ao tabaco, os quais, conforme mostra a figura 11 (página 51), vinham em crescendo até 2008 nos casos da doença isquémica cardíaca e da doença pulmonar obstrutiva crónica, tendo, a partir de então, registado um decréscimo, denotando uma evolução, também aqui positiva, da Lei do Tabaco, apesar da sua curta vigência.

Pena é que os autores do relatório, tão focados nas questões da fiscalização e das infracções, que, conforme atrás se demonstrou, se manteve intensa e a níveis inigualáveis noutros sectores da actividade económica ou quaisquer outros sujeitos a regulamentação, não se tenham verdadeiramente debruçado sobre a questão dos resultados efectivamente alcançados pelas medidas de prevenção e controlo do tabagismo implementadas e a sua eficácia.

No capítulo IX do relatório (entre as páginas 85 e 94) são descritos exaustivamente os recursos utilizados no apoio à cessação tabágica, que possibilitaram um aumento no número de consultas de cessação tabágica de "50% entre 2007 e 2008, e 35% entre 2008 e 2009" (página 104), mas, não sendo quantidade sinónimo de qualidade, é incompreensível a omissão de qualquer referência aos ganhos em saúde resultantes deste tipo de intervenção, o que também seria importante conhecer.

6. Em conclusão, e pelos argumentos ao longo desde documento apresentados, a AHRESP manifesta total oposição a alterações legislativas à Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, sobretudo no sentido de maiores restrições relativamente aos locais onde pode ser permitido fumar em geral e nos estabelecimentos do canal HORECA em particular, que seriam manifestamente infundadas e extemporâneas, especialmente numa altura de crise económica. Um tal desenvolvimento legislativo teria, além disso, um efeito desestabilizador no sector, contribuindo para o agravamento da já débil situação económica e inevitavelmente redução do número de postos de trabalho.

Nota: A primeira conclusão apresentada pelo relatório, deverá ser subdividida em duas, como a seguir se apresenta, porque são, de facto, duas conclusões distintas, embora discordemos da 2ª parte, relativa à fiscalização, o que é corroborado pelos números oficiais apresentados:

- A lei é percepcionada de forma positiva pela população;
- Existe espaço para a sua melhoria na área da prevenção e fiscalização.

Por fim, justifica-se comentar algumas propostas apresentadas por membros do Grupo Técnico Consultivo e enunciadas no relatório no sentido de uma proibição total de fumar nos estabelecimentos HORECA, subordinadas ao princípio mirífico da "qualidade do ar". Este princípio, do ponto de vista da AHRESP, plasmado em instrumento legislativo anterior à Lei do Tabaco, não poderá forçar uma revogação da vontade da Assembleia da República, exibida por via de uma rara quase-unanimidade, no sentido de expressamente consagrar o direito de opção por parte dos proprietários dos estabelecimentos a escolher a política de fumo que aplicam – ainda que condicionada ao preenchimento das condições e requisitos técnicos expressamente previstos.

Finalmente não podemos deixar de manifestar o nosso desagrado pelo facto da nossa posição, que consta de 3 páginas escritas, tenha sido resumida a uma única e breve frase na Tabela 42 (página 100), enquanto, por exemplo, a posição da ADENE, que compreendia igualmente 3 páginas, seja extensamente prevista nesta tabela, situação que solicitamos seja revista.

Mais uma vez reiteramos o nosso pedido no sentido de ser corrigida a designação da nossa Associação.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2011

Nota: Este relatório é propriedade exclusiva da AHRESP, que se arroga no direito de o divulgar pelas entidades que entenda convenientes.

Lei 37/2007 de 14 de Agosto

A "Lei do Tabaco" e sua aplicação no sector dos Centros Comerciais

Parecer

No seguimento da aplicação da Lei 37/2007 de 14 de Agosto, comummente designada "Lei do Tabaco", e três anos após a sua entrada em vigor, solicitou o Senhor Director-Geral da Saúde a esta Associação, Parecer sobre a Lei 37/2007 de 14 de Agosto e a sua aplicação concreta ao sector representado pela APCC.

Assim, somos do seguinte Parecer:

1. A Lei 37/2007 de 14 de Agosto, que entrou efectivamente em vigor a 1 de Janeiro de 2008 criou no seu clausulado um regime de excepção aplicável a recintos fechados de utilização colectiva, como é o caso dos Centros Comerciais.
2. Foi assim possibilitada, pelo Estado, a criação de zonas específicas para fumadores no interior destes empreendimentos, desde que cumpridas todos os requisitos e condições técnicas de circulação e exaustão do ar, devidamente assinaladas no diploma;
3. Perante esta possibilidade, foram efectuados por muitos promotores e gestores de Centros Comerciais, saturados estudos de projecto que visaram a criação destes espaços de dístico azul no interior dos centros;
4. Após a análise dos espaços foram em muitos centros comerciais investidos avultadas somas em equipamentos e estruturas passíveis de cumprirem os requisitos impostos para as zonas de fumo;
5. Na sua grande maioria, estes espaços cumprem desde o início da aplicação da Lei 37/2007, os requisitos, muitos dos quais foram por diversas vezes sujeitos a inspecções por parte da Autoridade responsável pela fiscalização nesta matéria;
6. Não obstante ser igualmente do conhecimento da APCC que em algumas destas zonas de dístico azul, foi necessário implementar medidas de correcção efectuadas após a inspecção das autoridades competentes, corrigindo assim situações não detectadas inicialmente;
7. Outros houve que não havendo condições de projecto que cumprissem os mínimos exigíveis, encerraram as zonas de fumo entretanto criadas;

8. Assim, temos conhecimento que a maioria dos operadores e dos centros comerciais afectos à APCC, são cumpridores da Lei em vigor, salvaguardando a saúde dos clientes através da criação e bom funcionamento das áreas de fumo cumpridoras de todas as condições exigíveis;
9. Acresce a boa imagem que o sector tem perante a opinião pública nesta matéria. Segundo a Primeira avaliação do impacte da aplicação da Lei do Tabaco, divulgada no Relatório "Infotabac", os centros comerciais são os espaços que recolhem maior número de opiniões de que a "Lei é totalmente Cumprida", logo após os Estabelecimentos de Saúde e os Transportes Públicos, o que não deixa de ser assinalável, considerando que destes três locais, os dois primeiros foram na sua generalidade e desde sempre, espaços de interdição de fumo;
10. Sublinhe-se ainda o ínfimo número de reclamações efectuadas aos operadores, por clientes não fumadores que se sentiram de algum modo lesados na sua saúde;
11. Entendemos, por todos estes motivos, que a Lei 37/2007 de 14 de Agosto, é uma boa peça legislativa, cumprida pela grande maioria dos cidadãos, existindo obviamente casos de prevaricação devidamente identificados pelas entidades competentes;
12. Julgamos que esta legislação não deverá ser alterada na sua essência, e a sê-lo, deverá continuar a ser devidamente consagrado o regime de excepção, possibilitando a continuidade da operação das zonas de dístico azul nos recintos fechados de utilização colectiva, como é o caso dos Centros Comerciais, dentro dos requisitos e condições definidas.

Mensagem n.º/ Message n.º	Data/ Date 2011-01-28	N.º de páginas (incl. a capa) / 2 Number of pages (incl.cover sheet)

Nome do destinatário / Name of adressed (type) N.º 218430503

Exmo. Senhor
Director-Geral da Saúde
Dr. Francisco George

De / from : GAJ

Assunto: Relatório Avaliação da Lei do Tabaco em Portugal – 2008-2010

Em referência ao assunto acima mencionado, antes de mais, gostaríamos de congratular essa Direcção-Geral pela qualidade e rigor do Relatório de Avaliação da Lei do Tabaco, sendo que de um modo geral nada temos a apontar ao mesmo.

No entanto, solicitamos que seja inserida no ponto 11.2 – Propostas de revisão – e na tabela 42, a posição da ASAE.

Assim, a avaliação que esta entidade faz da aplicação da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, na perspectiva da fiscalização, durante estes três anos, aconselha a que sejam alteradas as normas que regulam as seguintes matérias:

a) No âmbito das excepções do artigo 5º, nomeadamente os **requisitos técnicos** a que os equipamentos previstos nas alíneas b) e c) do nº5 se encontram sujeitos, estes devem ser especificados de forma clara e precisa, fixando-se limites e metodologias de verificação dos mesmos, para que não existam dúvidas relativamente ao seu cumprimento e permita uma fiscalização eficaz;

b) Ainda no âmbito das excepções do artigo 5º, sugerimos que o requisito previsto na primeira parte da alínea b) do nº5 – separação física dos espaços destinados a fumadores - seja obrigatório, e não em alternativa, devendo tais espaços para fumadores encontrar-se **fisicamente separados** em relação às demais áreas do estabelecimento, pois só desta forma se pode proteger a saúde dos clientes não fumadores dos efeitos adversos do fumo do tabaco;

c) Em caso de incumprimento da lei e, caso se justifique, deve existir uma norma que habilite a ASAE a determinar a adopção de medidas cautelares, nomeadamente a suspensão do espaço para fumadores, enquanto que a legalidade não seja reposta, nomeadamente os requisitos técnicos não sejam cumpridos;

d) Por fim, deve ser sancionado como reincidente o infractor que cometa contra-ordenação cominada com sanção acessória, depois de ter sido condenado por outra contra-ordenação ao mesmo diploma legal ou seus regulamentos, praticada há menos de cinco anos e também sancionada com sanção acessória.
No caso de reincidência, os limites mínimos de duração da sanção acessória previstos para a respectiva contra-ordenação são elevados para o dobro.

Com os melhores cumprimentos

António Nunes
Inspector-Geral

RELATÓRIO INFOTABACO – Primeira avaliação do impacto resultante da aplicação da Lei do Tabaco (Lei 37/2007, de 14 de Agosto)

APRECIAÇÃO DA CGTP-IN

A Lei 37/2007, de 14 de Agosto, que entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008, tem como objectivos fundamentais a prevenção do tabagismo, a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e a redução dos efeitos nocivos do uso do tabaco na saúde das pessoas.

Neste quadro, parece evidente que qualquer avaliação do impacto da aplicação desta Lei devia passar principalmente pela avaliação do grau de cumprimento dos objectivos por ela visados, procurando determinar em que medida a aplicação e o respeito das suas disposições contribuíram efectivamente para reduzir o consumo do tabaco, proteger de modo mais adequado os cidadãos involuntariamente expostos ao fumo e melhorar a saúde pública.

Embora o Relatório contenha de facto alguns indicadores neste sentido, que permitem de certa forma avaliar em que medida alguns dos aspectos relevantes foram atingidos, a verdade é que os dados apresentados estão mais virados para o cumprimento da lei em si do que propriamente para os seus resultados.

Parece-nos inegável que a chamada Lei do Tabaco teve de facto grande aceitação social, tem sido de modo geral respeitada pelos cidadãos e produziu efeitos positivos no que toca ao consumo de tabaco, contribuindo de modo decisivo para a redução dos níveis de exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Porém, tendo em conta as excepções que a lei estabelece à proibição de fumar em certos espaços públicos, é evidente que há cidadãos que continuam a não estar protegidos da exposição involuntária ao fumo do tabaco, com especial destaque para os trabalhadores que exercem a sua actividade profissional em espaços em que a lei continua a permitir o fumo e cuja posição não foi, desde o inicio, tida em conta e devidamente acautelada.

Ora, o presente Relatório é omisso quanto à avaliação do nível de exposição a que os cidadãos estão sujeitos nos espaços em que é permitido fumar, tal como não contém qualquer dado relativo à exposição involuntária dos trabalhadores ao fumo do tabaco no exercício da sua actividade profissional.

Trata-se em nosso entender de uma lacuna inadmissível, sobretudo se tivermos em conta que a Lei não acautelou devidamente os interesses destes trabalhadores nem se preocupou com a protecção da sua saúde, fazendo aliás tábua rasa das disposições legais em matéria de segurança e saúde no trabalho, que impõem aos empregadores a obrigação de assegurar a todos os trabalhadores condições de segurança e saúde em todos os aspectos do seu trabalho.

Rua Vítor Cordon, 1-2.º - 1249-102 Lisboa – Portugal – Tel.:+351 21 3236500 – Fax: +351 21 3236695 – email: cgtp@cgtp.pt

Efectivamente, tal como salientámos oportunamente, embora a lei estabeleça uma proibição genérica de fumar nos locais de trabalho (alínea b) do nº1 do artigo 4º), entendendo-se por local de trabalho, segundo a alínea g) do artigo 2º, *«todo o lugar onde o trabalhador se encontra e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador»*, ao prever excepções ao princípio geral da proibição de fumar, pura e simplesmente esqueceu que alguns desses locais onde o fumo continua a ser permitido são também locais de trabalho, onde os trabalhadores são obrigados a permanecer por força da sua actividade profissional – ou seja estes trabalhadores foram excluídos da protecção contra os efeitos nocivos da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Temos de concluir, portanto, que o legislador, não obstante ter criado uma lei destinada a proteger os cidadãos em geral da exposição involuntária ao fumo do tabaco considerada prejudicial à saúde e, com esse objectivo e essa justificação, ter proibido o fumo em vários locais incluindo todos os locais de trabalho, não se coibiu de, em nome de outros interesses, permitir a criação de excepções, sem garantir devidamente o direito dos trabalhadores à prestação de trabalho em condições de segurança e saúde e a um ambiente de trabalho saudável e seguro.

A CGTP-IN considera que, neste momento, nomeadamente face ao elevado grau de aceitação social da lei do tabaco, à consciência que os cidadãos em geral demonstram relativamente ao facto de a proibição de fumar em espaços fechados ser uma boa medida com efeitos positivos na saúde de todos e à interiorização da ideia de que efectivamente não se deve fumar em determinados locais, não se justifica de todo que continuem a permitir-se excepções ao princípio da proibição de fumar em espaços públicos fechados, sobretudo quando esses espaços são também locais de trabalho, obrigando os trabalhadores que neles desenvolvem actividade profissional a elevados níveis de exposição ao fumo do tabaco, em prejuízo da sua saúde. É o que sucede especialmente nos estabelecimentos de restauração e bebidas e de alojamento, bem como nos casinos e salas de bingo.

Em conclusão, a CGTP-IN considera que, em futura revisão da Lei 37/2007, de 14 de Agosto, deveriam ser eliminadas as excepções ao princípio geral da proibição de fumar em espaços públicos fechados, de modo que nenhum trabalhador seja obrigado a estar exposto ao fumo de tabaco no seu local de trabalho.

4 de Fevereiro de 2011

Rua Vítor Cordon, 1-2.º - 1249-102 Lisboa – Portugal – Tel.:+351 21 3236500 – Fax: +351 21 3236695 – email: cgtp@cgtp.pt

COPPT
CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DE PREVENÇÃO DO TABAGISMO
Av. da República, 97-1º, 1050-190 Lisboa – Telefone: 217615250

PARECER

INFOTABAC RELATÓRIO 2011. DGS

AVALIAÇÃO DOS PRIMEIROS TRÊS ANOS DE APLICAÇÃO DA LEI DO TABACO EM PORTUGAL. PROPOSTA DE ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS

"Tobacco control requires strong political commitment
as well as the participation of civil society"
WHO FCTC, Article 4. Geneve, WHO 2003

A OMS publicou em 2008 um importante documento a propósito das políticas de controlo da epidemia tabágica. O documento tem por título "A policy package to reverse the tobacco epidemic. MPOWER"(1) e apresenta um conjunto de políticas integradas, complementares e baseadas em evidencias científicas que já provaram terem êxito no decréscimo da prevalência dos fumadores quando aplicadas num país.

Segundo os autores, o tipo de políticas a implementar podem arrumar-se em seis tipos – (m)onitorizar o consumo do tabaco em jovens e adultos, (p)roteger os cidadãos da exposição ao fumo ambiental, (o)ferecer apoio profissional aos fumadores que querem deixar de fumar, (l)egislar sobre proibição de fumar e (a)umentar o imposto sobre o comercio dos produtos do tabaco.

Em Portugal, a actual lei do tabaco (Lei nº37/2007 de 14 de Agosto) estrutura-se e fundamenta-se nas propostas da OMS/MPOWER.

Genericamente é possível afirmar que a política menos conseguida foi a que se propôs (p)roteger os cidadãos do fumo ambiental. O legislador ao optar, no Artigo 4º e 5º, pela existência de múltiplas excepções à proibição de fumar em determinados locais públicos fechados criou e aprofundou uma discriminação entre cidadãos – quer entre cidadãos utilizadores e quer entre cidadãos trabalhadores. Este aspecto veio a revelar-se a maior fragilidade da lei.

Ao arrepio das evidências científicas, à época já muito claras, que recomendavam a proibição total por impossibilidade de obter tecnicamente "salas para fumadores limpas de fumo de tabaco", a lei portuguesa veio a consigna-lo impossibilitando uma eficaz inspecção desses espaços por falta de requisitos e metodologias consensuais.

Passados três anos, a Direcção Geral da Saúde (DGS), "em articulação com o Observatório Nacional da Saúde e com o Grupo Técnico Consultivo (GTC)" (artigo 24º, ponto 1) publica um relatório de progresso a ser entregue pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República e que tem por finalidade habilita-la "a propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco" (Artigo 24º, ponto1).

A Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (COPPT), como membro do GTC, e tendo por base os seus objectivos estatutários e após consultar os seus associados, vem por este meio apresentar o seu parecer, com dois objectivos – para que o conteúdo do relatório possa ser aperfeiçoado e também para que nele fiquem expressas as alterações legislativas à actual lei por si propostas.

SOBRE O RELATÓRIO

1. A sua existência é, só por si, de valorizar pois organiza muita informação e habilita os interessados a melhor fundamentar as suas posições, produzindo um acervo histórico para o futuro;
2. A organização do relatório seria mais simples de ler e interpretar se seguisse os diferentes capítulos da lei do tabaco, lei que se propõe avaliar. Optou-se por um índice clássico de uma obra científica;
3. O relatório está limitado por se apoiar na "informação publicada em Portugal ou sobre Portugal no âmbito da temática do tabaco no período de 2007 a 2010" (pp2). Pois na generalidade, a dita informação estatística não foi construída para dar resposta à necessidade de publicar esta avaliação;
4. São apresentados, e por vezes comparados, dados de força estatística muito diversa, caso dos dados do Inquérito Nacional de Saúde ou do HBSC/OMS dos jovens, com os resultados de sondagens ou de grupos focais. Esta situação acaba por justificar a dificuldade de concluir o que quer que seja, nomeadamente, quanto à evolução da prevalência de fumadores em Portugal;
5. A metodologia empregue nos estudos qualitativos é difícil de valorizar quando, por exemplo, não sabemos as características sócio-demograficas e o hábito tabágico dos participantes na maioria desses estudos (pp 9-10);
6. De particular interesse teria sido a avaliação do cumprimento da lei nos estabelecimentos de restauração, bares, salas de bingo, discotecas, casinos, etc (pp 64-68), atendendo à polémica que sempre existiu nesta área. Os dados apresentados não são possíveis de valorizar e muito menos a tipificação de "amostragem aleatória", tal o diminuto número de estabelecimentos visitados. Em Portugal estão registados mais de 20 000 estabelecimentos deste tipo. Também nada consta sobre a avaliação da qualidade do ar nestes espaços. Esta é uma importante lacuna do relatório que urge superar;
7. No relatório o diagnóstico realizado sobre o apoio aos fumadores que querem deixar de fumar apresenta-se como insuficiente e sem actualidade. Com dados parciais e com deficit na caracterização da população apoiada, das equipas activas e dos resultados do seu trabalho não é possível tirar conclusões;
8. Embora o objectivo deste parecer não seja a discussão detalhada do relatório chamamos a atenção para três pontos que eventualmente serão de rever no imediato, a saber –

- na página 1, 3º parágrafo, por lapso não é mencionado o GTC como colaborador;
- na página 8, não é referida a larga cobertura mediática aquando da entrada em vigor da lei, nomeadamente o escândalo que foi a fotografia do Sr Presidente da ASAE a fumar no dia 1 de Janeiro de 2008 no Casino de Lisboa;
- na página 95 não é referido nada sobre a acção da Direcção-Geral do Consumidor nesta área, o que é estranho;
- na página 93 no ponto 9.3 a propósito da terapêutica para a cessação tabágica compara-se o nº de embalagens de "Bupropiona" vendidas entre 2006 e 2010. Acontece que a "Bupropiona" é vendida no mercado português segundo três apresentações comerciais – o *Zyban*, o *Ellontril* e o *Wellbutrin*. Só o primeiro, segundo o Infarmed, tem indicação para a terapêutica na cessação tabágica pelo que será de obter e comparar somente o nº de embalagens deste vendidas ao longo destes anos;

9. As conclusões do relatório pouco permitem ao legislador ter iniciativas fundamentadas quanto à necessidade do seu aperfeiçoamento. Contudo, a leitura do articulado da lei e a observação atenta do realizado nestes três anos leva-nos a chamar a atenção para algumas das áreas menos trabalhadas e que carecem de outro vigor de intervenção. A saber -
    - A existência de muitos locais, para além dos estabelecimentos da restauração e bebidas, com proibição de fumar, que necessitam de fiscalização e acompanhamento, para se verificar o cumprimento da lei;
    - A venda de produtos de tabaco em determinados locais e a menores de 18 anos;
    - A publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo a publicidade oculta, dissimulada e subliminar;
    - A prevenção e a aplicação de medidas de "*Informação e educação para a saúde*", nomeadamente por parte das entidades responsáveis pelos estabelecimentos de ensino e de saúde, bem como o Estado no seu todo;
    - A não existência de um "Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo", de um orçamento e de uma equipa técnica nacional.
10. Chamamos a atenção para que não seja retirada qualquer conclusão "de que tudo está bem, nesta ou naquela área" só porque o relatório não conseguiu apresentar conclusões;

PROPOSTA DE ALTERAÇÕES LEGISLATIVAS

A existência, em Portugal, de uma lei de protecção dos cidadãos, em relação ao fumo do tabaco é, só por si, um facto de saúde pública de grande relevância.

Após três anos de aplicação da lei, dos resultados disponíveis nacionais e internacionais, a COPPT defende que, logo que estejam reunidas condições politicas na Assembleia da República, ou seja, que existam lideranças partidárias que defendam o aprofundamento das medidas restritivas em prol da defesa da saúde de todos os cidadãos portuguesas, se legisle nos seguintes pontos e com o seguinte sentido –

11. Legislar sobre a necessidade da existência de um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo;
12. Legislar sobre a afectação de recursos financeiros para actividades de informação, prevenção e apoio medicamentoso aos fumadores que querem deixar de fumar;
13. Legislar sobre a protecção dos não fumadores acabando com a generalidade das actuais excepções, estudando o caso particular dos estabelecimentos prisionais, estabelecimentos de internamento psiquiátrico e dos estabelecimentos hoteleiros;
14. Legislar sobre a proibição de fumar ao ar livre nas áreas circundantes dos estabelecimentos de saúde, estabelecimentos escolares e parques infantis;
15. Legislar sobre a actividade inspectiva à lei dando-lhe melhores condições para a sua realização e criando regras de inspecção periódica;
16. Legislar sobre a proibição de exposição dos produtos de tabaco nos postos de venda (display ban);
17. Legislar sobre as advertências de saúde com imagens nos maços de tabaco;
18. Legislar sobre novos produtos de tabaco e de nicotina (tabaco de uso oral, cigarros electrónicos, vaporizadores de nicotina, etc).

Ponto Final - Os dados dos poucos estudos realizados em Portugal e os que são citados pela equipa de avaliação do impacte da lei espanhola de controlo do tabagismo (Nebot e Fernández, 2009), sugerem a necessidade de reforçar a implementação de políticas sem fumo nos estabelecimentos da restauração e similares, especialmente em benefício da saúde dos trabalhadores e como medida de reforço de um ambiente que torne mais fácil para os fumadores pararem de fumar. Só uma proibição total de fumar parece ser eficiente para criar uma atmosfera livre de tabaco no interior dos estabelecimentos da restauração e na hotelaria. É tempo de Portugal abandonar o "velho modelo espanhol", e adoptar o "novo modelo espanhol". A nova lei espanhola de controlo do tabagismo, aplicada a partir de 02 de Janeiro de 2011, (que veio substituir a velha lei 28/2005 que entrou em vigor a um de Janeiro de 2006), veio dar protecção a cerca de um milhão de trabalhadores do sector da hotelaria. É tempo de Portugal proteger os seus trabalhadores.

É este o parecer da COPPT. Por um ambiente livre de fumo de tabaco. Por mais saúde para os cidadãos. Pela não discriminação dos portugueses.

(1) World Health Organization. MPOWER A policy package to reverse the tobacco epidemic.Geneve, 2008.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2011

O Presidente da COPPT

Prof. Doutor Luís Rebelo

Anexo – lista das Associações representadas pela COPPT e das que tiveram oportunidade de tomar posição e apresentaram propostas de enriquecimento deste parecer

1. Liga Portuguesa Contra o Cancro (emitiu parecer)
2. Fundação Portuguesa de Cardiologia
3. União Geral de Trabalhadores
4. Ordem dos Médicos Dentistas
5. Federação Portuguesa das Instituições Privadas Actuantes nas Toxicodependências (emitiu parecer)
6. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (emitiu parecer)
7. Sociedade Portuguesa de Pneumologia (emitiu parecer)
8. Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva
9. Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação (emitiu parecer)
10. Federação Portuguesa de Cicloturismo e Utilizadores de Bicicleta
11. Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias
12. Associação de Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga (emitiu parecer)
13. Ordem dos Enfermeiros (emitiu parecer)
14. Confederação Nacional das Associações de Pais (emitiu parecer)
15. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (emitiu parecer)
16. Associação Internacional de Temperança (emitiu parecer)
17. Ordem dos Médicos (emitiu parecer)

PARECER DA DGC SOBRE O RELATÓRIO INFOTABAC e

a APLICAÇÃO da LEI n.º 37/2007, de 14 de Agosto

Na última reunião do Grupo Técnico Consultivo sobre o fumo do tabaco, de 26 de Janeiro, foi apresentado o "Relatório INFOTABAC" que faz o balanço da aplicação da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que aprova as normas para a protecção 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, a seguir designada "Lei do Tabaco".

1. **Avaliação na óptica do regime jurídico da Publicidade**

Da análise ao Relatório, verifica-se que existe um capítulo referente à "publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e produtos de tabaco", tendo o mesmo estudo concluído que ainda existe publicidade a produtos do tabaco.

Do ponto de vista da competência da Direcção-Geral do Consumidor, no que respeita à publicidade, destacamos a previsão legal constante do artigo 16º, n.º 3 da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto que determina que não se considera publicidade ao tabaco e, por conseguinte, não é proibida a informação comercial circunscrita às indicações de preço, marca e origem exibida exclusivamente do interior do estabelecimento e que não seja visível do exterior.

Esta Direcção-Geral entende que, à luz do princípio da tipicidade em processo de contra-ordenação, bastará uma dessas indicações referidas para não se considerar a informação como publicidade ao tabaco e aos produtos do tabaco.

De acordo com a competência instrutória que a Direcção-Geral do Consumidor possui, no âmbito dos processos de contra-ordenação em matéria de publicidade, tem-se sentido algumas dificuldades em provar que as indicações acima descritas são visíveis do exterior, atendendo a que nem sempre as fotografias juntas aos autos de notícia levantados são concludentes.

Deste modo, e para efeitos de prova no âmbito dos processos de contra-ordenação, a Direcção-Geral do Consumidor alerta para as dificuldades que possam resultar para a instrução da ausência de elementos probatórios concludentes.

Por outro lado, este organismo entende que a mera apresentação dos maços de tabaco em expositores nos pontos de venda não constitui publicidade, nos termos do disposto no artigo 3º do Código da Publicidade.

Quanto à responsabilidade solidária constante do n.º 4 do artigo 27º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que determina que são solidariamente responsáveis tanto o promotor da venda ou da campanha, a agência de publicidade e as entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado.

No entanto, o diploma não contém qualquer definição de promotor da venda ou da campanha, acrescendo que a definição de "suporte publicitário" levanta, igualmente, algumas dúvidas.

Na verdade, o expositor nem sempre é propriedade do proprietário do ponto de venda, sendo que nestes casos o conceito de titular do suporte publicitário poderá ser entendido em sentido estrito, ou seja, o proprietário do expositor que se encontra no local de venda, ou em sentido lato, isto é o proprietário do expositor, bem como o proprietário do local de venda.

Por conseguinte, e de modo a evitar interpretações diversas, seria conveniente que houvesse uma disposição neste diploma que remetesse expressamente para o Código da Publicidade, concretamente para o artigo 36º e, ainda, para as definições constantes do artigo 3º a 5º desse Código.

De acordo com o descrito, evitar-se-iam dificuldades na aplicação da lei, incluindo a instrução dos processos de contra-ordenação em matéria de publicidade ao tabaco e aos produtos do tabaco, e na aplicação da lei, designadamente na imputação da responsabilidade de cada um dos agentes envolvidos.

Já noutro contexto, o presente estudo descreve "as tendências e comportamentos emergentes", os quais poderão vir a servir de fundamento a uma eventual proposta de revisão da Lei do Tabaco, destacando-se o aparecimento do chamado "cigarro electrónico" e a publicidade utilizando a "internet" para promover o tabaco junto dos jovens.

No que respeita, especificamente, ao "cigarro electrónico", e embora a Lei do Tabaco pareça não considerar um produto do tabaco, a verdade é que ainda não são conhecidas as consequências em termos de saúde, pelo que importa que a entidade competente nesta matéria analise a presente questão.

Considerando que o relatório em apreço considera que o "cigarro electrónico" se trata de uma forma de contornar a Lei, seria aconselhável que fosse analisada esta questão pela Direcção-Geral da Saúde, dado que existem alegadamente benefícios para a saúde dos consumidores, que não se encontram comprovados cientificamente.

Por outro lado, a publicidade ao tabaco difundida na internet já se encontra proibida no disposto no n.º 1 do artigo 16º da Lei do Tabaco, cuja fiscalização compete à Direcção-Geral do Consumidor, que tem levado a cabo várias acções de observação da publicidade, através da colaboração com o Observatório da Publicidade.

Deste modo, no que respeita à publicidade e às tendências emergentes, poderemos enunciar as seguintes conclusões:

a) A informação ao consumidor, da qual conste a marca, o preço ou a origem do tabaco ou produto do tabaco, não deve ser considerada publicidade;
b) Deste modo, a mera apresentação dos maços de tabaco em expositores nos pontos de venda não pode ser considerada publicidade;
c) Deverão ser clarificados os conceitos de " promotor da venda ou da campanha", bem como a definição de "suporte publicitário", na Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto;
d) Para evitar dúvidas interpretativas, poder-se-iam aplicar as definições constantes dos artigos 3º a 5º do Código da Publicidade;
e) No âmbito da responsabilidade solidária dos agentes da infracção, somos de parecer que o artigo 27º da Lei do Tabaco poderia remeter para o disposto no artigo 36º do Código da Publicidade, de modo a clarificar a aplicação da lei;
f) Dado o aparecimento do "cigarro electrónico", somos de entendimento que a Lei do tabaco poderia estender a disciplina legal existente a esta realidade.

2. Na óptica da salvaguarda da saúde e segurança dos consumidores

Considerando que a exposição ao fumo do tabaco dito passivo é particularmente nocivo, podendo inclusive levar a situações de incapacidade física e de saúde e no limite, à morte, em especial em determinado nicho da população (consumidores) como sejam, as crianças de tenra idade, adolescentes e grávidas;

Tendo presente que o fumo do tabaco foi considerado como cancerígeno humano pelo Centro Internacional de Investigação do Cancro da Organização Mundial de Saúde (OMS) - só o fumo produzido pelo consumo do tabaco contém mais de quatro mil compostos químicos com efeitos tóxicos e

irritantes, dos quais mais de 40 são reconhecidos como cancerígenos - e que segundo aquela entidade, morrem anualmente, em todo o mundo, e como consequência do tabagismo, cerca de 4,9 milhões de pessoas;

Existindo evidência científica que:

- o acto de fumar reduz a esperança média de vida em cerca de dez anos;
- o fumo de tabaco inalado pelos fumadores pode provocar em poucos minutos danos genéticos que aumentam o risco do aparecimento de cancro ("O efeito é tão rápido que equivale à injecção directa da substância no sangue", explicam os autores do estudo publicado na revista *Chemical Reserch in Toxicology*);
- na questão da qualidade do ar interior dos edifícios, não há limite seguro, nem exposição tolerável (seja a que nível for), pois os agentes carcinogénicos existem mesmo em quantidades ínfimas nesse ar;

Admitindo os seis pilares apresentados pela OMS na luta contra a "epidemia" do tabaco, no que chamou "*The MPOWER policy package*" que versa o seguinte:

- ***M**onitor tobacco use and prevention policies,*
- ***P**rotect people from tobacco smoke,*
- ***O**ffer help to quit tobacco use,*
- ***W**arn about the dangers of tobacco,*
- ***E**nforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, and*
- ***R**aise taxes on tobacco*.

Aludindo à proximidade e para se ter uma breve ideia do grau restritivo da Lei em Espanha, o parlamento espanhol aprovou em 2006 a lei anti-tabaco que proibia fumar nos locais de trabalho. Mais recentemente, alargou essa proibição aos parques para crianças e aos pontos de acesso a escolas e hospitais, os quais terão também de ser zonas livres de fumo; proibindo assim o acto de fumar não somente em lugares fechados, como bares, restaurantes, casinos, aeroportos e discotecas, como também em alguns espaços abertos do país. Mesmo em termos da União Europeia, esta prevê que em 2012, os seus 27 Estados tenham proibido o fumo em locais fechados.

Tendo em conta a posição assumida por determinadas associações e sindicatos de trabalhadores [designadamente da Hotelaria, Restaurantes e Similares (bares, discotecas e casinos)], e com o único objectivo da melhoria da saúde pública, não só dos utilizadores dos espaços como dos próprios trabalhadores (que passam a maior parte da sua vida – mais de 8 horas diárias – nesse espaço/ambiente),

julga-se que uma eventual revisão da actual Lei do Tabaco deveria caminhar no sentido de restringir o fumo do tabaco em todos os locais públicos fechados, pugnando igualmente por campanhas de sensibilização e programas de apoio ao abandono do tabagismo, e com a criteriosa e objectiva definição das características e especificações técnicas dos equipamentos a utilizar nos espaços onde seja permitido fumar. Isto porque todos os cidadãos – consumidores ou não de tabaco - têm igual direito a um elevado nível de protecção da saúde e a um ar respirável de qualidade.

Quanto ao caso específico dos consumidores de tabaco deverá ser difundida amplamente pela DGS a existência de programas específicos antitabágicos, de prevenção e ou reabilitação do tabagismo.

Por estes motivos, se entende ser de restringir o fumo do tabaco em todos os locais públicos fechados.

3. Conclusões: propostas de alteração da Lei do Tabaco

Em suma, a DGC sugere que sejam introduzidas as seguintes alterações no regime vigente:

(i) Em matéria de Publicidade

Deverão ser clarificados os conceitos de "promotor da venda ou da campanha", bem como a definição de "suporte publicitário", podendo aplicar-se, para evitar dúvidas interpretativas, as definições constantes dos artigos 3º a 5º do Código da Publicidade.

No âmbito da responsabilidade solidária dos agentes da infracção, somos de parecer que o artigo 27º da Lei do Tabaco poderia remeter para o disposto no artigo 36º do Código da Publicidade, de modo a clarificar a aplicação da lei.

Em face do aparecimento do "cigarro electrónico", somos de entendimento que a Lei do Tabaco poderia estender a disciplina legal existente a esta realidade.

(ii) Em matéria de Segurança

Julga-se ser de propor a alteração do artigo 4.º da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, que tipifica os locais em que é proibido fumar.

Na sua versão actual este artigo prevê de forma exaustiva todos os locais em que não é permitido fumar, fazendo-o por vezes com um carácter muito específico proibindo designadamente o fumo " nas cabinas telefónicas" (alínea z) e outras vezes de forma muito genérica, como na alínea c) que se refere aos " locais de atendimento directo ao público". Embora se entenda o motivo pelo qual o legislador tenha optado por este tipo de redacção, considera-se que esta não terá sido a melhor opção em termos de certeza jurídica, uma vez que permite que possa vingar a interpretação da lei que defende que "em todos os locais que não estejam tipificados neste artigo se possa fumar".

Desta maneira, propõe-se que o artigo 4.º seja alterado passando a prever genericamente a proibição de fumar em todos os locais públicos fechados. Caberá ao artigo 5.º tipificar as únicas excepções a esta regra geral.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2011

TURISMO DE PORTUGAL

Serviço de Inspecção de Jogos

Alteração da Lei n.º 37/2007 - Tabaco
Parecer

Com a entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, a Comissão de Jogos, órgão do Turismo de Portugal, I.P. responsável pela orientação, acompanhamento e supervisão da actividade do Serviço de Inspecção de Jogos, procedeu à análise da realidade dos casinos e salas de jogo do bingo à luz do novo quadro normativo.

Os casinos são espaços integrados de lazer, animação e jogo, onde são também prestados serviços de restauração. A lógica de funcionamento, como estrutura integrada, destes espaços conduz a que não exista qualquer separação física entre salas de máquinas, espaços de animação e zonas de bar e restauração, permitindo uma total interacção e dependência entre todas elas.

As salas de jogo do bingo são, igualmente, espaços integrados que, para além da sala de jogo, englobam, em alguns casos, espaços de animação e lazer e zonas de restauração.

Em face disso, estamos na presença de espaços mistos, onde convergem várias das realidades elencadas no art.º 4º, da Lei n.º 37/2007.

Ainda assim, a Comissão de Jogos entendeu e determinou que em casinos e salas de jogo do bingo, fossem delimitadas zonas reservadas a fumadores e não fumadores, impondo aos concessionários, em respeito pelas obrigações de interesse e ordem pública firmadas nos respectivos contratos de concessão e, nessa medida, pelos princípios estabelecidos na dita Lei n.º 37/2007, o cumprimento dos seguintes critérios:

1. *Layout* das salas
    - Casinos - Total da área reservada para não fumadores não pode ser inferior a 1/3 das áreas públicas totais, sendo que tal deve corresponder também a 1/3 dos equipamentos de jogo disponíveis nos diversos tipos.
    - Bingos - Total da área reservada para não fumadores não pode ser inferior a 30% da área total, sendo que tal deve corresponder também a 30% do número de lugares sentados.
    - Corredores de separação entre zonas de fumadores e não fumadores que não podem ser inferiores a 2m.

2. Sinalética
    - Obrigatoriedade de manter em localização adequada, os dísticos de sinalização indicadores das áreas destinadas a fumadores e não fumadores, de acordo com o estabelecido na Lei nº 37/2007.

3. Certificação dos sistemas de ventilação e extracção do ar
    - Apresentação de certificado emitido por entidade competente na matéria.

ou, em alternativa,

4. Relatórios de qualidade do ar interior
    - Apresentação com periodicidade semestral. As amostras têm de ser recolhidas em períodos de maior afluência do público, entre as 23h e a 01h de qualquer 6ªf.ou sábado.

A actividade do jogo operada em casinos e salas de jogo do bingo é geradora de importantes receitas destinadas ao suporte social e ao incremento da actividade produtiva.

Considerando que, no exercício da sua acção fiscalizadora, o SIJ verifica que a taxa de ocupação dos equipamentos de jogo reservados a frequentadores não fumadores, na realidade actual dos casinos e salas de jogo do bingo, é de cerca de 17% nos casinos e 26% nas salas de jogo do bingo.

Considerando que, o SIJ através das equipas de inspecção junto dos casinos, garante o estrito cumprimento, por parte dos concessionários, colaboradores e frequentadores das salas de jogo, daquelas obrigações, procedendo, sempre que for caso, às devidas autuações.

Considerando que, não obstante o teor do relatório apontar para a eventual insuficiência de fiscalização, neste domínio, em casinos e salas de jogo do bingo, tal afirmação não é confirmada, em absoluto, pelos resultados do Estudo de opinião 2010 - Medidas contra o tabagismo – realizado pela Eurosondagem, Estudos de opinião S.A., a pedido da Direcção - Geral da Saúde, em que 45,8% dos inquiridos considera que a Lei é totalmente cumprida, em casinos e salas de jogo do bingo.

Qualquer alteração à Lei n.º 37/2007 deve ter em conta o contexto de crise económica que o País atravessa, a dimensão da actividade do jogo e o seu reflexo no emprego e receitas do Estado.

2.02.2011

Cecília Silveira
Directora do Departamento de Controlo do Jogo

Sociedade Portuguesa de Tabacologia

Parecer

Sobre o Relatório INFOTABAC

Primeira Avaliação do Impacte Resultante da Aplicação da Lei do Tabaco

A Sociedade Portuguesa de Tabacologia (SPT) entende que a actual "Lei do Tabaco", que entrou em vigor em Janeiro de 2008, representou um passo importante no sentido do controlo das consequências devastadoras do fumo do tabaco, activo e passivo, em Portugal. No entanto, passados três anos, entendemos que a mesma está profundamente desactualizada, pelas seguintes razões:

- Está desenquadrada da evidência científica que confirma a impossibilidade de "limpar" o ar interior da poluição devida ao fumo do tabaco, o que implica que a única medida possível para garantir a qualidade do ar e a preservação da saúde pública é proibir o fumo do tabaco em espaços interiores de uso colectivo e nos locais de trabalho.

- Está desenquadrada das determinações emanadas da Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde que Portugal ratificou em 2005.

- Está desenquadrada das Leis do Tabaco que têm vindo a ser implementadas nos países da União Europeia, incluindo a, recentemente revista, Lei espanhola que proíbe totalmente o fumo do tabaco nos espaços interiores de uso colectivo.

- A Lei portuguesa tem vindo, progressivamente, a perder a eficácia, sendo possível observar o aumento diário dos espaços públicos onde é permitido fumar à margem da Lei, ao mesmo tempo que a entidade responsável pela sua fiscalização - a ASAE – afirma sistemática e publicamente que a Lei como está não permite uma fiscalização eficaz da sua implementação.

Sociedade Portuguesa de Tabacologia

- A Lei vigente não garante a todos os trabalhadores da Hotelaria, Restauração, Diversão e Jogo condições adequadas de trabalho, isto é, um local de trabalho saudável e, pelas razões apontadas, sem fumo de tabaco, colocando em sério risco a sua saúde, provocando como a evidência científica demonstra, doença grave e morte.

- A actual Lei viola a Constituição Portuguesa ao promover graves desigualdades de tratamento que afectam, seriamente, aqueles trabalhadores,

Neste quadro, a SPT defende a revisão da Lei do Tabaco no sentido de garantir para todos os portugueses, fumadores e não fumadores, espaços públicos de uso colectivo e locais de trabalho 100% livres de fumo do tabaco. Esta medida é bem aceite pela comunidade, não tem custos e salva vidas, como tem sido demonstrado em inúmeros estudos que revelam significativas reduções da mortalidade e morbilidade, poucos meses após a sua efectiva entrada em vigor.

Analisado o Relatório INFOTABAC, entendemos que este está redigido com parcialidade, parecendo, tal como está, defender a actual Lei em detrimento de uma séria e consistente defesa da saúde pública, razões que deveriam ser a base da necessária fundamentação pra a revisão da Lei.

O referido relatório contém ainda erros graves a nível metodológico e a nível da interpretação dos dados, nomeadamente no capítulo sobre a Aceitabilidade Social da Lei. Estes erros acabam por diminuir a forte evidência que os portugueses querem uma Lei do Tabaco que garanta espaços públicos e de trabalho 100% livres de fumo para todos.

Sociedade Portuguesa de Tabacologia

Por outro lado, o relatório não contém informação referente à avaliação da exposição dos trabalhadores e/ou da contaminação do ar, dados essenciais que integram, sistematicamente, os relatórios de países europeus que contrataram tais serviços a entidades idóneas e independentes.

As conclusões enfermam das deficiências apontadas, estando redigidas de modo vago, não promovendo um julgamento crítico isento.

Em resumo, a SPT não subscreve este relatório.

Propomos que a sua redacção seja revista e se oriente pela inequívoca defesa da saúde pública, como é competência e mandato da Direcção Geral da Saúde, fundamentando adequadamente a clara necessidade de revisão da actual Lei, junto das entidades competentes e do público em geral.

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2011

Prof. Doutor José M. Calheiros

Presidente

Direcção-Geral da Saúde
www.dgs.pt

Ministério da Saúde

Instituto_Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge