

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo – Orientações Programáticas

1 - Enquadramento

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

Fumar afeta todos os órgãos e sistemas, sendo causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cardiovasculares e da diabetes, bem como de outros efeitos nocivos, em particular a nível da saúde sexual e reprodutiva e da saúde ocular.

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

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas em resultado deste consumo, das quais 650 000 na União Europeia. Se não forem adotadas medidas efetivas de prevenção e controlo, o número de mortes anuais, a nível mundial, poderá atingir os 8 milhões, dentro das próximas duas décadas.

Segundo estimativas para o ano de 2004, publicadas pela OMS em 2012, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, por cerca de 10% do total de mortes, por diversas patologias, na população com mais de 30 anos. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino (17%) e no grupo etário dos 45 aos 59 anos: 23% do total de mortes, em ambos os sexos; 32% nos homens e 6% nas mulheres.

Dados recolhidos pelo último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2005/2006) referentes à população residente em Portugal, com 15 ou mais anos, revelaram uma prevalência

de fumadores, diários e ocasionais (dados ponderados para a população portuguesa), de 20,9%; 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino. Os ex-fumadores corresponderam a 16,1% da mesma população. No âmbito de um estudo Eurobarómetro, sobre as atitudes dos europeus face ao tabaco, promovido pela Comissão Europeia em 2012, 23% dos inquiridos portugueses disseram ser fumadores e 15% ex-fumadores.

A iniciação do consumo de tabaco tem lugar, habitualmente, durante a adolescência ou no início da idade adulta, numa fase da vida em que a capacidade de decisão não se encontra ainda completamente desenvolvida. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar. A prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e jovens é, portanto, uma abordagem crucial para se poder vir a controlar a “epidemia tabágica” nas próximas gerações.

O ato de fumar é socialmente aprendido. Dos fatores sócio-ambientais com maior influência na iniciação do consumo, destacam-se o comportamento de fumar dos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens, a facilidade de acesso ao tabaco, em particular o preço acessível, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco. Dados recolhidos em 2012, por um estudo Eurobarómetro, dos inquiridos portugueses fumadores ou ex-fumadores, 22% disseram ter começado a fumar regularmente com menos de 15 anos. Apenas 6% referiram ter começado a fumar regularmente depois dos 25 anos.

Segundo dados referentes ao ano de 2011, recolhidos pelo Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT), no âmbito do Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas/European School Survey on Alcohol and other Drugs (ECATD/ESPAD Portugal), realizado numa amostra representativa de alunos do ensino público, 64,6% dos rapazes e 64,9% das raparigas, com 18 anos, responderam já ter consumido tabaco.

A menos que os atuais fumadores parem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo de tabaco e as doenças com ele associadas. Assim, embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva

continuar a merecer um forte investimento, há necessidade, em simultâneo, de reforçar as estratégias de promoção da cessação tabágica, como via para reduzir a prevalência de fumadores na população, nos próximos anos.

Parar de fumar tem sempre benefícios, imediatos e a longo prazo, em ambos os sexos, em todas as idades, em pessoas com ou sem doenças relacionadas com o consumo de tabaco. Embora deixar de fumar seja benéfico em qualquer idade, os ganhos são tanto maiores quanto mais precocemente tiver lugar a abstinência definitiva. Por outro lado, a promoção da cessação tabágica contribui para diminuir a visibilidade social do ato de fumar, o que constitui uma importante estratégia para prevenir a iniciação do consumo, por parte das crianças e jovens, e para evitar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Esta exposição, também designada por tabagismo passivo, ou fumo em segunda mão, é comprovadamente prejudicial para todas as pessoas expostas, em particular para as crianças, as mulheres grávidas, os doentes crónicos e os trabalhadores obrigados a permanecer em locais fechados onde se fume. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos adversos imediatos sobre o sistema cardiovascular, podendo desencadear a exacerbação de sintomas respiratórios, em particular em doentes com asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). As pessoas não fumadoras repetidamente expostas ao fumo ambiental do tabaco apresentam uma maior probabilidade de vir a contrair cancro do pulmão, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares.

Devido a uma combinação única de fatores biológicos, fisiológicos, comportamentais, sociais e ambientais, as crianças são o grupo populacional mais vulnerável à exposição ao fumo ambiental de tabaco. São o grupo etário que apresenta, por um lado, os níveis de exposição mais elevados e, por outro, os mais severos efeitos adversos na saúde decorrentes desta exposição. Para além dos riscos para a saúde, a exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e em locais públicos contribui para que as crianças aprendam a considerar o tabagismo como um comportamento normal dos adultos, o que aumenta a probabilidade de, mais tarde, elas próprias se tornarem fumadoras.

Segundo dados recolhidos num estudo Eurobarómetro, publicado em 2009, cerca de 13% dos portugueses inquiridos não fumadores disseram encontrar-se expostos diariamente no seu domicílio, ao fumo do tabaco. Por outro lado, cerca de 24% dos inquiridos portugueses fumadores assumiram expor terceiras pessoas ao fumo do tabaco em sua casa.

Um estudo Eurobarómetro, efetuado em 2012, mostrou que, apesar da proibição de fumar nos locais de trabalho instituída, em 2008, pela nova Lei do Tabaco, 2% dos respondentes portugueses afirmaram estar expostos ao fumo ambiental do tabaco mais de 5 horas por dia e 3% entre 1 a 5 horas.

O tabagismo é um fenómeno complexo e globalizado, que decorre de múltiplos fatores, de índole cultural, social, económica e comportamental. Atenta a este problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 1999, a preparação técnica da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, que veio a ser assinada na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, em Maio de 2003, após quatro anos de negociações intergovernamentais. Esta Convenção, aprovada por Portugal através do Decreto n.º 25-A, de 8 de novembro de 2005, contempla as principais medidas que deverão ser adotadas pelos governos, num esforço conjugado de cooperação internacional no sentido de prevenir e controlar este grave problema de saúde pública, encontrando-se atualmente ratificada pela quase totalidade dos Estados-Membros da OMS, a nível mundial.

A prevenção e o controlo do tabagismo têm constituído, de igual modo, um objetivo prioritário no contexto das políticas de saúde da União Europeia, sendo de realçar, para além das Diretivas em vigor nesta matéria, a Recomendação do Conselho, de 30 de Novembro de 2009 e a Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de Novembro de 2009, relativas à criação de espaços sem fumo.

Em Portugal, a Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto, veio dar execução ao disposto na referida Convenção, aprovando normas tendentes à prevenção do tabagismo, à proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à redução da procura e à cessação do seu consumo.

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

A plena implementação, no nosso País, das medidas acordadas com a aprovação desta Convenção impõe um esforço coletivo de coordenação e cooperação intersectorial, envolvendo todos os sectores da governação, para além do sector da saúde, ordens representativas dos profissionais de saúde, sociedades científicas, organizações não governamentais e sociedade civil.

A nível dos serviços de saúde, será criada uma Rede nacional de coordenação e implementação do Programa, integrando as cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que se farão representar, a nível nacional, por interlocutores especificamente designados para este Programa. Os interlocutores do Programa deverão ser apoiados a nível regional por uma equipa técnica, que integre, entre outros, elementos dos Departamentos de Saúde Pública e de Planeamento e Contratualização.

A nível local deverão ser envolvidos todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS), em particular os Conselhos clínicos e respetivas unidades funcionais. As Unidades de Saúde Pública (USP) deverão apoiar a execução do Programa, em especial no que se refere às abordagens de âmbito populacional e ao processo de avaliação e monitorização.

O sucesso do presente Programa, traduzido pela plena consecução dos seus objetivos, requer, deste modo, um amplo consenso social e um verdadeiro compromisso

coletivo, político e social, na criação de condições para um futuro mais saudável, para as gerações atuais e futuras.

2 - Objetivos

Objetivos gerais

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

Objetivos específicos

- a) Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens.
 - i. Diminuir a % de jovens escolarizados de 13 anos que refere ter fumado nos últimos 30 dias para < 4%. (Valor de referência 5,5%, ECATD/ ESPAD 2011)
 - ii. Diminuir a % de jovens de 16 anos que refere já ter fumado alguma vez para <40%. (Valor de referência 43%; ESPAD 2011)
 - iii. Diminuir a % de jovens de 16 anos que refere ter fumado nos últimos 30 dias para < 25%. (Valor de referência 29%; ESPAD 2011)
 - iv. Diminuir a % de jovens de 16 anos que refere ter fumado diariamente nos últimos 30 dias para < 12%. (Valor de referência 15%; ESPAD 2011)
 - v. Diminuir a % de jovens de 16 anos que considera fácil ou muito fácil ter acesso ao tabaco para < 60%. (Valor de referência 69%; ESPAD 2011)
 - vi. Reduzir a % de consumidores diários do sexo masculino, dos 15 – 24 anos, para <27 %. (Valor de referência: 31,5%, INS 05/06)
 - vii. Reduzir a % de consumidores diários do sexo feminino, dos 15 – 24 anos, para <14 %. (Valor de referência: 16,0%, INS 05/06)
- b) Promover e apoiar a cessação tabágica.
 - i Aumentar a % de ex-fumadores na população com ≥ 15 anos, para >18%. (Valor de referência: 16,1%, INS 05/06)

- ii Aumentar a % de fumadores com ≥ 15 anos que refere ter feito uma tentativa para parar de fumar nos últimos doze meses para $> 30\%$. (Valor de referência: 14%, Eurobarómetro 2012)
 - iii Aumentar a % de mulheres fumadoras que referem, no momento da consulta de revisão do puerpério, ter parado de fumar devido à gravidez para $>70\%$. (Valor de referência: 35% (2003) estudo no H. Santa Maria, Correia *et al.*, 2007)
- c) Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco.
- i. Aumentar a % de trabalhadores nunca ou raramente expostos ao fumo ambiental do tabaco no seu local de trabalho para $>98\%$. (82%; Eurobarometer, 2012.)
- d) Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo.
- i. Aumentar a % de população que considera que todos os produtos do tabaco são igualmente nocivos à saúde para $> 90\%$. (Valor de referência 81%; Eurobarometer, 2010).
 - ii. Aumentar a % de população que considera que a exposição ao fumo ambiental do tabaco pode causar doenças graves, como o cancro ou doenças respiratórias para $> 90\%$. (Valor de referência 78%; Eurobarometer 2007).
 - iii. Aumentar a % de pessoas que refere nunca ter visto publicidade ao tabaco, nos últimos seis meses, para $>90\%$. (valor de referência 40%; Eurobarometer, 2010).
 - iv. Aumentar a % de pessoas que concorda com legislação de prevenção e controlo do tabagismo mais restritiva em bares e *pubs* para $> 70\%$ (Valor de referência 47,3% (Infotabac, 2011).
- e) Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento.
- i. Elaborar 2 relatórios (2012 e 2016) sobre caracterização epidemiológica do tabagismo (activo e passivo) na população residente em Portugal.

- ii.* Caracterizar o consumo de tabaco nas mulheres grávidas e a exposição das crianças e das grávidas ao fumo ambiental do tabaco, até 2015.
- iii.* Realizar estudo de caracterização da oferta curricular a nível das escolas médicas e de enfermagem na área da prevenção e tratamento do tabagismo e identificação das necessidades de formação neste domínio até final de 2013.
- iv.* Promover a realização de ações de formação de modo a garantir que 100% dos profissionais que prestam cuidados nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica possuam pelo menos 35 horas de formação específica nesta área, até final de 2014.
- v.* Caracterizar e monitorizar anualmente a oferta e a procura das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS, por região e por ACES e ULS.
- vi.* Avaliar a efectividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS, até 2015.
- vii.* Caracterizar e disponibilizar informação periódica sobre o cumprimento da lei 37/2007 de 14 de Agosto e avaliar a aceitabilidade social e o cumprimento da legislação de prevenção e controlo do tabagismo no prazo previsto.
- viii.* Elaborar relatório de avaliação da Convenção Quadro da OMS em 2014 e 2016.
- ix.* Elaborar relatórios para Comissão Europeia sobre aplicação de Diretivas e Recomendações dentro dos respectivos prazos.

Metas de processo:

- a)* Elaborar proposta de revisão da lei 37/2007 até final de 2013.
- b)* Aderir ao protocolo contra o comércio ilícito de tabaco no âmbito da Convenção Quadro da OMS.
- c)* Estabelecer parceria com o Ministério de Educação e Ciência no sentido da realização anual de pelo menos 1 projecto/iniciativa nacional de prevenção do tabagismo dirigido às escolas do ensino básico e secundário.

- d) Dinamizar anualmente pelo menos 1 projecto/iniciativa de prevenção do tabagismo nas crianças e jovens em todas as ARS.
- e) Estabelecer parceria com o Instituto Português do Desporto e Juventude para dinamização de projectos de prevenção e tratamento do tabagismo nos jovens.
- f) Inserir campos de recolha de informação sobre exposição ao fumo ambiental e sobre consumo de tabaco no Programa de Saúde Materna e no Programa de Saúde Infantil e Juvenil.
- g) Criar algoritmo clínico para inserção no SAM e SAPE, em articulação com a ACSS, até 2013.
- h) Informatizar ficha clínica para a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, em articulação com a ACSS, até 2013.
- i) Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes do SNS fumadores observados nos últimos 24 meses (A medir em função dos registos no algoritmo clínico no SAM e no SAPE).
- j) Mapear as consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e definir uma rede de referenciação, até final de 2015.
- k) Garantir a oferta de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em 100% dos ACES e ULS até final de 2013.
- l) Reforçar a intervenção da Linha Saúde 24/ Saúde Pública na cessação tabágica até 2015.
- m) Produzir e difundir anualmente materiais informativos sobre prevenção e controlo do tabagismo e promoção da cessação tabágica, em diferentes suportes.
- n) Realizar pelo menos 6 reuniões anuais com representantes das ARS para programação de actividades.
- o) Realizar pelo menos 1 reunião anual do Grupo Técnico Consultivo da Lei do Tabaco.

- p) Promover pelo menos um encontro nacional técnico-científico sobre Prevenção e Controlo do Tabagismo, a partir de 2013.
- q) Apoiar a revisão das Diretivas 2001/37/CE e 2003/33/CE, bem como os trabalhos da Convenção Quadro da OMS.

3 – Estratégias

O delineamento estratégico do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo teve, como referência geral, as abordagens de maior efetividade, preconizados pela OMS, para prevenir e controlar o consumo de tabaco nos próximos anos:

- a) Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco;
- b) Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- c) Oferecer ajuda na cessação tabágica;
- d) Avisar, informar e educar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco;
- e) Proibir totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio dos produtos do tabaco;
- f) Monitorizar o consumo de tabaco e as suas repercussões na saúde.

Foram, igualmente, tidas em consideração as linhas diretrizes para aplicação dos diferentes artigos da Convenção Quadro da OMS, bem como as Diretivas e recomendações da União Europeia nesta matéria.

O aumento dos preços dos produtos do tabaco é a principal estratégia para limitar o consumo de tabaco, em particular entre os jovens e os grupos populacionais com menores recursos. Em simultâneo, é fundamental controlar e combater o comércio ilícito. Nesse sentido, será apoiada a adesão do nosso País ao protocolo de combate ao comércio ilícito dos produtos do tabaco, no contexto da Convenção Quadro da OMS.

Nos termos do artigo 8.º desta Convenção, as Partes reconhecem estar cientificamente provado, de forma inequívoca, que a exposição ao fumo do tabaco provoca doenças, incapacidade e morte. Cada Parte adotará e implementará, em áreas da competência

do Estado nos termos do seu direito interno, e encorajará ativamente, nas áreas em que se exerçam outras competências, a adoção e a aplicação de medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras, eficazes, com vista à proteção contra a exposição ao fumo do tabaco em locais de trabalho fechados, transportes públicos, locais públicos fechados e, se for caso disso, em outros locais públicos.

Embora os sistemas de ventilação possam eliminar o cheiro e reduzir a concentração de alguns dos poluentes existentes no fumo ambiental do tabaco, não são suficientes para remover a totalidade destes poluentes. Assim, dado não existir um nível seguro de exposição ao fumo ambiental do tabaco, a criação de ambientes 100% livres de fumo do tabaco é a única forma de proteger a saúde contra os efeitos prejudiciais desta exposição.

Apesar do vasto conhecimento disponível quanto aos efeitos aditivos e aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco, muitas pessoas continuam a subestimar a dimensão e a gravidade dessas consequências. No sentido de alertar os consumidores sobre estes riscos, a Diretiva 2001/37/CE tornou obrigatória a inclusão de avisos de saúde na rotulagem dos produtos do tabaco, sendo facultativa a adoção de pictogramas. O uso de pictogramas aumenta a visibilidade das advertências de saúde, que são mais facilmente recordadas pelos consumidores, contribuindo para que muitos jovens não iniciem o consumo e muitos fumadores reduzam o consumo ou façam tentativas para parar de fumar. Trata-se, assim, de uma medida, sem custos adicionais para os Governos, de informar e alertar os consumidores sobre a nocividade destes produtos, pelo que deve fazer parte de uma estratégia global de controlo do tabagismo.

O recurso a campanhas informativas é uma estratégia efetiva de redução do consumo, em particular se estas campanhas ou iniciativas mediáticas forem continuadas no tempo e acompanhadas de trabalho de intervenção a nível local.

Os profissionais de saúde detêm funções educativas e terapêuticas na luta contra o tabagismo, constituindo um exemplo importante para os seus utentes e para a população em geral; do mesmo modo, os educadores e os professores constituem figuras de referência para os seus alunos, pelo que, no caso de serem fumadores,

devem ser incentivados e apoiados a parar de fumar. A cessação tabágica deve também ser incentivada e apoiada no contexto das atividades de proteção e promoção da saúde no local de trabalho, em articulação com a Saúde Ocupacional.

O aconselhamento das pessoas fumadoras por parte de um profissional de saúde, com recurso a intervenções breves, pode aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso, pelo que deve ser incentivado. Em simultâneo, devem ser disponibilizadas consultas de apoio intensivo, para seguimento das situações mais complexas, conforme preconizado no Programa-tipo de atuação em cessação tabágica da Direção-Geral da Saúde (DGS).

A promoção da cessação tabágica na mulher grávida e nos jovens pais permitirá reduzir os efeitos adversos na saúde do feto, do recém-nascido e das crianças de tenra idade, sendo um eixo de intervenção que carece de grande investimento nos próximos anos. A promoção da cessação tabágica entre os adolescentes e jovens adultos deverá também ser valorizada e reforçada.

Para além da organização de respostas especificamente dirigidas às pessoas fumadoras que procuram apoio para parar de fumar, é fundamental implementar estratégias populacionais, com envolvimento de várias entidades e da sociedade civil, que contribuam para aumentar o número de fumadores que, anualmente, tenta parar de fumar.

O apoio através de linhas telefónicas de aconselhamento, por parte de profissionais de saúde treinados, e o recurso à Internet e às novas tecnologias de informação são abordagens custo-efetivas, em particular junto de públicos mais jovens, pelo que devem ser equacionadas, em complemento das restantes intervenções.

A proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio contribui para diminuir o número de jovens que anualmente começa a fumar, para diminuir os níveis de consumo entre os consumidores e para diminuir a visibilidade social do tabaco. Para que esta medida seja efetiva deve ser adotada integralmente em várias vertentes, incluindo todas as formas de promoção, de patrocínio e de publicidade direta e indireta. Embora a publicidade ao tabaco se encontre totalmente proibida em

Portugal, desde 1982, de acordo com um estudo Eurobarómetro publicado em 2010, apenas 40% dos respondentes portugueses disseram nunca ter visto publicidade ao tabaco nos seis meses anteriores à inquirição; 5% responderam ter visto publicidade muitas vezes e 20% de vez em quando. Importa, assim, caracterizar quais as formas e contornos de violação da lei, em articulação com a Direcção-Geral do Consumidor.

A prevenção do consumo de tabaco em meio escolar carece de um investimento consistente e continuado, devendo contar com o apoio do Programa de Saúde Escolar, em articulação com a Medicina Geral e Familiar e as consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

Serão identificadas as necessidades de formação, em particular dos profissionais de saúde e dos professores, e promovida a realização de ações de formação de âmbito nacional, regional e local sobre prevenção e tratamento do tabagismo (intervenções breves e apoio intensivo), de acordo com as necessidades identificadas.

Assim, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo assenta nas seguintes estratégias de intervenção:

- a)* Aderir formalmente ao Protocolo sobre o Comércio Ilícito do Tabaco, no âmbito da Convenção-Quadro da OMS;
- b)* Promover o cumprimento da lei 37/2007 de 14 de agosto, em articulação com a Autoridade para a Segurança Alimentar e Económica (ASAE), a Autoridade para as Condições do Trabalho e a Direcção-Geral do Consumidor.
- c)* Proceder à revisão da lei 37/2007, de 14 de Agosto;
- d)* Produzir e difundir conteúdos informativos e materiais pedagógicos, em diversos suportes, e promover campanhas informativas sobre os riscos associados ao consumo e à exposição ao fumo ambiental do tabaco destinadas, em particular:
 - i. às crianças, adolescentes e jovens;
 - ii. às mulheres grávidas e aos pais fumadores;
 - iii. aos trabalhadores fumadores;

- iv. aos profissionais de saúde e aos professores;
 - v. aos utilizadores de espaços de restauração e bebidas;
 - vi. à população em geral.
-
- e) Divulgar e promover o Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS;
 - f) Promover e facilitar a realização, por parte de todos os profissionais de saúde, de intervenções breves de aconselhamento para a cessação tabágica, através de soluções organizativas: algoritmo clínico, ficha clínica informatizada, definição de indicadores de avaliação, entre outras;
 - g) Avaliar a efetividade e identificar as necessidades em consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, por Região de Saúde e ACES;
 - h) Promover e apoiar a organização de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica a nível dos ACES e serviços hospitalares pertinentes, em função das necessidades identificadas;
 - i) Facilitar o acesso à terapêutica farmacológica da cessação tabágica no âmbito das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica;
 - j) Incentivar a informação e o apoio à cessação tabágica, entre as grávidas e os jovens pais, em particular no âmbito das consultas de vigilância da saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil e juvenil;
 - l) Incentivar e apoiar a prevenção do tabagismo e a promoção da cessação tabágica em meio escolar, no âmbito da atividade do Programa Nacional de Saúde Escolar e do Programa Nacional de Saúde Oral, em articulação com o Ministério da Educação e Ciência;
 - m) Incentivar e apoiar a cessação tabágica no contexto das políticas, planos e atividades de segurança e saúde nos locais de trabalho, em articulação com o Plano Nacional de Saúde Ocupacional;
 - n) Reforçar a intervenção da Linha Saúde 24/Saúde Pública na promoção da cessação tabágica;

- a)* Promover a articulação com a ACSS, no sentido da introdução do tabagismo no sistema de informação de apoio médico e de enfermagem (SAM e SAPE) e da criação de sistema informativo para as consultas de cessação tabágica de apoio intensivo, nos termos do Programa-tipo de Cessação Tabágica da DGS;
- p)* Identificar as necessidades de formação e promover a realização de ações de formação de âmbito nacional, regional e local sobre prevenção e tratamento do tabagismo (intervenções breves e apoio intensivo);
- q)* Realizar e participar em iniciativas e encontros técnico-científicos no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo;
- r)* Definir uma agenda de investigação e apoiar financeira e tecnicamente a investigação epidemiológica no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo;
- s)* Promover o mapeamento da investigação no domínio da prevenção e controlo do tabagismo em Portugal e estabelecer parcerias com escolas, universidades e outras entidades pertinentes, no sentido da investigação e produção de conhecimento neste campo;
- t)* Incentivar as parcerias e o desenvolvimento de projetos de intervenção na comunidade, a nível dos ACES, autarquias e outras entidades, no sentido da prevenção e controlo do tabagismo, numa perspetiva de redução de iniquidades em saúde;
- u)* Promover o trabalho intersectorial e a cooperação internacional em matéria de formação profissional, investigação e produção de conhecimento, no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

4 – Monitorização

A monitorização epidemiológica do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco e do seu impacte na saúde é fundamental para o adequado planeamento das estratégias e atividades a desenvolver no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e para a introdução das medidas corretivas julgadas oportunas. Estão disponíveis diversos instrumentos de recolha de informação

nesta matéria, embora nem sempre com carácter periódico ou com utilização de critérios e métodos de recolha de informação comparáveis, o que limita a sua utilidade. Existem, por outro lado, importantes lacunas no conhecimento. Torna-se, deste modo, necessário identificar uma lista de indicadores para avaliação e monitorização do presente Programa, com identificação das respetivas fontes de informação, numa lógica de eficiência de meios e partilha de informação entre entidades com acesso a dados pertinentes nesta matéria.

Por outro lado, importa garantir que cada ARS e cada ACES, enquanto unidades de intervenção a nível regional e local, possuem um adequado conhecimento epidemiológico sobre o consumo de tabaco na sua área geográfica. Esse conhecimento será decisivo para o adequado delineamento, monitorização e avaliação das abordagens de prevenção e controlo do tabagismo a nível local, regional e nacional.

A monitorização e avaliação do Programa serão efetuadas através de um painel de indicadores a definir, no decurso do 1.º ano de implementação do Programa, com a participação:

- a) a nível nacional, do dispositivo informativo INFOTABAC;
- b) a nível regional, das ARS – Departamentos de Saúde Pública e de Planeamento e Contratualização;
- c) a nível local, dos ACES/USP e Unidades Locais de Saúde – Observatórios locais de Saúde.

Complementarmente, será necessário garantir que os sistemas de registo de informação disponíveis nos serviços de saúde incentivam a intervenções dos profissionais neste domínio e possibilitam a monitorização dos indicadores de avaliação e/ou contratualização selecionados.

No âmbito da monitorização do Programa, será recolhida e analisada informação no sentido de caracterizar epidemiologicamente o consumo de tabaco, a exposição ao fumo ambiental e respetivas repercussões na saúde, bem como a efetividade das estratégias de prevenção e controlo do tabagismo adotadas no âmbito do Programa, em particular:

- a) consumo de tabaco na população residente em Portugal e suas repercussões na saúde;
- b) consumo de tabaco nos profissionais de saúde, nos educadores e professores;
- c) consumo de tabaco na população utilizadora do SNS;
- d) consumo de tabaco nas mulheres grávidas e exposição das crianças, das grávidas, dos doentes crónicos e da população em geral ao fumo ambiental do tabaco;
- e) exposição dos trabalhadores ao fumo ambiental do tabaco, em particular nos locais de trabalho com maior risco de exposição;
- f) oferta, procura e efetividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS;
- g) aceitabilidade social e cumprimento da legislação de prevenção e controlo do tabagismo.
- h) caracterização da oferta curricular a nível das escolas médicas e de enfermagem na área da prevenção e tratamento do tabagismo e identificação das necessidades de formação neste domínio.