

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

2017



FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo 2017
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
ISSN: 2184-156X

PALAVRAS-CHAVE:

Tabagismo, Tabaco, Cessação Tabágica

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

AUTOR

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

Diretora: Emília Nunes
Adjunta: Lara Monteiro

Lisboa, novembro, 2017

ÍNDICE

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	4
2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016	5
2.1. Mortalidade Atribuível ao Tabaco	5
2.2. Prevalências de Consumo e de Exposição ao Fumo do Tabaco	6
2.3. Tabagismo nos Jovens	9
2.4. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento	10
2.5. Consumo de Produtos do Tabaco	12
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016-2017	17
4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020	20
4.1. Enquadramento	20
4.2. Visão	20
4.3. Missão	20
4.4. Metas de Saúde a 2020	21
4.5. Objetivos	21
4.6. Monitorização	21
5. ATIVIDADES 2017-2018	22
5.1. Desígnios para 2017-2018	23
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento faz um ponto de situação sobre a prevenção e o controlo do tabagismo em Portugal.

O que consta do documento?

Um resumo das atividades feitas em 2016/2017, uma previsão do que está a ser feito em 2017/2018, e o que se prevê atingir até 2020.

Quais são as principais conclusões?

- O tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte prematura por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-cardiovasculares;
- Em Portugal, o tabaco contribui para uma morte a cada 50 minutos;
- Uma em cada 4 mortes no grupo dos 50-59 anos é devida ao tabaco;
- A experimentação do tabaco nos alunos do ensino público dos 13 aos 18 anos diminuiu;
- Há cada vez menos homens e cada vez mais mulheres a fumar;
- Há cada vez mais pessoas que deixam de fumar;
- Aumentou o número de consultas de apoio à cessação tabágica realizadas no SNS, assim como o número de locais de consulta;
- Em 2017, e pela primeira vez, foi implementada a comparticipação dos medicamentos antitabágicos sujeitos a receita médica.

O que se quer atingir em 2020?

- Reduzir a prevalência de fumadores na população com 15 ou mais anos para um valor inferior a 17%;
- Travar o aumento do consumo de tabaco nas mulheres;
- Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- Reduzir as desigualdades na proporção de fumadores entre regiões do país, na população com 15 ou mais anos.

1. SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document shows where we are regarding smoking prevention and tobacco control.

What can I find in this document?

A summary of what we did in 2016/2017, what is to be carried out in 2017/2018 and what we expect to achieve until 2020.

What are the main conclusions?

- Tobacco is one of the major preventable causes of premature death by cancer, respiratory diseases and cerebrovascular diseases;
- In Portugal, tobacco contributes to a death every 50 minutes;
- One in four deaths in the 50-59 age group is caused by tobacco;
- Tobacco experimentation in public school students aged 13 to 18 years old has declined;
- There are fewer men and more women smoking;
- There are more people who quit smoking;
- The number of consultations to support smoking cessation in the NHS has increased, as well as the number of consultation units;
- In 2017, and for the first time, the reimbursement of anti-tobacco drugs subject to medical prescription was implemented.

What do we aim for 2020?

- To reduce the prevalence of smoking in the population aged 15 or over to less than 17%;
- To halt the rise of tobacco consumption in women;
- To eliminate exposure to environmental tobacco smoke;
- To reduce regional disparities in the prevalence of smokers, in the population aged 15 or over.

2. ESTADO DA SAÚDE EM 2016

Apesar dos esforços e das medidas de prevenção e controlo que vêm sendo adotadas desde a década de 80 do século passado, o tabagismo continua a ser, em Portugal e no mundo, um dos mais importantes fatores evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade prematura. Fumar diminui a imunidade, aumentando o risco de infeções respiratórias e de morte por tuberculose. Fumar diminui a fertilidade. Fumar durante a gravidez é lesivo para o desenvolvimento fetal e agrava o risco de complicações perinatais. Fumar provoca envelhecimento prematuro (1)(2). A exposição ao fumo ambiental pode causar irritação ocular e das vias respiratórias, é fator de agravamento da asma e aumenta o risco de cancro do pulmão e de doenças cardiovasculares (3). Embora o tabaco represente uma forte ameaça à saúde pública, a iliteracia em saúde, os interesses económicos associados ao setor, as estratégias de lobbying e de marketing comercial e a aceitação social do consumo constituem fortes entraves à adoção de medidas de prevenção e controlo de reconhecida eficácia.

2.1. Mortalidade Atribuível ao Tabaco

Em 2016, segundo estimativas elaboradas pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*, morreram em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças atribuíveis ao tabaco, o que

corresponde à morte de uma pessoa a cada 50 minutos. Destas, 9263 eram homens (16,4% do total de óbitos) e 2581 eram mulheres (4,7% do total de óbitos). No mesmo ano, em ambos os sexos, o tabaco foi responsável por cerca de uma em cada quatro mortes no grupo etário dos 50 aos 59 (cerca de 25% do total de óbitos) (4).

A análise da distribuição das percentagens de óbitos atribuíveis ao tabaco por grupo etário confirma que o tabaco mata prematuramente. Nos homens, a maior percentagem de óbitos atribuíveis ao tabaco registou-se no grupo etário dos 50 aos 59 anos (cerca de 30% dos óbitos). Nas mulheres, o grupo etário com maior mortalidade atribuível ao tabaco foi o dos 45 aos 49 anos (14,5% do total de óbitos) (4).

Em 2016, segundo a mesma fonte, o tabaco foi responsável por 46,4% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica, por 19,5% das mortes por cancro, por 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, por 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares e por 2,4% das mortes por diabetes (Tabela 1).

Usando taxas padronizadas, conclui-se que a mortalidade por doenças atribuíveis ao tabaco é cerca de quatro vezes maior nos homens do que nas mulheres (4).

TABELA 1 IMORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO TABACO (FUMAR E EXPOSIÇÃO PASSIVA), POR PRINCIPAIS CAUSAS, E % DO TOTAL POR CAUSA DE MORTE, PORTUGAL, ESTIMATIVAS 2016

	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Todas as causas	11.843	10,6%	9.263	16,4%	2.581	4,7%
Neoplasias	5.545	19,5%	4.875	28,7%	670	5,8%
Doença respiratória crónica	3.109	46,4%	2.016	56,6%	1.093	34,6%
Infeções respiratórias do trato inferior	805	12,0%	605	16,8%	200	6,5%
Doenças cérebro-cardiovasculares	2.165	5,7%	1.620	9,4%	545	2,7%
Diabetes	227	2,4%	122	2,9%	104	2,0%

Nota: Estimativas das mortes atribuíveis ao tabaco: fumar e exposição ao fumo ambiental

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016 [Consult. 2017 29 set.]. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.

2.2. Prevalências de Consumo e de Exposição ao Fumo do Tabaco

O consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental distribuem-se de modo desigual entre sexos, grupos etários, grupos socioeconómicos e regiões, contribuindo deste modo para agravar as desigualdades em saúde.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, cerca de 58,2% dos residentes em Portugal nunca tinham fumado; 20,0% eram fumadores com 15 ou mais anos; cerca de 16,8% fumavam diariamente (Gráfico 1) (5).

A prevalência de consumo foi superior nos homens (27,8%) relativamente às mulheres (13,2%) (Gráfico 2). Dos fumadores, 81,9% fumava cigarros diariamente e, destes, a maioria fumava, em média, 11 a 20 cigarros por dia (45,9%) (5).

O grupo etário dos 25 aos 34 anos foi o que registou as maiores prevalências de consumo: 32,0% em ambos os sexos, 41,9% nos homens e 22,3% nas mulheres.

Tendo por base taxas não padronizadas, as prevalências de consumo mais elevadas observaram-se no grupo com

a escolaridade secundária: mais de um quarto das pessoas com ensino secundário fumava (26,0%).

Na população desempregada, mais de um terço fumava (35,9%).

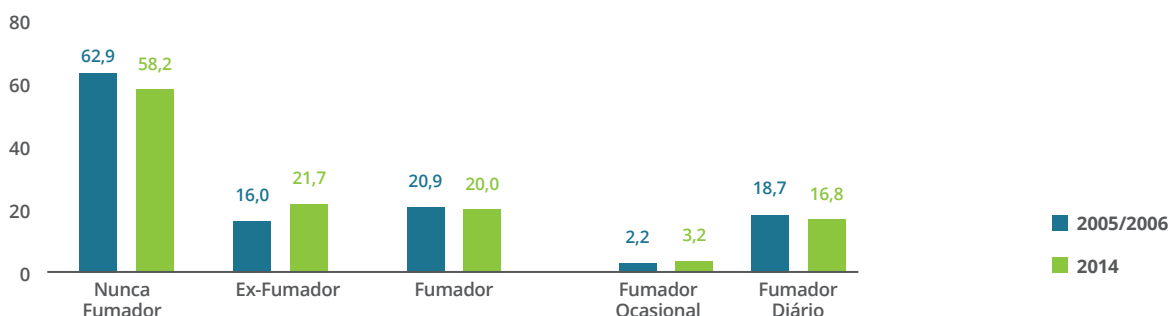
As prevalências de consumo mais elevadas na população com 15 ou mais anos observaram-se na Região dos Açores (27,1%) e na Região do Algarve (24,4%).

Em 2014, cerca de 1 em cada 10 pessoas residentes em Portugal, com 15 ou mais anos, estava exposta diariamente ao fumo passivo (8,6%). A maioria encontrava-se exposta 1 hora ou mais por dia (4,9%). Os espaços de lazer predominavam como principal local de exposição ao fumo passivo (38,3%) (5).

Entre 2005/06 e 2014, a proporção de fumadores de ambos os sexos diminuiu 1 ponto percentual (redução relativa de 4,3%), sendo de 20,0% em 2014 (Gráfico 1) (5) (6).

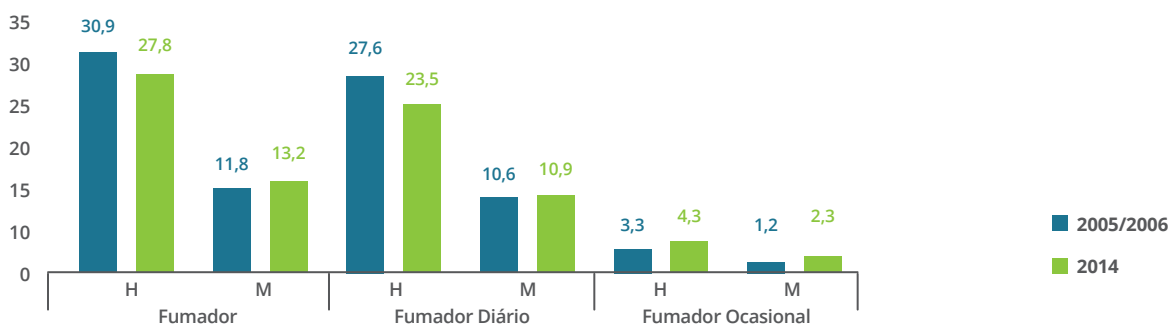
O consumo diário diminuiu nos homens e aumentou ligeiramente nas mulheres. O consumo ocasional aumentou em ambos os sexos (Gráfico 2).

GRÁFICO 1 PROPORÇÃO (%) DA POPULAÇÃO COM 15 OU MAIS ANOS DE IDADE SEGUNDO A CONDIÇÃO PERANTE O TABACO (PREVALÊNCIA PONDERADA), AMBOS OS SEXOS, PORTUGAL | 2005/2006 E 2014



Fonte: INE/ INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

GRÁFICO 2 PROPORÇÃO (%) DA POPULAÇÃO COM 15 OU MAIS ANOS DE IDADE SEGUNDO A CONDIÇÃO PERANTE O TABACO (PREVALÊNCIA PONDERADA), POR SEXO, PORTUGAL | 2005/2006 E 2014



Fonte: INE/ INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

No mesmo período, observou-se um aumento nas prevalências de consumo no grupo etário dos 25 aos 34 anos: nos homens, em todas as regiões do país, com exceção do Alentejo e do Algarve; nas mulheres, em todas as Regiões do país. As taxas de variação mais elevadas, no que se refere aos homens observaram-se na Região Centro (mais 80,2%) e na Região dos Açores (mais 42,8%); relativamente às mulheres, na Região Centro (mais 85,2%) e na Região Norte (mais 76,2%) (Gráfico 3) (5)(6).

De acordo com os resultados do estudo INSEF 2015, na população dos 25 aos 74 anos, em ambos os sexos, a prevalência de consumo diário ou ocasional de tabaco apresentou diferenças assinaláveis entre regiões. Nos homens,

a prevalência mais elevada foi observada na Região Autónoma dos Açores (42,8%); nas mulheres, na Região do Algarve (22,8%). A prevalência mais baixa foi observada na Região Centro, nos homens (23,9%), e na Região Autónoma da Madeira, nas mulheres (9,9%). Após padronização das taxas, estas diferenças não sofreram alterações substantivas (Gráfico 4) (42).

A prevalência de consumo de tabaco foi mais elevada nas pessoas desempregadas, comparativamente às pessoas com emprego: (43,0% vs 31,4% nos homens; 27,0% vs 20,3% nas mulheres). Estas diferenças aumentaram após padronização para o grupo etário (42).

GRÁFICO 3 EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE TABACO (DIÁRIO E OCASIONAL) NA POPULAÇÃO DOS 25 AOS 34 ANOS, POR SEXO E REGIÕES, PORTUGAL | 2005/2006 E 2014



*2005/2006 - Região de Lisboa e Vale do Tejo; 2014 - Área Metropolitana de Lisboa

Fonte: INE/ INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014.

De acordo com o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas, o consumo de tabaco nos últimos 30 dias, na população dos 15 aos 64 anos, registou um aumento de 4,1 pp entre 2012 e 2016/17 (8). Este aumento ficou a dever-se predominantemente ao consumo nas mulheres, que registou um aumento relativo de 37,8% (Gráfico 5) (8).

Entre 2012 e 2016/17 houve uma ligeira redução na prevalência de consumidores diários ou quase diários (95,2% 2012; 94,0% 2016/17) (8).

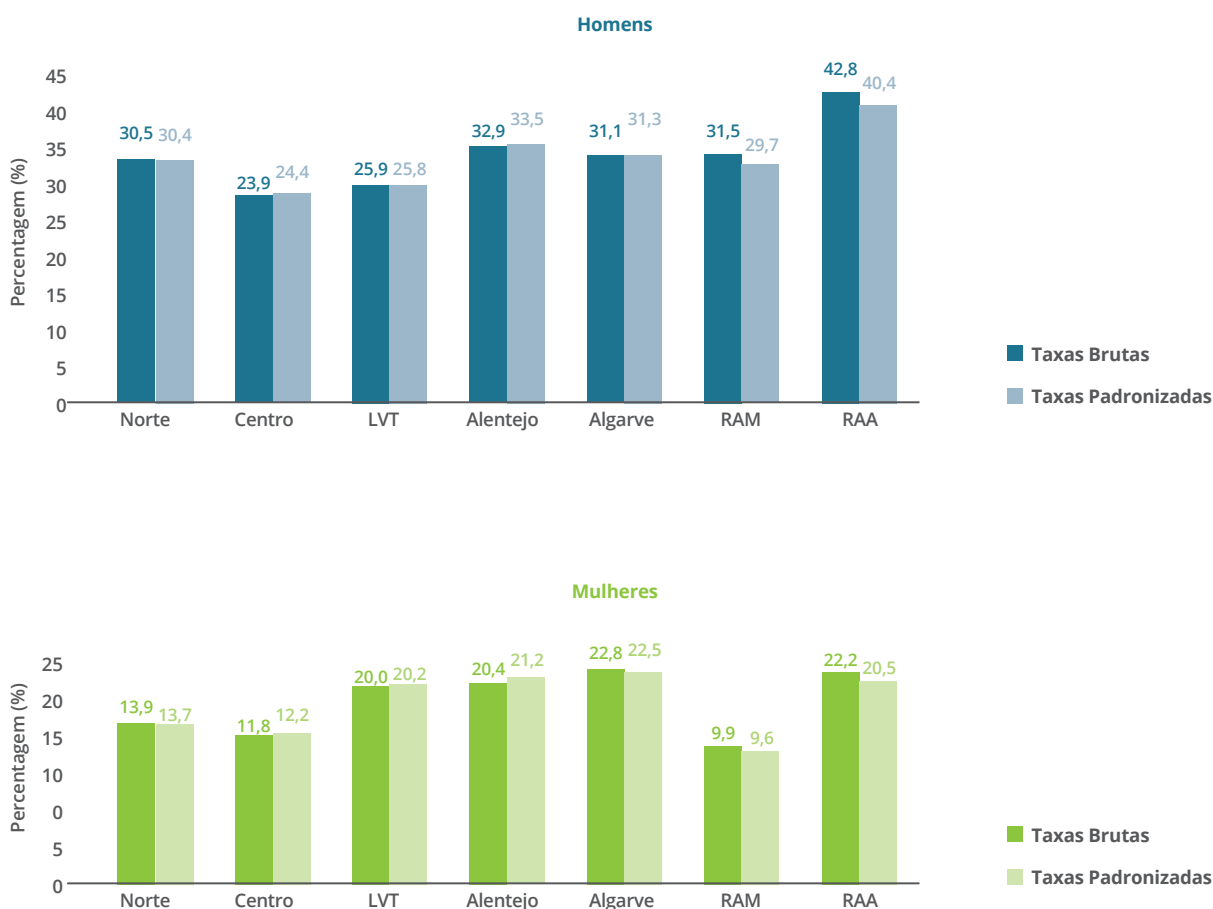
De ressaltar que as prevalências observadas através deste Inquérito não são comparáveis com as obtidas através do Inquérito Nacional de Saúde, na medida em que o processo de amostragem e o tipo de classificação do consumo diferem. Por outro lado, o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral apenas abrange a população dos 15 aos 74 anos. Para possibilitar

a análise das tendências de evolução é usada a população dos 15 aos 64 (Gráfico 5).

No que se refere ao abandono do tabaco, em 2014, cerca de 1 em cada 5 residentes em Portugal, com 15 ou mais anos, tinha deixado de fumar (21,7%). Destes, 31,8% eram homens e 12,9% eram mulheres. Entre 2005/06 e 2014 a proporção de ex-fumadores aumentou 6 pontos percentuais (aumento relativo de 35,7%) (Gráfico 1). A taxa de variação de ex-fumadores foi maior no sexo feminino (mais 87,9%), do que no sexo masculino (mais 22,3%) (5)(6).

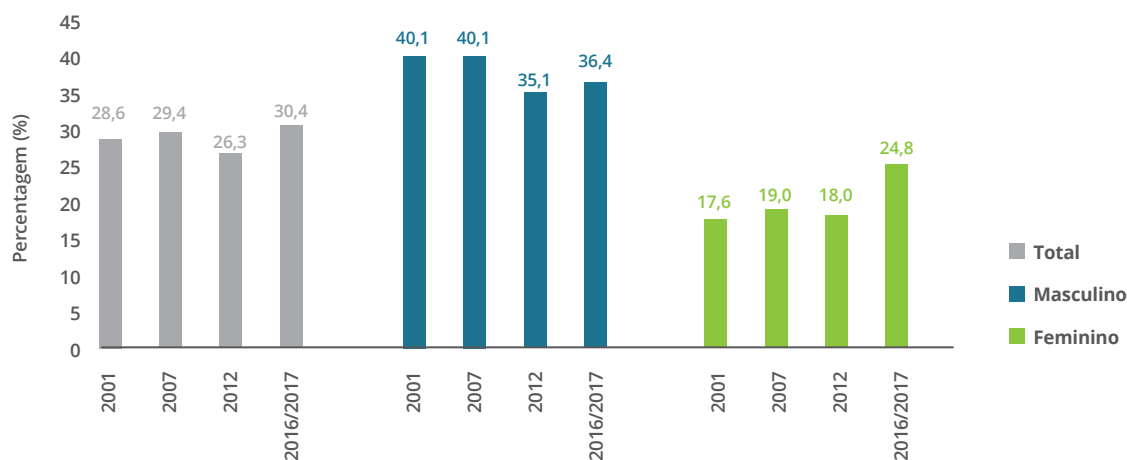
Segundo um estudo do Eurobarómetro, em 2017, cerca de um terço das pessoas fumadoras disseram ter tentado parar de fumar em algum momento (35,7%), 6,3% nos últimos 12 meses e 30,1% há mais de um ano. Dos fumadores que tentaram parar de fumar quase 4 em cada 5 (83,4%) tentaram fazê-lo sem assistência (7).

GRÁFICO 4 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO DIÁRIO OU OCASIONAL, 25-74 ANOS, POR SEXO E POR REGIÃO, PORTUGAL | 2015



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015); Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA, IP.; 2017.

GRÁFICO 5 EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE TABACO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, 15-64 ANOS, POR SEXO, PORTUGAL | 2001, 2007, 2012, 2016/2017



Fonte: Balsa C., Vital C., Urbano C. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2017.

2.3. Tabagismo nos Jovens

Os adolescentes e os adultos jovens, devido à sua imaturidade cerebral e psicoemocional, são particularmente vulneráveis à dependência e aos estímulos sociais e de marketing promotores do consumo de tabaco. Fumar na adolescência tem consequências para a saúde imediatas e a longo prazo. O tabagismo na adolescência provoca atraso na maturação pulmonar e reduz a função respiratória, agrava a asma e reduz a aptidão física em termos de desempenho e resistência. Quanto mais precoce for a iniciação do consumo, maior o risco de desenvolvimento futuro de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro. A evidência é suficiente para concluir que há uma relação causal entre o tabagismo durante a adolescência e a aterosclerose aórtica abdominal precoce em adultos jovens. A evidência é sugestiva, mas não suficiente, para estabelecer uma relação causal entre o tabagismo na adolescência e a aterosclerose coronária na idade adulta (9).

De acordo com dados recolhidos no âmbito do estudo ECATD-CAD/ESPAD-Portugal, as prevalências de consumo de tabaco diminuíram entre 2011 e 2015, nos alunos do ensino público dos 13 aos 17 anos, e estabilizaram no grupo dos 18 anos (10, 11). Em 2015, aos 13 anos de idade, cerca de 11,7% disseram já ter consumido; aos 18 anos, mais de metade (58,7%). Nos últimos 12 meses, os cigarros foram o produto de tabaco mais consumido pelos adolescentes e jovens (29,8%), logo seguidos pelo tabaco de enrolar (18,7%); 12,8% consumiram cigarros eletrónicos (11).

Apesar da proibição de venda de tabaco a menores, cerca de metade dos jovens de 15 anos consideraram fácil ou muito fácil ter acesso aos produtos do tabaco (47,2%). Quando questionados quanto à perceção do risco decor-

rente do consumo de um maço de cigarros por dia, 3 em cada 10 alunos, dos 13 aos 18 anos, não souberam responder ou consideraram esse risco inexistente, baixo ou moderado (11).

Segundo dados recolhidos no âmbito do estudo efetuado em jovens de 18 anos participantes no Dia da Defesa Nacional 2015, cerca de 62,0% já tinham consumido tabaco; 61,4% rapazes e 57,4% raparigas. O consumo nos últimos 12 meses, foi referido por 51,8% dos rapazes e 45,9% das raparigas. O consumo nos últimos 30 dias foi reportado por mais de 30.000 (43,0%) inquiridos; 43,2% rapazes e 36,2% raparigas. Em ambos os sexos, o consumo diário ou quase diário nos últimos 30 dias foi de 20,2%, valor que corresponde a 47,0% do total de inquiridos que disseram ter consumido nesse período (12).

Foram observadas diferenças entre as prevalências de consumo nas regiões do País. A maior prevalência de experimentação foi observada no Alentejo (68,4%) e na Região dos Açores (65,5%) e a menor nas regiões da Madeira (59,5%) e de Lisboa (60,7%) (12).

As maiores prevalências de consumo nos últimos 30 dias foram observadas na Região do Alentejo (49,4%) e na Região dos Açores (47,8%). A prevalência de consumo mais baixa foi registada na Região da Madeira (37,9%). O consumo diário ou quase diário foi mais comum nos jovens do Algarve (23,8%) e menos comum nos jovens da Madeira (16,5%) (12).

A análise das variações relativas do consumo entre jovens dos 15 aos 24 anos, mostra em 2014 um aumento de 5,6% a nível nacional face a 2005/2006. Entre regiões, foi no Algarve e na Madeira que se observaram as maiores taxas de crescimento (61,0% e 29,8%, respetivamente).

Para o mesmo intervalo de tempo, Lisboa e o Centro, foram as únicas regiões de Portugal que apresentaram variações negativas, ou seja, -8,9% e -8,3%, respetivamente (5)(6). Segundo dados do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (2016/2017) a idade média de início de consumo reportada pela população entre os 15 e os 24 anos passou dos 15 para os 16 anos. Neste grupo etário, entre 2012 e 2016/2017, registou-se um aumento no consumo nos últimos 30 dias, de 3,2 pp; 1,5 pp nos homens e 5,2 pp nas mulheres (8).

2.4. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento

A nível regional e local, em 2016, cerca de 82% dos ACES desenvolveram pelo menos uma iniciativa estruturada no âmbito da prevenção do tabagismo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco, tendo sido abrangidas mais de 110.000 pessoas, das quais cerca de 99.000 jovens em idade escolar (13)(14)(15)(16)(17).

Na área da formação, em 2016, foram desenvolvidas diversas ações de formação em cessação tabágica e prevenção do tabagismo, tendo sido abrangidos cerca de 840 profissionais, na sua maioria do setor da saúde (82%).

No que se refere aos apoios no âmbito da cessação tabágica, em 2016 a dispensa às farmácias de embalagens de medicamentos registou um aumento de 16,4%, face a 2015 (mais 56.330 embalagens dispensadas) (Gráfico 6) (18).

Em novembro de 2016, foi publicado o Despacho n.º 14202-A/2016, que veio estabelecer diversas iniciativas de incentivo à cessação tabágica, com destaque para a possibilidade de comparticipação de medicamentos. Este des-

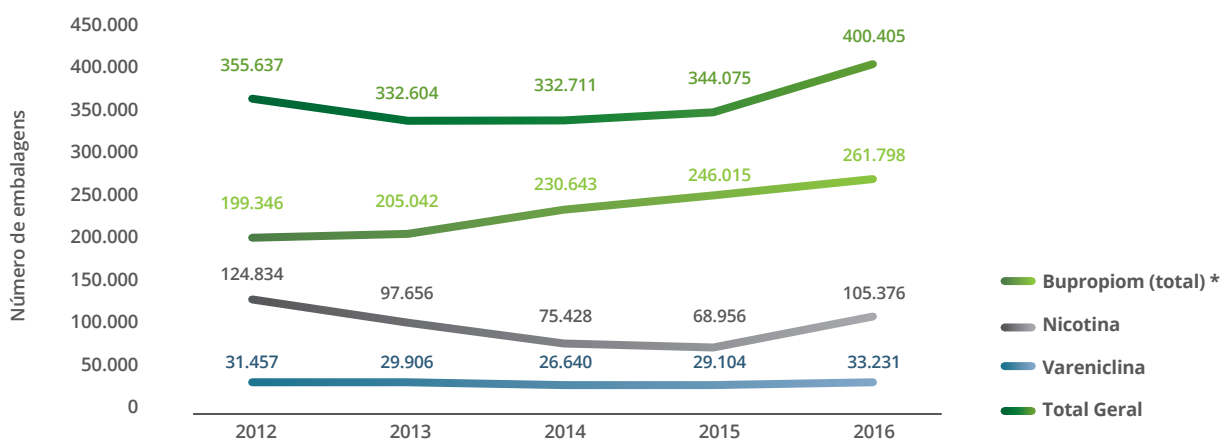
pacho entrou em vigor a 26 de novembro de 2016 (19). A partir de 1 de janeiro de 2017, um dos medicamentos de primeira linha – a vareniclina – passou a ser comparticipado a 37% pelo SNS. Esta medida impulsionou a utilização deste medicamento: no primeiro trimestre de 2017 assistiu-se a um aumento de cerca de 68,2% (mais 6196 embalagens) nas dispensas nas farmácias, comparativamente ao período homólogo do ano anterior (18).

Em 2016, assistiu-se também a um aumento da acessibilidade às consultas de cessação tabágica. Nesse ano foram realizadas cerca de 31.800 consultas de apoio intensivo à cessação tabágica a nível dos ACES e unidades hospitalares do SNS (Gráfico 7), o que representou um aumento de 3,5% face a 2015. A nível dos ACES observou-se um aumento de 12,5% no total de consultas efetuadas em relação ao ano anterior (Gráfico 8) (13)(14)(15)(16)(17).

No final do ano de 2016, pela primeira vez no Serviço Nacional de Saúde, todos os ACES ofereciam pelo menos uma destas consultas. No primeiro semestre de 2017 registou-se um considerável aumento no total de consultas de apoio à cessação tabágica realizadas em todas as ARS (19.899), bem como dos locais de consulta (199 locais) (Tabela 2). Comparando com o observado no final de 2016, no primeiro semestre de 2017 registou-se um crescimento relativo de 11,2% dos locais de consulta (mais 20), prevendo-se que este número possa aumentar até ao final do ano.

Ao nível dos ACES, no primeiro semestre de 2017, o número de consultas de apoio à cessação tabágica realizadas nos 136 locais de consulta existentes nos ACES, mais 5 que no final de 2016, ascendeu a 9485 consultas.

GRÁFICO 6 EVOLUÇÃO DA DISPENSA DE MEDICAMENTOS DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA NAS FARMÁCIAS (N.º DE EMBALAGENS), PORTUGAL CONTINENTAL | 2012 A 2016



Nota: Dados provisórios

Os dados fornecidos pela IMS Health referem-se aos medicamentos colocados nas farmácias pelos grossistas / armazenistas em Portugal Continental. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao meio hospitalar.

* Os dados referem-se à totalidade de medicamentos contendo bupropiom, incluindo Zyban, o único medicamento de bupropiom com indicação terapêutica na cessação tabágica.

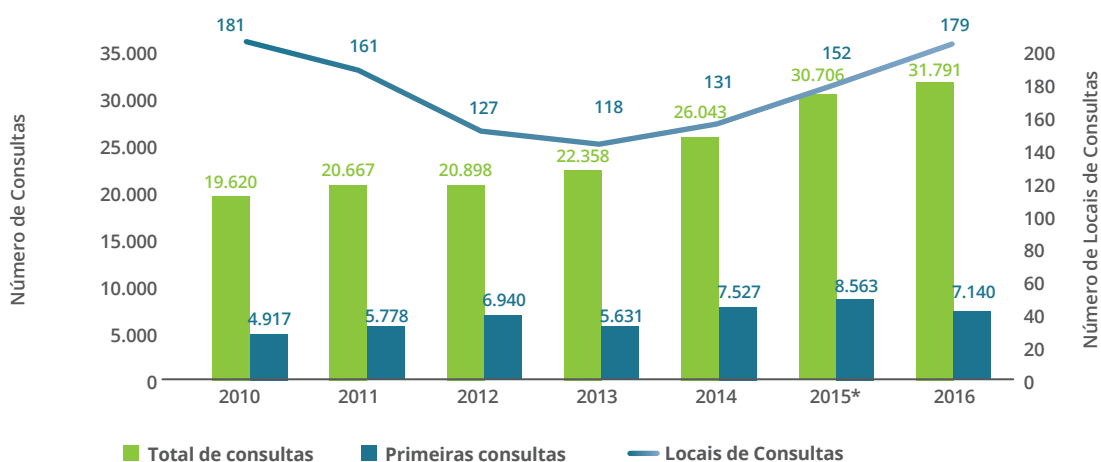
Fonte: IMS Health, via INFARMED, 2017.

É importante referir que em todo o ano de 2016 foram realizadas nos ACES 3.248 primeiras consultas e que, no 1.º semestre de 2017, já tinham sido realizadas 3.111 primeiras consultas.

No que diz respeito aos locais de consulta nos ACES, importa ainda referir que se registou aumento de locais de consulta em 2017 (136), face a 2015 (104), de 31%.

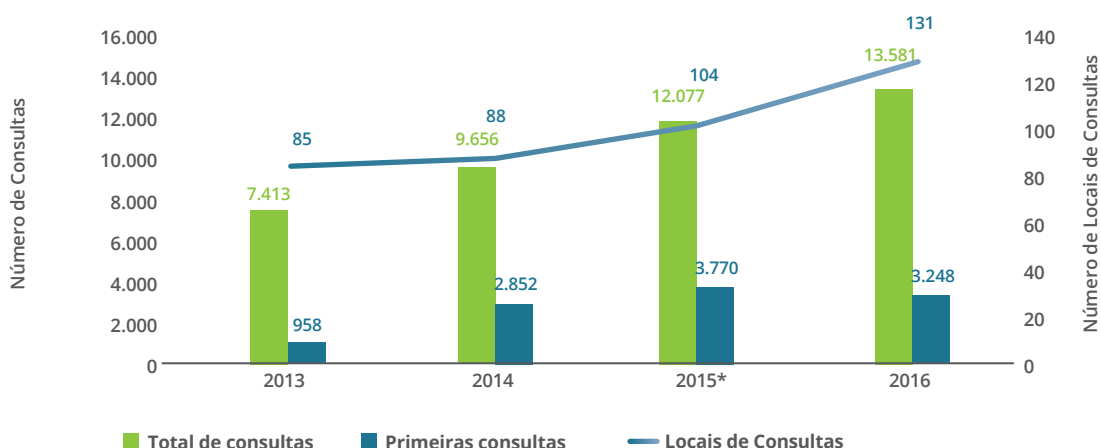
De maio de 2016 a abril de 2017 foram efetuadas 2506 chamadas telefónicas para o SNS 24 (Centro de Contacto do SNS) no âmbito da cessação tabágica (15% do total das chamadas para a Linha Saúde Pública) (20).

GRÁFICO 7 EVOLUÇÃO DAS CONSULTAS DE APOIO INTENSIVO À CESSAÇÃO TABÁGICA REALIZADAS NO SNS, PORTUGAL CONTINENTAL | 2010-2016



Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, 2015, 2016 e 2017.

GRÁFICO 8 EVOLUÇÃO DAS CONSULTAS DE APOIO INTENSIVO À CESSAÇÃO TABÁGICA REALIZADAS EM ACES/ULS, PORTUGAL CONTINENTAL | 2013-2016



Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, 2015, 2016 e 2017.

TABELA 2 CONSULTAS DE APOIO INTENSIVO À CESSAÇÃO TABÁGICA REALIZADAS EM ACES/ULS E CH/HH, POR ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (ARS), PORTUGAL CONTINENTAL, 1º SEMESTRE 2017

	ACES/ULS			CH/HH			Total*		
	Total consultas	Primeiras consultas	Nº de locais de consulta	Total consultas	Primeiras consultas	Nº de locais de consulta	Total consultas	Primeiras consultas	Nº de locais de consulta
ARS Norte	3.749	1.324	59	2.525	674	11	6.274	1.998	85
ARS Centro	1.841	444	30	2.129	674	10	3.970	1.118	40
ARS Lisboa e Vale do Tejo	2.649	949	32	4.969	1.337	17	8.117	2.356	56
ARS Alentejo	309	108	4	X	X	X	435	184	5
ARS Algarve	937	286	11	125	35	1	1.093	339	13
Total	9.485	3.111	136	9.748	2.720	39	19.889	5.995	199

Nota: Dados provisórios

X: Valor não disponível

(*) Inclui consultas em serviços de Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD)

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, 2017

2.5. Consumo de Produtos do Tabaco

Os cigarros são o produto de tabaco mais consumido. A introdução no consumo registou um aumento de 13,8% face a 2015. Em contrapartida, as entradas no consumo de cigarrilhas, charutos e tabaco de corte fino registaram um decréscimo. De notar o assinalável aumento das entradas no consumo do tabaco para cachimbo de água (Tabela 3) (21).

Em relação ao período homólogo do ano anterior, no primeiro semestre de 2017 registou-se uma diminuição das entradas no consumo de todos os produtos do tabaco, com exceção do tabaco para cachimbo de água e dos charutos. De sublinhar a redução de 3% nas vendas de cigarros no primeiro semestre de 2017, *versus* o período homólogo de

2016, o que compara com um crescimento verificado em 2016 em relação a 2015 (+13,8%) (Tabela 4). Este dado parece indicar uma redução efetiva do consumo, em virtude das várias políticas adotadas neste âmbito.

Segundo a Organização Mundial de Saúde o aumento dos impostos sobre os produtos do tabaco é a intervenção mais custo-efetiva na redução do consumo, devendo fazer parte de uma abordagem global de prevenção e controlo do tabagismo (38). Apresenta-se na tabela 5 a evolução dos impostos sobre os produtos do tabaco em 2016 – 2017.

Em 2016, o consumo de produtos do tabaco rendeu ao Estado 1 515,1 milhões de euros (mais 24,9% face ao ano anterior) (21).

TABELA 3 EVOLUÇÃO DA INTRODUÇÃO NO CONSUMO DE PRODUTOS DO TABACO SUJEITOS A IMPOSTO, PORTUGAL | 2010-2016

	2013	2014	2015	2016	Taxa variação 2015-2016 (%)
Cigarros (milhares)	10.018.196	9.651.991	9.219.337	10.487.487	+ 13,8%
Cigarrilhas (milhares)	179.526	305.366	281.793	275.595	- 2,2%
Tabaco corte fino (Kg) ⁽¹⁾	1.118.340	805.017	731.947	620.803	- 15,2%
Charutos (milhares)	3.500	3.005	4.712	2.366	- 49,8%
Outros tabacos de fumar (Kg) ⁽²⁾	3.135	6.438	4.953	5.322	+ 7,5%
Tabaco para cachimbo de água (Kg)	X	9.380	22.039	52.178	+ 136,8%

Nota: X – Valor não disponível

(1) Abrange o tabaco de corte fino para cigarros de enrolar.

(2) Abrange os outros produtos não compreendidos nas restantes categorias, nomeadamente, o tabaco para cachimbo.

Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira, 2017.

TABELA 4 EVOLUÇÃO DA INTRODUÇÃO NO CONSUMO DE PRODUTOS DO TABACO SUJEITOS A IMPOSTO, PORTUGAL | 2010-2016

	2016	2017	Variação 2017-2016 (1º semestre)	
	1º Semestre	1º Semestre	Valor	%
Cigarros (milhares)	4.380.187	4.248.717	-131.470	-3,0
Cigarrilhas (milhares)	94.072	27.157	-66.915	- 71,1
Charutos (milhares)	1.041	1.172	131	+ 12,6
Tabaco corte fino (Kg) ⁽¹⁾	273.343	125.289	-148.054	- 54,2
Outros tabacos de fumar (Kg) ⁽²⁾	1.460	611	-849	- 58,2
Tabaco para cachimbo de água (Kg)	22.088	33.671	11.583	+ 52,4

Nota: (1) Abrange o tabaco de corte fino para cigarros de enrolar.

(2) Abrange os outros produtos não compreendidos nas restantes categorias, nomeadamente, o tabaco para cachimbo.

Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira - DSIECIV, 2017.

TABELA 5 EVOLUÇÃO DOS IMPOSTOS ESPECIAIS SOBRE OS PRODUTOS DO TABACO, PORTUGAL | 2016-2017

	OE 2016		OE 2017		Taxa Variação 2017/2016 (%)	
	EE	AV	EE	AV	EE	AV
Cigarros	€ 90,85	17,0%	€ 93,58	16,0%	+3,0%	-5,9%
Charutos	n.d.	25,0% (2)	n.d.	25,0% (2)	-	0,0%
Cigarrilhas	n.d.	25,0% (3)	n.d.	25,0% (3)	-	0,0%
Tabaco corte fino para cigarros de enrolar	€ 0,078/g (4)	20,0%	€ 0,080/g (4)	16,0%	+2,6%	-20,0%
Restantes tabacos de fumar	€ 0,078/g (5)	20,0%	€ 0,080/g (5)	16,0%	+2,6%	-20,0%
Tabaco para cachimbo de água	n.d.	50,0%	n.d.	50,0%	-	0,0%
Líquido contendo nicotina	€ 0,60/ml	n.d.	€ 0,30/ml	n.d.	-50,0%	-

Nota: (1) O imposto não pode ser inferior a 104% do somatório dos montantes resultantes de aplicação das taxas do IT e do IVA aos cigarros de classe de preços mais vendida do ano a que corresponda a estampilha especial em vigor.

(2) O imposto não pode ser inferior a €400 por mil charutos.

(3) O imposto não pode ser inferior a €60 por mil cigarrilhas.

(4) O imposto não pode ser inferior a € 0,169/g.

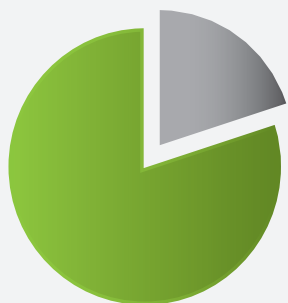
(5) O imposto não pode ser inferior a € 0,169/g.

OE – Orçamento de Estado; EE – Elemento Específico; AV – Ad Valorem; n.d. - não disponível

Fonte: Orçamentos de Estado 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. Artigos 103.º e 104.º.

1 EM CADA 5 PORTUGUESES FUMA

População residente, 15 ou mais anos, 2014



20%
da população residente
com 15 ou mais anos fuma



1.155.611 Homens fumadores
27,8%



624.883 Mulheres fumadoras
13,2%

10% DAS MORTES EM PORTUGAL SÃO DEVIDAS AO TABACO

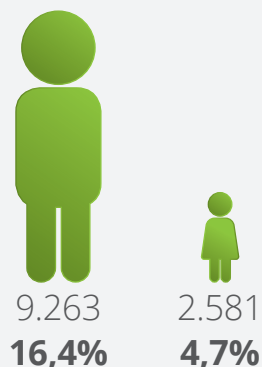
Mortes atribuíveis ao tabaco, todas as idades, estimativas, 2016

**1 em cada 10
mortes/ano
é atribuída
ao Tabaco**



**1 morte
a cada
50 minutos**

Total de mortes



O TABACO CONTRIBUI PARA A MORTE POR DIVERSAS DOENÇAS

Mortes atribuíveis ao tabaco, todas as idades, estimativas, 2016



5.545
por cancro
(19,5% das mortes
por esta causa)



3.109
**por doenças
respiratórias
crónicas**
(46,4% das mortes
por esta causa)



2.165
**por doenças
cérebro e
cardiovasculares**
(5,7% das mortes
por esta causa)



805
**por infeções
respiratórias**
(12,0% das mortes
por esta causa)



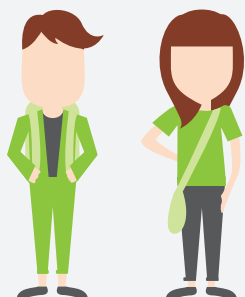
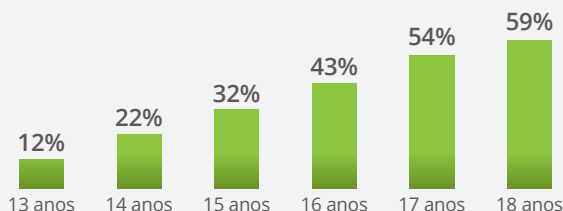
227
por diabetes
(2,4% das mortes
por esta causa)

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), GBD Compare [Internet] Data Visualization, Seattle, WA, IHME, University of Washington, 2016 (Consult, 2017,29 set); Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

O CONSUMO INICIA-SE NA ADOLESCÊNCIA

Alunos do ensino público, 13 aos 18 anos, ambos os sexos, 2015

O tabaco continua a atrair jovens



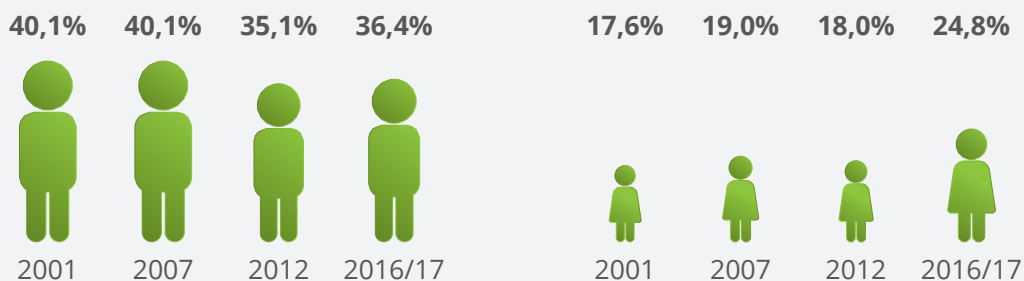
1 em cada 2 alunos com 15 anos considera fácil ou muito fácil ter acesso ao tabaco

Tabaco

Fonte: Feijão, F. Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências - ECATD_CAD/2015 (ESPAD_PT)-Portugal/2015 - Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Lisboa: SICAD/DMI/DEI; 2016

HÁ CADA VEZ MAIS MULHERES A FUMAR

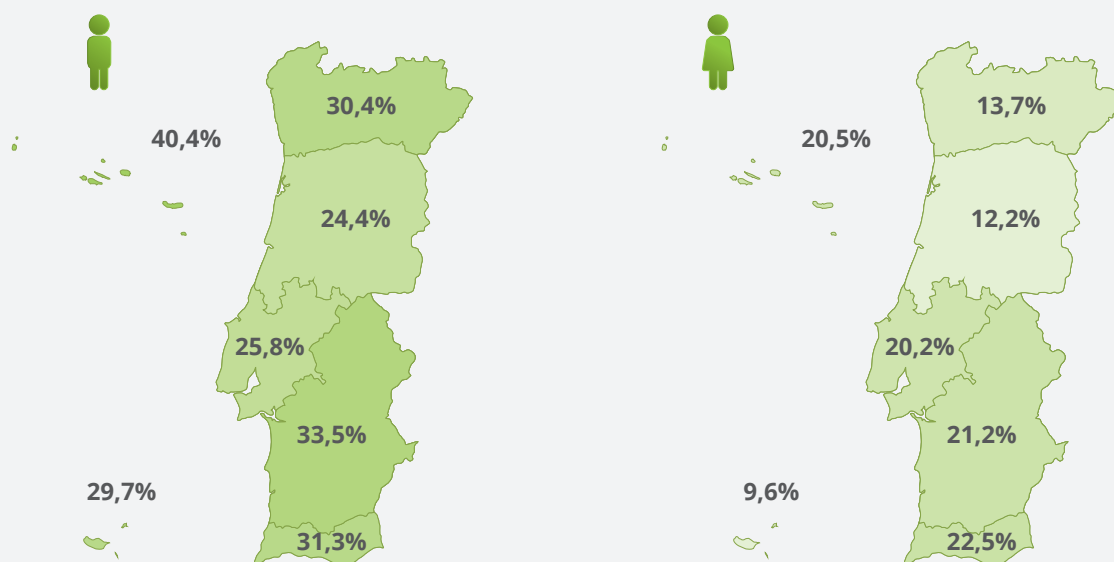
Consumo de tabaco, últimos 30 dias, 15-64 anos, 2001, 2007, 2012 e 2016/17



Fonte: Balsa C, Vital C., Urbano C., IV Inquérito Nacional ao Consumo de Sustâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17 | Relatório final. Lisboa: SICAD, 2017

HÁ DESIGUALDADES ENTRE REGIÕES

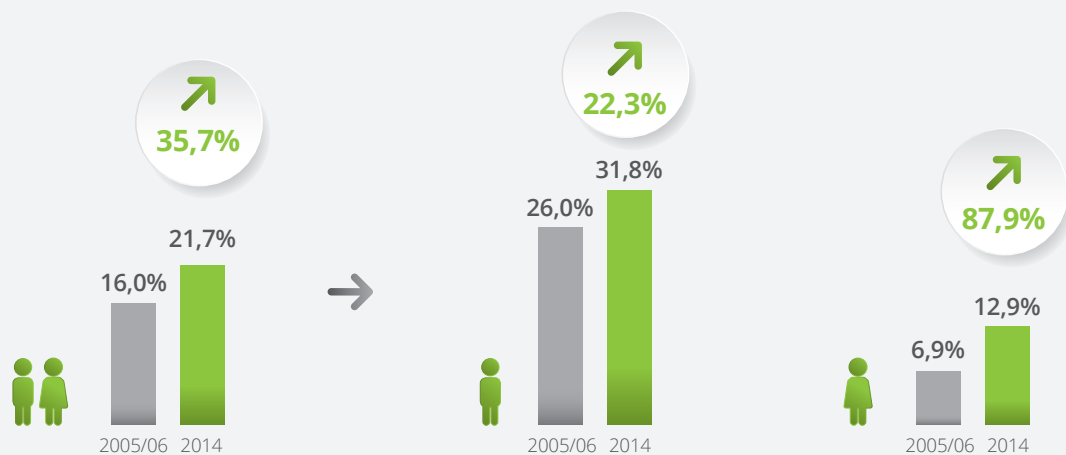
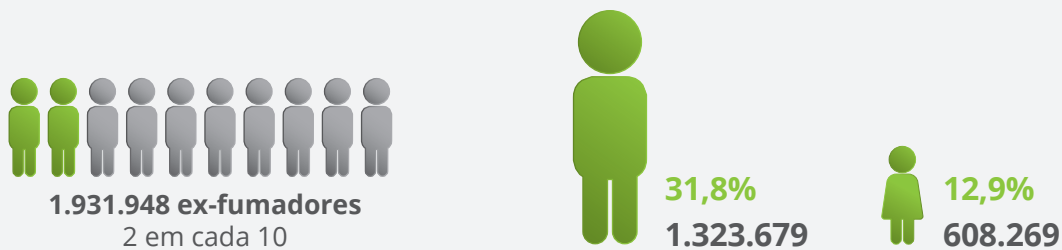
População dos 25 aos 74 anos, taxas de prevalência padronizadas, consumo de tabaco diário ou ocasional, 2015



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Lisboa: INSA, IP.; 2017

MAIS PESSOAS DEIXARAM DE FUMAR

População residente, 15 ou mais anos, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM 2016-2017

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) foi criado em 2012. Em 2016, numa linha de continuidade com a primeira fase do Programa, procedeu-se à definição de orientações programáticas até 2020 (22)(23). Para além dos 5 eixos estratégicos anteriormente definidos, foi incluído um novo eixo dirigido à redução das desigualdades em saúde. Em 2016/2017, teve como principais atividades desenvolvidas:

Vigilância Epidemiológica e Monitorização

No âmbito da informação e avaliação, foi dada resposta ao questionário da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco de 2016.

Foi elaborado um capítulo sobre tabaco incluído no Relatório "A saúde dos portugueses 2016" (24).

Foi dada continuidade ao estudo sobre exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, sob coordenação da Universidade do Minho. Foi concluído, em dezembro, o estudo sobre competências no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo na formação pré-graduada dos estudantes nas áreas profissionais da saúde, conduzido pela Universidade de Évora, cuja apresentação pública está prevista para o 4º trimestre de 2017.

Foi dada resposta a diversos questionários da Comissão Europeia, no âmbito da aplicação da Diretiva 2014/40, de 3 de abril, do Parlamento e do Conselho (43). Após a ligação da DGS à base de dados EU-CEG, foi iniciada a análise dos produtos notificados, no que se refere à informação sobre ingredientes e volume de vendas.

Foi prestada colaboração no âmbito da validação dos resultados do estudo colaborativo com o CDC e a OMS – *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS 2013). Foi ainda dada colaboração à OMS, no âmbito do WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017.

Prevenção

No eixo da prevenção da iniciação do consumo de tabaco, foi reforçada a articulação com a Direção-Geral de Educação, no âmbito da elaboração do Referencial de Educação para a Saúde em meio escolar, com inclusão do tema da prevenção do tabagismo. Este Referencial foi homologado em 16 de maio de 2017, pelo Ministério de Educação (25).

Em colaboração com o Programa Cuida-te, foi concluída a peça teatro-debate "É só de vez em quando", orientada para a prevenção do tabagismo nos jovens. Esta peça, re-

presentada em 10 escolas, em 2016, passou a constar do portefólio do Instituto Português da Juventude, a partir de 2017.

O ano de 2016 ficou marcado pela entrada em vigor, no dia 1 de janeiro, da Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto (44), que impôs diversas atividades tendentes à sua adequada aplicação, com destaque para a elaboração de diversas propostas de atos legislativos de regulamentação, que culminaram com a publicação de um decreto-lei e quatro portarias:

- Decreto-Lei n.º 6/2016, de 22 de fevereiro, que procedeu à transposição da Decisão de Execução (UE) 2015/1842 da Comissão, de 9 de outubro de 2015, relativa às especificações técnicas para a configuração, conceção e formato das advertências de saúde combinadas para produtos do tabaco para fumar e da Decisão de Execução (UE) 2015/1735 da Comissão, de 24 de setembro de 2015, relativa à posição exata da advertência geral e da mensagem informativa no tabaco de enrolar comercializado em bolsas (26);
- Portaria n.º 135/2016, de 12 de maio, que procedeu à transposição da Decisão de Execução (UE) 2016/586, da Comissão, de 14 de abril de 2016, sobre as normas técnicas para o mecanismo de enchimento de cigarros eletrónicos (27);
- Portaria n.º 148-A/2016, de 23 de maio, que procedeu à transposição da Decisão de Execução (UE) 2015/2186, da Comissão, de 25 de novembro de 2015, que estabelece um formato para a apresentação e disponibilização de informações sobre os produtos do tabaco e da Decisão de Execução (UE) 2015/2183, da Comissão, de 24 de novembro de 2015, que estabelece um formato comum para a notificação de cigarros eletrónicos e de recargas (28);
- Portaria n.º 278/2016, de 24 de outubro, que estabelece os montantes das taxas a suportar pelos fabricantes e importadores de produtos do tabaco e de cigarros eletrónicos e recargas pela notificação de ingredientes (29);
- Portaria n.º 168/2017, de 22 de maio, que estabelece a lista prioritária de aditivos contidos em cigarros e tabaco de enrolar (30).

Foi ainda dado apoio técnico na preparação de duas novas portarias sobre:

- As regras de instalação e os requisitos técnicos dos sistemas de ventilação aplicáveis aos espaços onde, excecionalmente, é permitido fumar nos termos da Lei n.º 37/2007;
- O processo de autorização de introdução de novos produtos do tabaco e as respetivas taxas, nos termos da Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto.

Em 2017, no sentido de abranger os novos produtos do tabaco sem combustão nas restrições de fumar nos locais onde é proibido fumar, foi elaborada uma proposta de revisão da lei, designada lei do tabaco. Esta proposta viria a ser aprovada pela Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto. Esta Lei veio reforçar também a proibição de fumar nos espaços dedicados aos menores, designadamente nos parques infantis. Foi reforçada a proibição da publicidade aos produtos do tabaco e aos cigarros eletrónicos. As medidas tendentes a promover a cessação tabágica foram também reforçadas, com a previsão da comparticipação dos medicamentos de apoio à cessação tabágica e de medidas a empreender no âmbito da proteção da saúde nos locais de trabalho (31).

Tendo em vista a receção das notificações sobre os ingredientes do tabaco e dos cigarros eletrónicos, foi estabelecido um acordo de serviço com a Comissão Europeia e operacionalizada a ligação informática da DGS à base de dados EU-CEG (European Commission Common Entry Gate). O PNPCT é o administrador e o “help-desk” deste sistema. Foi também necessário estabelecer um sistema interno de aplicação da Portaria n.º 148-A/2016, de 23 de maio, relativa ao pagamento de taxas à DGS, pela notificação de ingredientes, por parte dos fabricantes e importadores (28).

Diagnóstico e Tratamento

No domínio da promoção da cessação tabágica, foi dado apoio na organização das respostas às solicitações provenientes do SNS 24 (Centro de Contacto do SNS), após a entrada em vigor, em 20 de maio de 2016, das novas advertências de saúde na rotulagem do tabaco.

Foi concretizada a primeira fase do contrato com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), para informatização dos registos no sistema de informação SClínico, no que se refere às intervenções breves, com a implementação nacional nos Cuidados de Saúde Primários em julho de 2017. Deu-se início à fase relativa à intervenção intensiva e à definição de indicadores de avaliação/contratualização.

No domínio da formação, foi elaborada uma estratégia de formação em intervenções breves, a concretizar em articu-

lação com as ARS I.P. e dado apoio a diversas iniciativas de formação, organizadas por entidades da saúde e da educação, com particular articulação com a ARS I.P. do Algarve.

Foram elaborados materiais de apoio à formação em cessação tabágica dos profissionais de saúde, estando previsto para o 4.º trimestre de 2017 a distribuição do Algoritmo da intervenção breve. “5A” ou muito breve “2A+AVR” e do Algoritmo do tratamento farmacológico do tabagismo.

Apoio à Sociedade Civil e Comunicação

Foi realizado uma conferência de imprensa, no dia 1 de março de 2016, nas instalações da Fundação Calouste Gulbenkian, onde foi apresentado e comentado o relatório Tabagismo em Números 2015 (32).

Foi celebrado o Dia Mundial Sem Tabaco, 31 de maio: em 2016 foi elaborado um pequeno vídeo alusivo ao dia, transmitido na RTP3 e divulgado na página da DGS; em 2017, em parceria com o IPDJ, foi feita uma apresentação pública do programa e promovido um debate sobre o controlo do tabaco no contexto dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, com a participação do Camões I.P. e de Organizações Não Governamentais.

Foram elaborados conteúdos para o Portal do SNS e elaboradas pequenas mensagens destinadas aos utentes do SNS a editar pela ACSS através de meios tecnológicos.

Foi relançado um dos spots publicitários “Eu fumo tu fumas”, na cadeia de cinemas do grupo de comunicação e entretenimento NOS.

Foram distribuídos diversos materiais informativos a pedido de profissionais de saúde, escolas, autarquias, empresas e cidadãos.

Foram incluídos novos conteúdos na página da DGS e elaboradas mais de duas centenas de respostas a pedidos de informação e de apreciação de requisitos de rotulagem, à luz da nova legislação, por parte da Autoridade Tributária e Aduaneira, do Instituto Português da Qualidade, dos operadores económicos, de advogados, da comunicação social e dos cidadãos. Foi, ainda, dada resposta a diversas queixas por incumprimento da legislação, com encaminhamento para as entidades com competência de fiscalização.

Foram realizadas diversas reuniões com Organizações Não Governamentais na área da prevenção e controlo do tabagismo.

Cooperação e Relações Internacionais

O PNPCT representa o País no Comité da Diretiva 2014/40, de 3 de abril, e no *Expert Group on Tobacco Control* da Comissão Europeia, tendo participado em diversas reuniões promovidas pela Comissão Europeia, em Bruxelas. Foi ainda dada resposta a diversos pedidos de informação por solicitação da Comissão Europeia, no âmbito desta Diretiva.

O PNPCT é o ponto focal da OMS na implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco (37). Neste âmbito, foi dado apoio técnico ao Grupo Saúde em Bruxelas e ao Ministério dos Negócios Estrangeiros, na prepara-

ção prévia dos pontos da Agenda da 7.ª Sessão da Conferência das Partes desta Convenção, realizada em Nova Deli, de 7 a 12 de novembro de 2016.

Foram elaborados contributos relativos à “Resolução sobre o reforço das sinergias entre a Assembleia Mundial da Saúde e a Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco”.

Foi dada colaboração no âmbito de reuniões e preparação de documentos relativos aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, meta 3, objetivo 10.

Nota: o documento integral do Relatório de Atividades 2016 está disponível em www.dgs.pt.

4. ORIENTAÇÕES PROGRAMÁTICAS 2017-2020

4.1. Enquadramento

O tabaco mata. Fumar é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura. Estima-se que, em 2013, o tabaco tenha contribuído para cerca de 21% da mortalidade por cancro, 31% da mortalidade por doenças respiratórias e 9% da mortalidade por doenças cérebro-cardiovasculares (4). Fumar agrava o risco de diabetes, de tuberculose e de cegueira. Fumar reduz a fertilidade e tem graves consequências para a saúde da mulher grávida, do feto e da criança. O fumo ambiental do tabaco tem efeitos nocivos imediatos e a longo prazo, não existindo um limiar seguro de exposição (1, 2, 3). De acordo com estimativas para o ano de 2013, fumar contribuiu para a morte de mais de 11.000 pessoas residentes em Portugal. O grupo etário dos 50 aos 59 anos foi o mais afetado (32).

A promoção da cessação tabágica é a abordagem que permitirá reduzir a mortalidade por doenças associadas ao tabaco nos próximos vinte a trinta anos. Parar de fumar antes da meia-idade oferece os maiores benefícios (33, 34).

Embora nos últimos anos se tenha registado uma melhoria em alguns indicadores, as estimativas da OMS indicam que serão necessários mais esforços no sentido de alcançar a meta de redução relativa de 30% na prevalência de fumadores, na população com 15 ou mais anos, até 2025 (35).

Uma abordagem global e intersectorial, apoiada pelas organizações da sociedade civil e pelos cidadãos, que otimize as sinergias entre diferentes estratégias – educativas, de prevenção e tratamento, legislativas, económicas e sociais – constitui o princípio orientador para a redução da sobrecarga de saúde, social e económica imposta pelo tabaco (36).

O PNPCT, iniciado em 2012, tem como principal referência a Convenção-Quadro da OMS para o controlo do Tabaco e as estratégias mais efetivas para a sua implementação (37, 38):

- Monitorizar;
- Proteger da exposição ao fumo;
- Oferecer ajuda na cessação tabágica;
- Avisar, informar e educar sobre os riscos;
- Impor a proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio;

- Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco.

Tendo por base a avaliação dos resultados alcançados, será necessário continuar a investir nos eixos estratégicos anteriormente definidos, e reforçar as estratégias que permitam obter mais ganhos em saúde, com redução das desigualdades (38, 39, 40, 41). Assim, o PNPCT terá como principais focos de intervenção:

- A prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes e jovens;
- A promoção da cessação tabágica, com particular enfoque nos fumadores com menos de 40 anos, nas mulheres e durante a gravidez;
- A proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- A redução das desigualdades em saúde, nomeadamente as desigualdades regionais associadas à prevenção, tratamento e controlo do tabagismo.

Estas áreas de investimento serão complementadas por iniciativas transversais de promoção da literacia em saúde, de capacitação para decisões saudáveis, de criação de um clima social favorável à saúde e ao não tabagismo, de formação profissional, de investigação e de promoção de melhores práticas.

4.2. Visão

Promover um futuro mais saudável, livre de tabaco.

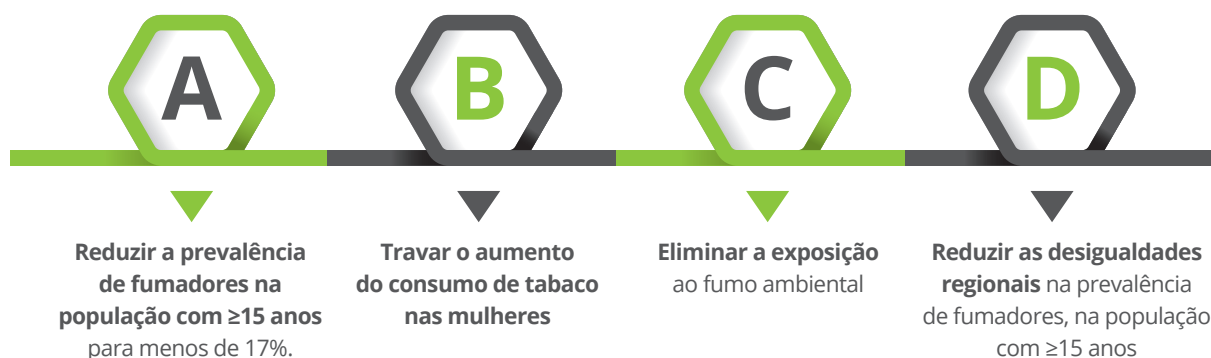
4.3. Missão

No sentido de aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa e de reduzir as desigualdades em saúde, o PNPCT tem como missão:

- Promover a monitorização do consumo de tabaco e das suas repercussões na saúde e nas desigualdades;
- Implementar a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco e das Diretivas Europeias nesta matéria;
- Elaborar propostas de revisão da legislação em vigor;
- Desenvolver iniciativas de prevenção do consumo de tabaco, de promoção da cessação tabágica e de proteção da exposição ao fumo ambiental;

- Identificar necessidades e organizar iniciativas de formação;
- Promover estudos de investigação, divulgar informação no domínio da prevenção e controlo do tabagismo;
- Identificar e promover boas práticas de intervenção.

4.4. Metas de Saúde a 2020



4.5. Objetivos

METAS 2020	OBJETIVOS
A. Reduzir a prevalência do consumo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens 2. Promover e apoiar a cessação tabágica
B. Travar o aumento do consumo nas mulheres	<ol style="list-style-type: none"> 3. Diminuir a prevalência de consumo de tabaco nas mulheres
C. Eliminar a exposição ao fumo ambiental	<ol style="list-style-type: none"> 4. Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco 5. Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e as melhores práticas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo 6. Aumentar a literacia da população no domínio da prevenção e controlo do tabagismo e promover um clima social favorável ao controlo do tabaco
D. Reduzir as desigualdades regionais	<ol style="list-style-type: none"> 7. Garantir uma adequada cobertura por cuidados de apoio intensivo à cessação tabágica e diminuir as barreiras no acesso ao tratamento farmacológico 8. Aumentar os preços dos produtos do tabaco 9. Implementar medidas de discriminação positiva para promover a equidade

4.6. Monitorização

METAS 2020	INDICADOR	VALOR BASE	FONTE / OBS.
A	1. % de fumadores na população residente com 15 ou mais anos	20,0% (2014)	INS 2014
B	2. % de fumadoras nos últimos 30 dias, na população residente dos 15 – 64 anos	24,8% (2016/17)	IV Inquérito ao Consumo de Substâncias
C	5. % de população com 15 ou mais anos diariamente exposta ao fumo ambiental	8,6% (2014)	INS 2014
D	4. Intervalo de variação entre as taxas de prevalência padronizadas de fumadores dos 25 aos 74 anos, por região	Valor mínimo 7,8%; Valor máximo 20,0%	INSEF 215

Nota: o documento integral das Orientações Programáticas está disponível em www.dgs.pt.

5. ATIVIDADES 2017-2018

De acordo com os objetivos e indicadores do Programa, as principais atividades a desenvolver são:

Vigilância Epidemiológica e Monitorização

- Criar um sistema de informação/monitorização do consumo de tabaco, da realização de intervenções breves, das consultas de cessação tabágica e das iniciativas de prevenção do tabagismo de âmbito populacional;
- Elaborar e publicar indicadores de monitorização de saúde na área da prevenção e controlo do tabagismo;
- Colaborar com a Autoridade Tributária e Aduaneira no que se refere ao registo na base de dados EU-CEG dos produtos do tabaco e dos cigarros eletrónicos a comercializar;
- Finalizar o processo informático de inserção, no sistema SClínico, de um módulo de apoio às intervenções breves de cessação tabágica e concretizar o processo de informatização dos registos da consulta intensiva nos Cuidados de Saúde Primários;
- Concluir estudos em curso no âmbito da exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco (Universidade do Minho) e da aquisição de competências no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo dos futuros profissionais de saúde (Universidade de Évora).

Prevenção

- Promover a regulamentação e fiscalização da Lei n.º 37/2007, de 14 agosto, no que se refere à proibição de fumar em locais;
- Promover a fiscalização da Lei em matéria de proibição da publicidade ao tabaco;
- Elaborar proposta fundamentada no sentido do aumento dos preços do tabaco;
- Avaliar a informação sobre os ingredientes dos produtos do tabaco e dos cigarros eletrónicos registada na base EU-CEG e divulgar ao público a informação não confidencial;
- Participar e promover ações de formação sobre prevenção e tratamento do tabagismo, em articulação com as ARS I.P.;

- Promover e organizar reuniões com os representantes das ARS I.P. e com entidades parceiras no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo;
- Elaborar e divulgar materiais pedagógicos sobre prevenção do tabagismo destinados aos profissionais de saúde e população em geral.

Diagnóstico e Tratamento

- Promover a contratualização de indicadores relativos à realização de intervenções breves de apoio à cessação tabágica;
- Colaborar com o SNS 24/Linha Saúde Pública na área da cessação tabágica;
- Promover a comparticipação dos medicamentos à cessação tabágica (bupropiom e substitutos de nicotina);
- Promover e organizar reuniões com os representantes das ARS no âmbito da definição de estratégias para o aumento da oferta e procura de consultas de cessação tabágica;
- Promover a formação pré e pós graduada de profissionais de saúde no domínio do tratamento do tabagismo.

Apoio à Sociedade Civil e Comunicação

- Implementar campanhas de sensibilização no âmbito da prevenção à exposição ao fumo do tabaco e da cessação tabágica, com especial enfoque nas mulheres;
- Promover a realização de sessões de divulgação dos principais resultados dos estudos;
- Atualizar os conteúdos sobre tabaco no Portal DGS;
- Elaborar e divulgar materiais pedagógicos de informação e sensibilização ao cidadão;
- Celebrar o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional do Não Fumador (17 novembro);
- Elaborar respostas a pedidos de informação por parte de entidades e cidadãos sobre prevenção e controlo do tabagismo;

- Promover reuniões com o grupo técnico consultivo no âmbito da Lei do Tabaco;
- Promover a articulação com Organizações Não Governamentais na área da prevenção e controlo do tabagismo.

Cooperação e Relações Internacionais

- Participação no Grupo de Trabalho da OMS para a implementação da Convenção-Quadro da OMS para

o Controlo do tabaco em representação da Região Europeia da OMS;

- Participação no *Expert group on tobacco Policy* e no Comité da Diretiva 2014/40, de 3 de abril, do Parlamento Europeu e do Conselho, sob coordenação da Comissão Europeia;
- Participação na *Joint Action* sobre tabaco.

5.1. Desígnios para 2017-2018



Nota: documento integral do Plano de Atividades está disponível em www.dgs.pt.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking: 50 years of Progress. A Report of the Surgeon General*. 1 ed. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
2. US Department of Health and Human Services. *How tobacco smoke causes disease: A report of the surgeon general*. 1 ed. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
3. US Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General*. 1 ed. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare* [Internet]. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2016 [Consult. 2017, 29 set.] Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>.
5. INE/INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2016.
6. INE/INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2009.
7. European Commission. *Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. Luxembourg: European Commission; 2017.
8. Balsa C., Vital C., Urbano C. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I relatório final [Internet]. Lisboa: SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2017 [Consult. 2017, 20 outubro] Disponível em: http://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016_2017_I%20relatorio%20final_dados_provisorios.pdf
9. US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General*. 1 ed. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
10. Feijão F, Calado V, Lavado E. Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas-2011: grupos etários dos 13 aos 18 anos. ECATD/ESPAD-Portugal/2011 [Internet]. Lisboa: IDT/NEI; 2011 [Consult. 2017, 5 maio] Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/125/ECATD-2011_Final-rev.pdf
11. Feijão F. Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências – ECATD_CAD/2015 (ESPAD_PT) – Portugal/2015 – Grupos etários dos 13 aos 18 anos: resultados globais e por género [Internet]. Lisboa: SICAD/ DMI/DEI; 2016 [Consult. 2017, 5 maio] Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/170/RELATÓRIO%20ECATD-15.pdf.
12. Carapinha L, Calado V. Comportamentos aditivos aos 18 anos: inquérito aos jovens participantes no dia da defesa nacional. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); 2016.
13. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
14. Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
15. Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
16. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
17. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
18. Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P. [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
19. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 14202-A/2016, de 25 de novembro. Reforça as estratégias de promoção da cessação tabágica. Diário da República n.º 227/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-11-25; p 35240-(2).
20. SNS 24, [Dados estatísticos não publicados]; 2017.
21. Autoridade Tributária e Aduaneira [Internet]. Lisboa: ATA; 2017 [Consult. 2017, 14 junho] Disponível em: <http://www.dgaiec.min-financas.pt/pt/estatisticas/>
22. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2112-2016. Lisboa: DGS; 2013.
23. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: DGS; 2015 maio [Consult. 2017, 20 outubro]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
24. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS; 2017.
25. Pereira F, Cunha P, coord. Referencial de educação para a saúde. Lisboa: Direção-Geral da Educação e Direção-Geral da Saúde; Junho 2017. [Consult. 2017, 26 de outubro] Disponível em: http://dge.mec.pt/sites/default/files/Esauede_referencial_educacao_saude_novo.pdf

- 26.** Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 6/2016, de 22 de fevereiro. Define as especificações técnicas para a configuração, conceção e formato das advertências de saúde combinadas para produtos do tabaco para fumar e as advertências gerais e no tabaco de enrolar Diário da República n.º 36/2016, Série I de 2016-02-22; p 528-531.
- 27.** Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 135/2016, de 12 de maio. Define as normas técnicas para o mecanismo de enchimento de cigarros eletrónicos. Diário da República n.º 92/2016, Série I de 2016-05-12; p 154 -1544.
- 28.** Portugal. Ministério das Finanças e Ministério da Saúde. Portaria 148-A/2016, de 23 de maio. Estabelece o formato para a apresentação e disponibilização de informações sobre os produtos do tabaco e para a notificação de cigarros eletrónicos e de recargas. Diário da República n.º 99/2016, 1º Suplemento, Série I de 2016-05-23; p 1654(2) a 1654(12).
- 29.** Portugal. Ministério das Finanças e Ministério da Saúde. Portaria n.º 278/2016, de 24 de outubro. Estabelece as taxas a suportar pelos fabricantes e importadores de produtos do tabaco e de cigarros eletrónicos e recargas pela notificação de ingredientes. Diário da República n.º 204/2016, Série I de 2016-10-24; p 3796 - 3797.
- 30.** Portugal. Ministério da Saúde. Portaria n.º 168/2017, de 22 de maio. Estabelece a lista prioritária de aditivos contidos em cigarros e tabaco de enrolar. Diário da República n.º 98/2017, Série I de 2017-05-22; p 2485 - 2486.
- 31.** Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto. Segunda alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Diário da República n.º 149/2017, Série I de 2017-08-03; p 4455 - 4477.
- 32.** Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015. Lisboa: DGS; 2016.
- 33.** Prabhat J, Phil D, Peto R. *Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco.* *New England Journal of Medicine.* 2014 Jan; 370 (2): 60-8.
- 34.** Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.* *BMJ.* 2014 Jun;328:1519-1533. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- 35.** *World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking* 2015. Geneva: WHO; 2015.
- 36.** *Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs - 2014.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- 37.** *World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva: WHO; 2003.
- 38.** *World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package.* Geneva: World Health Organization; 2008.
- 39.** *Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices User Guide: Health Equity in Tobacco Prevention and Control.* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2015.
- 40.** *Centers for Disease Control and Prevention. Preventing Initiation of Tobacco Use: Outcome Indicators for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2014.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- 41.** *Centers for Disease Control and Prevention. Promoting quitting among adults and young people: outcome indicators for comprehensive tobacco control programs — 2015.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2015.
- 42.** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde [Internet]. Lisboa: INSA, IP.; 2017. [Consult. 2017, 26 outubro] Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4795>
- 43.** Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto. Primeira alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Diário da República n.º 166/2015, Série I de 2015-08-26; p 6336 - 6369.
- 44.** União Europeia. Parlamento Europeu e o Conselho. Diretiva 2014/40/UE, de 3 de abril de 2014. Disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros no que respeita ao fabrico, apresentação e venda de produtos do tabaco e produtos afins. Jornal Oficial da União Europeia, L 127 de 2014-04-29; p 1-38.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt