

INFORMAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2013
113 anos



NÚMERO: 007/2013

DATA: 03/07/2013

ASSUNTO:	Orientações para a implementação de iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo de âmbito populacional
PALAVRAS-CHAVE:	prevenção e controlo do tabagismo; promoção da saúde; intervenção comunitária
PARA:	Serviço Nacional de Saúde (SNS), Administrações Regionais de Saúde (ARS), Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), profissionais de saúde
CONTACTOS:	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo – pnpect@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), ouvido o seu Conselho Científico e os seus Responsáveis Regionais, emite-se a Orientação seguinte:

I – ORIENTAÇÃO

As iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo orientadas para a população em geral, ou para grupos populacionais específicos, devem ter em consideração os seguintes princípios e orientações:

1. Considerar os eixos estratégicos do PNPCT e responder aos objetivos preconizados em pelo menos um desses eixos.
2. Delinear a intervenção seguindo as etapas do processo de planeamento em saúde:
 - I. definição do problema, dos seus factores determinantes e das suas tendências de evolução, baseada numa recolha de dados sobre a situação e numa análise cuidada dos mesmos (diagnóstico de situação). A redução das iniquidades em saúde deve ser equacionada. Nesse sentido é fundamental caracterizar eventuais desigualdades/iniquidades face ao consumo de tabaco, em razão do sexo, do género, do grupo etário, da classe social, do rendimento ou da zona habitacional ou geográfica;
 - II. revisão bibliográfica e análise de práticas de referência (*benchmarking*), tendo em vista estimar o custo-benefício e/ou o custo-efetividade do programa/projeto, de modo a garantir retorno no investimento efetuado pelos profissionais e pelos serviços envolvidos;
 - III. identificação da população/grupo populacional a abranger pelo programa/projeto. Permite determinar uma orientação objetiva para a estratégia de intervenção, porque considera os problemas específicos desse mesmo grupo e delimita a área de ação. Programas não específicos e não direcionados atingem, geralmente, quem já está sensibilizado para boas

- práticas, sendo menos efetivos para os que mais precisam, como por exemplo os adolescentes ou os grupos mais desfavorecidos. Por outro lado, a não especificidade das intervenções obriga a um esforço dos envolvidos que pode resultar em dispersão, menor efetividade, maior dificuldade de avaliação e eventual frustração dos profissionais. A dimensão da população alvo a abranger pelo programa deve ser ponderada. O efeito de escala pode permitir rentabilizar os recursos aplicados numa iniciativa de promoção da saúde;
- IV. definição dos objetivos da intervenção, tendo em conta a definição do problema e dos seus factores determinantes. De notar que os objetivos e respetivas metas devem ser revistos no final da etapa de programação, após análise dos recursos disponíveis;
 - V. seleção das estratégias de intervenção, tendo em consideração os objetivos fixados e a vulnerabilidade do(s) problema(s) identificado(s) aos meios e recursos disponíveis;
 - VI. identificação dos recursos necessários e dos recursos disponíveis, incluindo o financiamento, bem como de eventuais fontes alternativas;
 - VII. calendarização das atividades a realizar, com identificação dos seus responsáveis;
 - VIII. definição do processo de monitorização e avaliação, incluindo a definição de metas e indicadores.
3. Privilegiar a realização de ações contextualizadas, programadas e continuadas, em detrimento de ações pontuais e isoladas.
 4. Evitar o delineamento de iniciativas de promoção da saúde assentes exclusivamente na disponibilização de informação. Este tipo de intervenções permite a aquisição de conhecimentos, mas não impede que as pessoas possam continuar a fazer escolhas prejudiciais à saúde. Deste modo, qualquer intervenção, neste âmbito, deve estar bem fundamentada em evidência científica e ser culturalmente adaptada, realçando as vantagens que as pessoas ou grupos poderão obter com a mudança de comportamento face ao consumo de tabaco.
 5. Incentivar a participação das pessoas ou grupos nos projetos que lhes digam respeito e na tomada de decisão sobre os mesmos. A apropriação do projeto por todos os envolvidos é uma condição essencial para garantir a sua efetividade. Neste sentido, devem apoiar-se as dinâmicas e movimentos associativos locais no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.
 6. Facilitar as escolhas individuais saudáveis através de intervenções e de mudanças no ambiente físico e social, diminuindo a visibilidade, o acesso e a promoção dos produtos do tabaco, de modo a que não fumar se constitua, cada vez mais, como a norma socialmente valorizada.

7. Fixar objetivos e metas. O Programa/projeto deve ter objetivos bem definidos (objetivos *SMART*¹), ajustados às condições existentes para a implementação da ação. Juntamente com a informação recolhida e a identificação dos recursos disponíveis, a fixação de objetivos permite orientar a seleção das estratégias e atividades para cada fase do programa.
8. Definir indicadores de avaliação e promover a avaliação, sempre que possível, de recursos, de processos e de resultados. As intervenções devem ser avaliadas, considerando os indicadores mais adequados a cada estratégia utilizada, de acordo com os objetivos preconizados. A existência de indicadores permite monitorizar a execução e reformular as estratégias, se necessário. Deve, sempre que possível, ser considerada a perspetiva da população, dos profissionais de saúde, dos serviços/gestores, tendo por base informação quantitativa, mas também qualitativa.
9. Prever a indução de novas necessidades decorrentes do processo de implementação. Os programas de prevenção devem prever necessidades decorrentes ou induzidas pelo próprio programa e considerar a disponibilidade de respostas para essas novas necessidades. Por exemplo, a mobilização das pessoas fumadoras para a cessação tabágica na comunidade implica a disponibilização de consultas, para apoio a esta decisão, a nível dos serviços.
10. Promover o trabalho em parceria com outros sectores. Para enfrentar problemas determinados por multifactores, devem ser mobilizados multisectores. A intersectorialidade deve estar presente nas estratégias que visam a promoção da saúde.
11. Garantir a formação dos profissionais. Os profissionais envolvidos devem estar bem preparados tecnicamente para a intervenção nesta área específica. O domínio dos temas transmite, aos utentes, confiança nos profissionais de saúde e segurança na tomada de decisão sobre os determinantes de saúde e a mudança de comportamentos.
12. Dar o exemplo. Os profissionais envolvidos no desenvolvimento de atividades de educação para a saúde, de comunicação e de formação devem abster-se de fumar, dado constituírem modelos significativos (*role-models*) para a população. O uso de tabaco em público, pelos profissionais de saúde, retira credibilidade e efetividade às mensagens e contribui para reforçar a aceitabilidade social do tabaco.
13. Evitar os conflitos de interesses. Constitui um motivo de conflito de interesses, totalmente inaceitável, o consentimento, pelos promotores dos programas de promoção da saúde, de qualquer forma de patrocínio, de publicidade direta ou indireta, ou de ligação a empresas, ou outras partes interessadas, ligadas ao fabrico, distribuição ou venda de produtos do tabaco.

¹ *S – Specific; M – Measurable; A – Attainable, R – Realistic – T – Time-bound*: Específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e definidos no tempo.

II – ÁREAS PRIORITÁRIAS

Não obstante existir um espaço de decisão dos serviços e profissionais sobre quais as intervenções mais adequadas para responder às necessidades de saúde da sua população, o PNPCT elegeu três eixos que devem ser considerados nas estratégias de promoção da saúde e prevenção e controlo do consumo de tabaco:

a) Eixo estratégico: Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens

Em Portugal, cerca de 90% das pessoas fumadoras iniciou o consumo antes de atingir os 25 anos. Acresce que a aparente tendência de aumento da experimentação e do consumo entre os alunos do ensino básico e do ensino secundário impõe uma especial atenção a este grupo populacional.

A análise da efetividade dos projetos de prevenção da iniciação do consumo de tabaco permite concluir que, tão ou mais importante que trabalhar com os próprios jovens, é trabalhar com os contextos sociais e ambientais em que estes crescem e aprendem, em especial com os pais, com a escola e com a restante comunidade educativa.

Alguns exemplos de intervenções:

- I. projetos de promoção da saúde e prevenção do consumo, em parceria com os agrupamentos escolares, com o objetivo do desenvolvimento de programas liderados pelos profissionais das escolas, com o apoio dos profissionais da saúde, dos pais e da restante comunidade educativa. Estes projetos devem valorizar a aquisição de conhecimentos e o reforço de competências, para uma adequada autogestão da saúde, pelas crianças e jovens. O ambiente escolar, físico e social, deve favorecer a saúde. O pessoal docente e não docente deve abster-se de fumar na presença dos alunos;
- II. projetos que visem a diminuição do número de modelos de identificação com o consumo de tabaco, nomeadamente, através da sensibilização dos profissionais das escolas para deixar de fumar;
- III. projetos de sensibilização dos pais fumadores, para a cessação tabágica, por exemplo, no âmbito da saúde infantil e juvenil, ou da atividade de saúde escolar;
- IV. projetos de sensibilização dos responsáveis pelos locais de venda de produtos do tabaco, principalmente nas imediações dos estabelecimentos de ensino, sobre a necessidade de cumprimento da Lei 37/2007, quanto à proibição de venda a menores e à proibição total da publicidade ao tabaco;
- V. projetos em contextos associativos e desportivos, através de parcerias com outras organizações/instituições da comunidade, para promoção de iniciativas que envolvam os jovens, como sejam a prática de atividade física ou desportiva, ou atividades culturais, dado estarem associadas a menores consumos de substâncias e favorecerem a saúde;

- VI. projetos de informação e comunicação sobre tabagismo, junto da comunidade local, com a participação de jovens e adolescentes.

b) Eixo estratégico: Promover e apoiar a cessação tabágica

O conhecimento científico sobre os riscos do consumo de tabaco determina que se dê atenção a esta área, no sentido de melhorar a informação junto do público e de aumentar a motivação para deixar de fumar entre as pessoas que consomem. Simultaneamente, há que garantir respostas a nível dos serviços, através da disponibilização de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, ou do estabelecimento de protocolos de articulação, conforme preconizado no artigo 21.º da lei 37/2007 e do Programa-tipo de atuação em cessação tabágica, da DGS.

Por outro lado, dado que o aconselhamento breve dos utentes fumadores permite aumentar as taxas de cessação tabágica, importa generalizar este tipo de intervenção, entre os profissionais de saúde, através de iniciativas de sensibilização e de formação profissional.

Considerando que a cessação tabágica oferece maiores benefícios quanto mais precocemente tiver lugar, devem valorizar-se iniciativas dirigidas à cessação tabágica dos adolescentes, dos jovens adultos, dos pais, das mulheres grávidas e das pessoas com doenças respiratórias, cardiovasculares, ou outras doenças crónicas.

Assim, sugerem-se como exemplos de iniciativas nesta área:

- I. divulgação de técnicas de aconselhamento com recurso à “intervenção breve”, através de ações de formação dos profissionais de saúde, em particular a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), mas também em áreas hospitalares, como a pneumologia, a obstetria, a pediatria, a cardiologia ou a saúde mental;
- II. realização de ações de formação que facilitem a constituição de novas equipas de apoio intensivo à cessação tabágica e a melhoria da qualidade do desempenho das já existentes;
- III. melhoria do acesso às consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, através do alargamento de horários, incluindo períodos pós-laborais, da constituição de novas equipas, ou do estabelecimento de protocolos de articulação, a nível dos ACES e dos serviços hospitalares;
- IV. atualização periódica e divulgação dos serviços de apoio intensivo à cessação tabágica disponíveis, e respetivos horários, junto de todos os profissionais de saúde, a nível de cada ACES, no sentido de promover o encaminhamento dos utentes fumadores aconselhados por intervenção breve;
- V. criação de “vias verdes” nos serviços de saúde, a nível do ACES, para atendimento dos profissionais das escolas que pretendam deixar de fumar, em articulação com as atividades de saúde escolar;
- VI. desenvolvimento de iniciativas de promoção da cessação tabágica, junto de grupos populacionais específicos, em particular mulheres grávidas, jovens pais,

- educadores, adolescentes, jovens adultos, e pessoas com doenças crónicas, nos serviços de saúde, nas escolas, nas universidades, nas farmácias, nos locais de trabalho e na comunidade;
- VII. estabelecimento de parcerias com outras entidades, como por exemplo o Instituto Português do Desporto e Juventude (IPDJ), as autarquias, ou organizações não governamentais, no sentido de incentivar a cessação tabágica entre os adolescentes e os jovens fumadores, ou outros grupos populacionais;
 - VIII. ampla divulgação dos serviços de apoio intensivo à cessação tabágica disponíveis, e respetivos horários, junto da população, com recurso a cartazes, folhetos, rádios e jornais locais e outros meios e tecnologias de informação e comunicação.

c) Eixo estratégico: Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco

Os efeitos nefastos na saúde, decorrentes da exposição ao fumo ambiental do tabaco, estão atualmente bem documentados, não existindo um nível seguro de exposição. Torna-se, por isso, fundamental proteger as pessoas potencialmente expostas a este risco, ajudando-as nas suas decisões e defendendo-as, em especial, quando apresentam maior vulnerabilidade, ou menor capacidade para decidir, através de intervenções como:

- I. projetos dirigidos à proteção das crianças da exposição ao fumo, em particular, em casa e no interior de veículos, privilegiando a ação junto dos pais, dos professores e dos cuidadores;
- II. divulgação de informação sobre os direitos das pessoas a espaços livres de fumo, conforme estipulado na Lei 37/2007, riscos para a sua saúde e alternativas, através da elaboração e difusão de materiais informativos sobre o fumo ambiental do tabaco;
- III. promoção de locais de trabalho sem fumo, em particular em espaços de restauração e lazer, através da sensibilização dos seus responsáveis;
- IV. realização de ações de informação e sensibilização, para a criação de ambientes livres de fumo, mobilizando parceiros e partes interessadas a nível local, como por exemplo as autarquias ou as associações da sociedade civil.

III – IDENTIFICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE PROJETOS

O PNPCT pretende identificar, apoiar e divulgar projetos de prevenção e controlo do tabagismo, que se enquadrem no preconizado na presente Orientação, e se possam constituir como uma referência de boas práticas.

Nesse sentido, deve ser enviado um resumo alargado para o endereço pnpct@dgs.pt, com a seguinte estrutura:

- I. nome do projeto;
- II. responsáveis e entidades envolvidas;
- III. horizonte temporal, ou período em que decorreu o projeto;

- IV. objetivos, metas, indicadores;
- V. população, contexto e área geográfica abrangidos;
- VI. síntese dos materiais e métodos utilizados;
- VII. processo de avaliação;
- VIII. principais resultados alcançados ou esperados;
- IX. recomendações;
- X. bibliografia.

O resumo deverá ser acompanhado de uma declaração, autorizando a sua divulgação na página *web* da DGS – www.dgs.pt, assinada pelo responsável pelo projeto, com indicação dos respetivos contactos.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

As iniciativas de promoção da saúde e de prevenção da doença a desenvolver, no âmbito do (PNPCT), pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS), devem responder a alguns princípios e orientações de boa prática, que se propõem no presente documento.

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como o processo que visa capacitar as pessoas e as comunidades para agirem sobre os factores determinantes da saúde, individual e coletiva, no sentido de a poderem controlar e melhorar. Este processo, através do aumento da literacia e do empoderamento dos cidadãos, possibilita um maior controlo do recurso saúde, contribuindo para a adoção de estilos de vida saudáveis e para o aumento da qualidade de vida. Nesse sentido, é decisivo que os indivíduos ou os grupos estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos, e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar.

Não sendo uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, dada a necessária ação sobre múltiplos determinantes, em particular, sociais, que ultrapassam a sua capacidade de intervenção, deve ser, no entanto, sua responsabilidade, promover a literacia e a capacitação dos cidadãos no domínio da saúde, através de iniciativas junto dos utentes que diariamente acorrem aos serviços ou do desenvolvimento de projetos, numa lógica de intersectorialidade, em parceria com as estruturas da comunidade.

Promover a saúde envolve a noção de processo, de impulso, de estímulo em direção ao aumento do bem-estar geral. Esta abrangência permite incluir, não só a prevenção da doença, enquanto orientação para a ação antecipada em relação a eventual dano, que poderá ser provocado por agente agressor ou doença específica, mas, também, uma perspetiva salutogénica, de desenvolvimento de “ativos em saúde”, ou seja, de recursos e potencialidades individuais, familiares e sociais.

As iniciativas a desenvolver devem assentar numa abordagem inclusiva, que contribua para a redução das desigualdades em saúde. Com este objetivo, deve ser dada uma especial atenção

aos grupos populacionais mais vulneráveis à iniciação e à dependência do consumo de tabaco, em particular os jovens, as mulheres, os mais desfavorecidos e as pessoas com problemas de saúde mental ou outras comorbilidades.

A Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco dedica o artigo 12.º à “Educação, comunicação, formação e consciencialização do público”.

Este artigo salienta o papel da educação, enquanto factor essencial para exercício pleno dos direitos humanos e liberdades fundamentais, e realça o papel das estratégias educativas e de comunicação na prevenção e controlo do tabagismo. Nesse sentido, as estratégias de informação, de educação e de comunicação devem ser mobilizadas com o objetivo de aumentar a literacia, individual e coletiva, e provocar mudanças sociais, em relação ao consumo e à exposição ao fumo do tabaco.

A participação da sociedade civil é, também, valorizada, de modo a suscitar uma atitude de apoio público e conferir um maior poder de mudança às iniciativas e programas educativos e de promoção da saúde.

O avanço científico possibilitou aos profissionais de saúde condições para uma abordagem mais efetiva na prevenção da doença, mas também um melhor conhecimento sobre as condições necessárias para manter estilos de vida saudáveis. São estas competências que devem ser colocadas ao dispor das pessoas, dos grupos e da comunidade, cumprindo a missão para a qual estão preparados.

Por outro lado, tendo presente a importância da aprendizagem social por modelação, importa não esquecer que os profissionais de saúde são, eles mesmos, instrumentos de intervenção, servindo como referência de comportamento no domínio da saúde. Assim, devem abster-se de fumar em público, de modo a que a mensagem de aceitabilidade social do não consumo e da não exposição ao fumo do tabaco não seja debilitada pelo seu exemplo.

BIBLIOGRAFIA

1. Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, Orleans CT, Barker DC, Ruel EE. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ*. 2000 5 Aug. (321): 333–337. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27448/pdf/333.pdf>
2. Alvarez-Dardet C, Ruiz Cantero, MT. Patrimonio de salud: son posibles las políticas salutogénicas?. *Rev Esp Salud Publica [em linha]*. 2011, 85 (2): 123-127. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n2/01_editorial.pdf
3. Antonosky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996;11(1):11-18.
4. Blas E, Kurup AS (edits). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf
5. Carvalho A, Carvalho G. *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Camarate: Lusociência; 2006
6. Chiefari *et al.* *Comprehensive tobacco control guidance document*. Ontário: Standards, Programs & Community Development Branch. Ministry of Health Promotion; May 2010. <http://www.mhp.gov.on.ca/en/healthy-communities/public-health/guidance-docs/ComprehensiveTobaccoControl.PDF>
7. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003:39-53.
9. Nunes E *et al.* *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013. Consultável em www.dgs.pt.
10. Direção-Geral da Saúde – Programa-tipo de cessação tabágica. Circular normativa n.º 26/DSPPS, de 28/12/2007. Consultável em www.dgs.pt.
11. European Commission. *The evidence of health promotion effectiveness, shaping public health in a new Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels: IUHPE; 2000.
12. Feijão, F. *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – 3.º ciclo e Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); 2012.*
13. Hernán García, M; Lineros González C. *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP); 2009. Disponível em: http://www.1decada4.es/temporal/adolescenciayestigma/documentos/Hernan_Los_activos_para_la_salud.pdf

14. International Conference. The Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November; 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
15. Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. [em linha]. Preventing Chronic Diseases. 2012 9: 1-9. Disponível em http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/pdf/11_0324.pdf.
16. Laverack G. Promoção da saúde: poder e empoderamento. Lusodidacta; 2004.
17. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde: dos fundamentos à ação. Coimbra: Almedina; 2010.
18. Miller, W, Rose, G. Toward a theory of motivational interviewing. American psychologist, 2009 64 (6): 527-537. Disponível em: [http://www.motivationalinterview.org/Documents/nihms146933%20\(1\).pdf](http://www.motivationalinterview.org/Documents/nihms146933%20(1).pdf)
19. Minnesota Department of Health, Center for Health Promotion. Prevention Planning Tools: A self-guided set of tools for use with community partners. St Paul MN; 2001. Disponível em: <http://www.health.state.mn.us/macros/search/index.html?q=Mobilizing+Your+Community+to+Promote+Health&cx=001025453661958716519%3Aj2323tveixc&cof=FORID%3A10&ie=UTF-8&submit=GO>
20. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion and Education 2007; Suppl. 2: 17-22. Disponível em: http://ped.sagepub.com/content/14/2_suppl/17.full.pdf+html
21. Nunes. E. Mais vida sem tabaco. 15 passos para deixar de fumar. Direção-Geral da Saúde; 2006. Disponível em www.dgs.pt
22. Oullier O, Sauneron S, (Coord). Nouvelles approches de la prévention en santé publique - L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences. La Documentation française. Paris: Centre d'analyse stratégique, 2010. Disponível em: http://www.afpssu.com/ressources/nouvelle_approche_sante_publicue.pdf
23. Ravara SB, Calheiros JM, Aguiar P, Barata LT. Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. BMC Public Health 2011 (11)720. 1-11. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-720.pdf>
24. Rivera de los Santos F; Ramos Valverde P, Moreno Rodriguez C, Hernan Garcia M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev. Esp. Salud Publica [em linha]. 2011; 85 (2): 129-139. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n2/02_colaboracion1.pdf.
25. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J. *et al.* (editors). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Geneva: WHO, 2001.

26. Sardinha L, Matos M, Loureiro I. Promoção da Saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana (FMH); 1999.
27. Smoke-Free Ontario – Scientific Advisory Committee. Evidence to Guide Action: Comprehensive Tobacco Control in Ontario. Toronto, ON: Ontario: Agency for Health Protection and Promotion; 2010. Disponível em: <http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Evidence%20to%20Guide%20Action%20-%20OCTC%20in%20Ontario%20SFO-SAC%202010E.PDF>
28. State Government of Victoria; Cancer Council of Victoria. The Victorian prevention and health promotion achievement program. Early childhood education and care services. Tobacco benchmarks. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/455A13BD3D358122CA257A2B007D490F/\\$FILE/Tobacco%20control%20benchmarks%20for%20early%20childhood%20education%20and%20care%20services.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/455A13BD3D358122CA257A2B007D490F/$FILE/Tobacco%20control%20benchmarks%20for%20early%20childhood%20education%20and%20care%20services.pdf)
29. The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion. Introduction à la planification de programmes de promotion de la santé. Toronto: Université de Toronto; 2010.
30. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A *et al.* Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: Systematic review Tobacco Control 2008; 17: 230–237. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565568/pdf/CLU-17-04-0230.pdf>
31. US Community Preventive Services Task Force – The Guide to community preventive services. Increasing tobacco use cessation. Last updated: may 2012a. Disponível em: www.thecommunityguide.org/tobacco/cessation/index.html.
32. US Community Preventive Services Task Force – The Guide to community preventive services. Reducing tobacco use initiation. Last updated: 29 march, 2012b. Disponível em: www.thecommunityguide.org/tobacco/initiation/index.html.
33. US Department of Health and Human Services – Best practices for comprehensive tobacco control programs - 2007. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2007.
34. US Department of Health and Human Services – Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2003.
35. US Department of Health and Human Services – Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012. Disponível em: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>



36. Wait S, Kickbusch I, Maag D, Saan H, McGuire P, Banks I. Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future, 2005.
37. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World: The 6th Global Conference on Health Promotion. 11 August 2005. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/.
38. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation. Article 12.º. Geneva: WHO; 2011. Disponível em: http://www.who.int/fctc/protocol/guidelines/adopted/article_12/en/.
39. World Health Organization, Health Promotion. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
40. World Health Organization. Empower Women. Combating tobacco industry marketing in the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2010. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0014/128120/e93852.pdf.
41. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

Francisco George
Diretor-Geral da Saúde