

PORTUGAL SEM FUMO 2009

PRINCIPAIS CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DE PERITOS

O tabaco representa, por si só, a maior causa de morte prematura e doença na União Europeia. Segundo as estimativas mais moderadas, em 2002 morreram na EU-25 79.000 adultos, incluindo 19.000 não fumadores, devido à exposição ao fumo do tabaco em casa (72.000) e no local de trabalho (7.300).

A Resolução do Conselho da Comunidade Europeia de 1989 e a Recomendação sobre a Prevenção do Tabagismo de 2002 convidaram os Estados Membros (EM) a proporcionar protecção contra a exposição ao fumo de tabaco directo e indirecto em locais de trabalho fechados, recintos públicos fechados e transportes públicos.

Para além da acção legislativa, duas campanhas para controlo do tabagismo nos meios de comunicação social – “Não hesites em dizer não” e “HELP: por uma vida sem tabaco” – procuraram, entre outros aspectos, chamar a atenção para os riscos do fumo de tabaco directo e indirecto.

Em 2007, a Comissão Europeia lançou um debate público sobre a melhor forma de promover zonas sem fumo na União Europeia através do Livro Verde intitulado “Por uma Europa sem Fumo: Opções estratégicas a nível comunitário”.

Actualmente, já vigoram políticas para controlo do Tabagismo em 10 países da EU, sendo que o Reino Unido e a Irlanda correspondem àqueles em que as disposições legais são mais restritivas.

O último Inquérito Eurobarómetro sobre Tabaco, de Março de 2009, mostrou que as políticas “de prevenção e controlo do tabagismo” têm cada vez mais apoiantes na Europa:

- 84% são favoráveis à interdição do tabaco em escritórios e noutros locais de trabalho fechados;
- 77% defendem esta interdição em restaurantes e
- 61% em cafés e bares.

Sumariamente, desde 2007, Portugal tem vindo a desenvolver uma política tendente a uma maior protecção dos cidadãos à exposição involuntária ao fumo do tabaco (Lei nº 37 /2007). No entanto, a legislação contém significativas ambiguidades verificando-se profundas lacunas, nomeadamente de monitorização e fiscalização do cumprimento dos normativos em vigor e uma resposta incipiente de cuidados de saúde, de dinâmicas para a promoção da saúde e prevenção do tabagismo, bem como, do reforço de apoio económico-financeiro aos grupos mais desfavorecidos e/ou vulneráveis.

Um estudo de impacte da Lei de prevenção do tabagismo na população de Portugal Continental, realizado em 2008 pela DGS com a colaboração do INSA, concluiu que 55% dos cidadãos inquiridos considera que a Lei não é penalizadora para os fumadores. A grande maioria dos inquiridos (94%) considerou que a Lei é protectora da sua saúde, embora só 35% afirmasse que a Lei é totalmente respeitada. Mais de metade dos fumadores portugueses inquiridos (53%) confirmou fumar em casa (sempre ou ocasionalmente). Quanto ao impacte da Lei nas atitudes e comportamentos dos fumadores verificaram-se apenas pequenas alterações relativamente ao hábito de fumar em casa na presença de crianças, grávidas e não fumadores. No que se refere aos efeitos da mesma ao nível da cessação tabágica na população total verificou-se que só 0,8% dos fumadores deixou de fumar e 3,7% afirmaram ter reduzido o consumo de tabaco.

Em 2007, a DGS publicou e divulgou amplamente o Programa-Tipo de actuação em Cessação Tabágica. Em 2009, a pedido desta entidade, foi nomeado um grupo de trabalho multidisciplinar de peritos reconhecidos na área do tabagismo e com responsabilidades no domínio do sector público da saúde, para desenvolverem uma análise crítica e apresentarem uma “Proposta de Apoio Financeiro na Aquisição de Medicamentos para a Cessação Tabágica” (www.dgs.pt). Este grupo elaborou 5 propostas alternativas para a comparticipação do Estado no Preço de Venda ao Público de Medicamentos de apoio à Cessação Tabágica. Não obstante, o referido grupo foi unânime quanto à necessidade do financiamento. Sabendo-se que a medicação poderá duplicar a triplicar o sucesso da intervenção, facilitar o acesso a custo acessível ao tratamento farmacológico aumenta a proporção de fumadores que utiliza medicação, que tenta parar de fumar e que pára com sucesso. Este grupo, baseado nos resultados do trabalho de Gouveia et al, de 2007 e 2008 sobre a carga e os custos das doenças relacionadas com o tabagismo, estimou que se os fumadores, que desejam parar de fumar e procuram ajuda de um profissional de saúde para o fazer, quer através de tratamento farmacológico quer comportamental, fossem apoiados neste sentido, os custos redutíveis (dinheiro que o Estado deixaria de gastar pelo tratamento das doenças relacionadas com o consumo de tabaco) correspondentes a cerca de 5% dos fumadores, seriam da ordem dos 7,7 Milhões de Euros, caso a taxa de sucesso fosse de 100%.

A CE adoptou este ano, após uma ampla consulta aos Estados Membros (EM), uma proposta de Recomendação do Conselho que insta todos aqueles a apresentarem até 2012 legislação para protecção dos seus cidadãos contra a exposição ao fumo do tabaco. Importa por isso, perspectivar como pode Portugal responder a este desafio e procurar responder com medidas efectivas às 3 principais Recomendações:

- **Recomendação 1:** Adopção e aplicação de leis que garantam a plena protecção dos cidadãos contra a exposição ao fumo do tabaco em locais públicos fechados, locais de trabalho e transportes públicos, em conformidade com o artigo 8º da Convenção - Quadro de Controlo do Tabagismo, no prazo de 3 anos após a data de adopção da Recomendação;
- **Recomendação 2:** Reforço da legislação de controlo do tabagismo recorrendo a medidas de apoio, como a protecção das crianças, incentivos à cessação tabágica e a aposição de advertências ilustradas nos maços de tabaco;
- **Recomendação 3:** Reforço da cooperação a nível da UE, instituindo para o efeito uma rede de pontos focais nacionais no domínio do controlo do tabagismo.

O painel de peritos do Portugal sem Fumo, no debate aprofundado sobre o tema (2 de Novembro 2009, ENSP), elencou um vasto conjunto de Recomendações / Propostas a implementar ao longo dos próximos 3 anos visando a concretização das Recomendações acima citadas.

No que se refere à primeira Recomendação do CE, o painel reflectiu sobre como agir a nível nacional para garantir uma maior efectividade da actual lei (ou a sua alteração/reformulação, uma vez que em 2010 será efectuado o primeiro relatório a ser entregue na Assembleia da República de acordo com o artigo 24º, da Lei nº 37 / 2007) de forma a garantir um Portugal sem Fumo em 2012. O primado da informação sobre as consequências do tabagismo assim como a formação e a responsabilização dos profissionais de saúde sobre a abordagem aos doentes devem ser implementados de forma concertada e continuada, envolvendo a sociedade civil, dando ênfase aos benefícios resultantes da adopção de estilos de vida saudáveis.

Por outro lado, considera-se fundamental desenvolver legislação que se traduza por “Espaços 100% Livres de Fumo”, nomeadamente através da remoção de ambiguidades da actual Lei, incentivos ao seu efectivo cumprimento, melhor definição e maior responsabilização na fiscalização e publicitação dos casos de não cumprimento e cumprimento exemplar da mesma, entre outros, nos “sites” da DGS e Portal da Saúde. Seria útil, que à semelhança do que acontece com a monitorização do consumo de tabaco, fosse criado um dispositivo informativo (tipo “Observatório”) que pudesse proceder à monitorização do cumprimento da Lei.

Importa também criar uma “plataforma” de cooperação que congregue e envolva todos os actores, incluindo o poder local, com capacidade de intervenção quer no processo de informação, educação, prevenção ou tratamento do tabagismo, quer no planeamento estratégico de uma abordagem eficaz e integrada para a redução da carga comunitária das doenças atribuíveis ao tabagismo e dos custos a estas associados.

Há ainda outras áreas de investimento que importa ressaltar tais como:

- Intervenções com carácter de continuidade, segmentadas e diferenciadas, por grupos vulneráveis (crianças e jovens, grávidas e fumadores socialmente desfavorecidos) e populações específicas (por exemplo: 1. doentes com patologias específicas – asma, doença pulmonar crónica obstrutiva (DPOC), doenças cardiovasculares, certos tipos de cancro – ou com maior incidência de fumadores – doentes psiquiátricos; 2. planeamento familiar e actividades associadas quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários quer dos médicos obstetras; 3. saúde oral; 4. Bombeiros e Forças de Segurança (públicas e privadas);

- Afectação de uma proporção significativa dos impostos sobre o tabaco para acções de controlo do tabagismo em geral e da cessação tabágica em particular, acções de promoção da saúde e prevenção da doença, verificação da efectividade da Lei (fiscalização e monitorização) e que suportem também a intervenção comunitária (ONG, etc.) visando a mudança da actual norma cultural. Seria importante também desenvolver campanhas de Marketing Social, executada por profissionais do ramo, e com o nível de investimento necessário para que conseguissem impor-se à “máquina” de Marketing da indústria tabaqueira.

- Reforço das estratégias e aplicação no terreno de medidas integradas no Plano Nacional de Saúde (2011-2020), visando a prevenção efectiva das doenças crónicas (cancro, doenças respiratórias crónicas e doenças cardiovasculares). Volta-se a salientar, por unanimidade, e no terceiro ano consecutivo, que o impacto do tabagismo na saúde e os custos daí inerentes justificariam um Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do tabagismo.

Quanto à segunda Recomendação do CE, procedeu-se à análise da forma como se poderá reduzir o impacto negativo do fumo de tabaco directo e indirecto sobre a saúde e a qualidade de vida, através da redução do número de fumadores.

Ressalta aqui como fundamental melhorar o acesso do fumador, que quer parar de fumar, aos profissionais de saúde através do incremento do apoio intensivo em consulta (Artigo 21º, Lei 37/2007) mas também, de uma forma ainda mais abrangente, através da universalização da intervenção breve, a executar por todos os profissionais de saúde em todos os actos em saúde (ex: quando se executa um RX ou um electrocardiograma, durante um internamento, etc.). Para tal, torna-se necessária também uma abordagem sistemática nos vários níveis de resposta do Sistema de Saúde e em diferentes contextos profissionais e/ou sociais (ex: nas empresas, nas associações comunitárias, etc.), recorrendo sempre que possível a equipas pluridisciplinares. No entanto, tal só fará sentido se o acesso aos serviços de saúde estiver facilitado de forma que os momentos de motivação para deixar de fumar sejam maximizados e os profissionais utilizem todas as “janelas de oportunidade” que surjam.

Emerge com grande importância a necessidade de um modelo de intervenção populacional de base comportamental que vise a já referida mudança da norma cultural, através da qual seja atribuída ao tabaco a sua relevância como o principal factor de risco prevenível, que é possível deixar de fumar e contribuir para a não iniciação dos mais jovens.

O reforço e publicitação de pontos de acesso a recursos de apoio mais abrangentes, como sites de informação específica e credível na INTERNET (detentoras do selo de qualidade internacional), linhas de atendimento telefónico tipo SOS, programas educacionais interactivos dirigidos aos jovens, acções de informação / sensibilização que os farmacêuticos comunitários possam exercer junto das comunidades que servem a partir da rede de farmácias nacional, divulgação de informação através dos sites de Sociedades Científicas e Associações de Doentes, entre outros.

Salientamos ainda outras medidas dirigidas particularmente aos mais jovens visando a aquisição precoce e sustentada de estilos de vida saudáveis:

- A promoção da actividade física e de comportamentos alimentares saudáveis (por ex: formação e promoção de escolhas saudáveis e equilibradas nas escolas, incluindo a prevenção e controlo da iniciação precoce e consumos excessivos de álcool);

- Articulação mais eficiente entre os Ministérios da Educação e da Saúde e outros parceiros sociais visando a integração destas estratégias nas matérias dos *curricula* escolares e participação alargada da comunidade e dos docentes. De facto, a área do tabagismo já integra o *Curriculum* Nacional do Ensino Básico, desde o 3^a ano do 1^o Ciclo. Todavia interessaria avaliar até que ponto é que este é devidamente implementado e quais os seus resultados práticos.

A discussão centrou-se em seguida na necessidade de alterar os padrões de medição da produção do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente no que respeita às consultas de cessação tabágica e sua referenciação. A utilização de registos electrónicos uniformizados, de indicadores de resultados em saúde e de linguagem classificada comum aos vários intervenientes são requisitos para tal. Assim, deve ficar garantida que todos os tipos de intervenção são devidamente registados e valorizados (ex: apoio comportamental, apoio telefónico, tal como contemplado no Programa Tipo de Actuação em Cessação Tabágica).

O debate centrou-se em seguida na discussão sobre que alternativas e soluções poderão ser viáveis num quadro político favorável ao financiamento pelo Estado de terapêuticas para a cessação tabágica, mas garantindo a sustentabilidade do Sistema de Saúde.

Neste sentido, foi considerado prioritária a introdução de Terapêutica de Substituição Nicotínica nos formulários hospitalares, disponibilizando assim apoio medicamentoso a doentes internados em síndrome de privação.

Foi também considerado prioritário o financiamento dos medicamentos de 1^a linha para a cessação tabágica para todos os fumadores em programas de cessação que cumpram as Recomendações do Programa-Tipo, quer para a intervenção breve, quer para a intervenção intensiva. O financiamento do tratamento farmacológico melhora e aumenta a probabilidade da cessação e tem um valor simbólico ao equiparar o tabagismo a outras doenças e factores de risco relacionados com comportamentos: obesidade, hipertensão arterial, dislipidémia e infecção por VIH. Para maximizar a qualidade da intervenção clínica deverá ser facilitada em tempo útil a referenciação e o acesso ao nível de cuidados mais adequado e efectivo para acompanhamento do percurso de cessação tabágica dos doentes.

Torna-se fundamental priorizar o registo de hábitos tabágico nos utentes do SNS, bem como a implementação de ferramentas de suporte a esse registo clínico por todos os profissionais de saúde intervenientes no processo do cuidado ao doente. Desta forma conseguem potenciar-se todas as janelas de oportunidade (incluindo a oportunidade de intervir através da metodologia ABC – *ask, brief intervention, cessation*) oferecidas sempre pelos profissionais de saúde quer estejam perante um fumador motivado para deixar de fumar quer pretendam promover a sua motivação.

Finalmente, para responder à terceira Recomendação da CE, discutiu-se como implementar uma rede integrada de observação e análise da qualidade clínica das intervenções na cessação tabágica, a nível nacional, utilizando indicadores adequados de monitorização das mesmas.

Estes indicadores de avaliação dos resultados da intervenção ao nível da cessação tabágica estão disponíveis em Recomendações Internacionais baseadas na evidência científica actual, devendo ser aplicados de um modo sistemático e uniforme. Para tal é indispensável sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a necessidade e prioridade do registo sistemático dos hábitos tabágicos e sua evolução (preferencialmente num registo único, electrónico e centralizado), dos diagnósticos associados ou agravados pelo tabagismo, das intervenções terapêutica (medicamentosa e outras), e sua efectividade, assim como monitorização e acompanhamento no período pós-cessação.

Esta rede seria constituída por todos os profissionais de saúde com intervenção na área do tabaco, e a base de dados alimentada pelos registo clínicos sistemáticos já referidos (hábitos tabágicos, intervenções, fármacos e resultados) os quais permitirão a monitorização, acompanhamento, análise e avaliação por grupo de peritos a nomear para o efeito. Os pontos de observação poderão ficar sediados nas Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), ou outras a definir após consulta dos principais intervenientes nesta área.

Em conclusão, pode afirmar-se que - uma Nação mais saudável é inequivocamente uma Nação que conhece e defende os mecanismos de protecção e promoção da saúde de todos os seus cidadãos. Sendo o controlo do tabagismo a medida preventiva de máximo custo-benefício, a ignorância desta realidade traduz-se, entre nós, por fracassos significativos onde outros Países têm demonstrado sucessos relevantes – Plano Oncológico Nacional, Plano de Prevenção das Doenças Cardiovasculares, Plano de Prevenção das Doenças Respiratórias Crónicas.

O painel de peritos do Portugal sem Fumo considera que à prevenção e controlo do tabagismo deveria ser dada a máxima prioridade e as estratégias recomendadas deveriam ser aplicadas, no maior interesse público, sem qualquer tibieza ou hesitação, baseada na estratégia MPOWER da Organização Mundial de Saúde através da qual se reforça a importância destas estratégias serem multifacetadas e integradas.

Assim recomenda que a ênfase seja colocada simultaneamente em seis pilares

- **Monitor** - Monitorizar o uso do tabaco e suas consequências
- **Protect** - Proteger as pessoas do fumo do tabaco
- **Offer help** – Oferecer apoio para o abandono do uso do tabaco
- **Warn** – Avisar sobre os riscos do tabaco
- **Enforce** – Aplicar a legislação abolindo qualquer propaganda, promoção ou patrocínio
- **Raise** – Aumentar os impostos sobre o tabaco

PERITOS DO PAINEL

Moderadora: Ana Escoval – Professora Auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública

- Agostinho Marques – Director, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- Carlos Dias – Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública
- Cristiana Fonseca – Presidente da Direcção, Liga Portuguesa contra o Cancro
- Fátima Santos - Divisão de Segurança de Serviços e Bens de Consumo, Direcção Geral do Consumidor
- Fátima Vaz – Serviço de Oncologia Médica, IPO Lisboa
- Francisco Amaral – Presidente, Câmara Municipal de Alcoutim
- Helena Febra – Núcleo Doenças Cardiovasculares, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
- Ivone Pascoal – Coordenadora Nacional da Comissão de Tabagismo, Sociedade Portuguesa de Pneumologia
- José Manuel Calheiros – Presidente, Sociedade Portuguesa de Tabacologia
- José Antunes – Director, Jornal Tempo Medicina
- Luís Rebelo – Presidente, Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo
- Margarida Borges – Vogal Conselho Administração, ARS Lisboa e Vale do Tejo
- Maria da Conceição Gomes – Coordenadora, Centro de Diagnóstico Pneumológico (Centro de Saúde da Alameda)
- Marta Lima Basto – Comissão de Coordenação do Programa de Doutoramento em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian
- Miguel Gouveia – Professor, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais, Universidade Católica de Lisboa
- Pais Clemente – Instituto da Droga e da Toxicodependência
- Rita Santos – Gestora de Programa, Área do Tabagismo, Associação Nacional de Farmácias
- Saboga Nunes – Professor, Escola Nacional de Saúde Pública
- Sofia Pimenta – Instituto Português da Juventude
- Sofia Ravara - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior; Centro Hospitalar da Cova da Beira, Comissão de Prevenção de Tabagismo; Sociedade Portuguesa de Tabacologia
- Teles de Araújo – Presidente, Observatório Nacional de Doenças Respiratórias e Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias
- Víctor Gil – Director de Serviço de Cardiologia, Hospital Amadora-Sintra; Fórum Médicos sem Tabaco