



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

RELATÓRIO TÉCNICO

Direção de Serviços de
Prevenção da Doença e
Promoção da Saúde

AVALIAÇÃO DE IMPACTO DA LEI DO TABACO COM FOCO NA EQUIDADE

JUNHO 2014

Trabalho produzido em colaboração com a
Direção de Serviços de Informação e Análise



Índice

1.	Enquadramento	3
2.	Objetivos	4
3.	Avaliação de Impacto com foco na Equidade	4
3.1.	<i>Screening e Scoping</i>	5
3.1.1.	Legislação.....	5
3.1.2.	Preço do tabaco e impacto no consumo	8
3.1.3.	Equidade e consumo de tabaco	8
3.2.	Identificação dos Impactos.....	9
3.2.1.	Tendências de consumo	10
3.2.1.1.	Prevalência do consumo de tabaco.....	10
3.2.1.2.	Início do consumo de tabaco.....	10
3.2.1.3.	Acesso ao tabaco.....	10
3.2.2.	Indicadores de Estado de Saúde	11
3.2.2.1.	Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco	11
3.2.2.2.	Mortalidade e morbilidade associadas ao tabaco.....	11
3.2.2.3.	Perceção de melhorias na saúde	14
3.2.3.	Equidade na distribuição dos impactos.....	15
3.2.3.1.	Escolaridade.....	15
3.2.3.2.	Condição laboral.....	16
3.2.3.3.	Dificuldade em pagar as contas	16
3.2.4.	Impactos por região	17
3.2.4.1.	Consumo de tabaco por regiões	17
3.2.4.2.	Mortalidade estandardizada por região	17
3.2.5.	Cessaçãotabágica.....	18
3.2.5.1.	Consultas de Cessaçãotabágica por região – Evolução 2007/2011	19
3.2.6.	Atitude e Perceção face às medidas de Prevenção.....	20
3.2.7.	Evolução dos Impostos	21
3.2.8.	<i>Focus group</i>	21
3.3.	Avaliação de impactos (<i>Assessment</i>)	22
3.4.	Recomendações	23
3.5.	Monitorização e Avaliação (<i>HIA Evaluation</i>)	23
4.	Algumas referências bibliográficas	25

Enquadramento

A Direção-Geral da Saúde (DGS) no âmbito das funções estabelecidas pelo Decreto Regulamentar n.º 14/2012 de 26 de janeiro tem, entre outras, a atribuição de acompanhar a execução das políticas e programas do Ministério da Saúde, bem como elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação, sem prejuízo das competências da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., em matéria de planeamento económico-financeiro e de recursos humanos (Artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012). No âmbito da Direção de Serviços de Informação e Análise da DGS (DSIA), nos termos da Portaria n.º 159/2012 de 22 de maio, cabe a esta Direção de Serviços elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação de programas, de serviços de saúde e do impacto das intervenções de saúde (Portaria n.º 159/2012, artigo 4º).

Neste sentido, a DSIA está a desenvolver, em conjunto a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma atividade que pressupõe a aplicação da metodologia de avaliação de impacto na saúde (*Health Impact Assessment*) às alterações provocada pela Lei 37/2007 de 14 de Agosto, que executa o disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco. Esta Convenção Quadro estabelece, como o princípio geral, a imposição de limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados a utilização coletiva de forma a garantir a proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco. Esta atividade conjunta está integrada no Acordo de Colaboração Bianual 2012-2013 (*Biennial Collaborative Agreement -BCA-*) estabelecido entre o Ministério da Saúde Português e a OMS e que, entre outros, tem como objetivo específico a aquisição de competências no domínio do desenvolvimento de Saúde em Todas as Políticas e, nomeadamente o desenvolvimento de competências de avaliação de impacto, sobretudo no campo da equidade.

O desenvolvimento de avaliações de impacto e o desenvolvimento de políticas e intervenções de saúde de combate às desigualdades em saúde foi recomendado pela OMS na Avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Esta avaliação recomendou que um novo Plano Nacional de Saúde deveria fortalecer a capacidade do Ministério da Saúde para promover ações e avaliações de impacto a um nível intersectorial. Neste âmbito, o PNS 2012-2016 estabeleceu um compromisso com a equidade, considerando-a um eixo estratégico.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 estabelece um compromisso alargado com o objetivo de desenvolver a avaliação de impacto e, através deste instrumento, melhorar a capacidade de avaliar a saúde e os impactos decorrentes de políticas de outros sectores na saúde e na equidade.

A avaliação de impacto permitirá conhecer em que medida a Legislação Portuguesa de Prevenção e Controlo do Tabagismo (Lei 37/2007 de 14 de Agosto) (proibição de fumar em determinados espaços), acompanhada do aumento dos preços foi efetiva na redução da prevalência do tabagismo, assim como analisar a distribuição dos potenciais impactos na população, segundo o gradiente social na saúde (foco na equidade). Este trabalho permitirá saber se a legislação do tabaco provocou impactos desiguais na saúde, em particular nos grupos vulneráveis da população. Esta análise retrospectiva da informação relativa à lei 37/2007 permitirá desenvolver uma avaliação de impacto prospetiva tendo em vista a elaboração de nova legislação nesta área. Este olhar o passado tendo vista o futuro permitirá desenvolver recomendações mais adequadas e efetivas, acrescentando valor ao processo de planeamento e tomada de decisão.

1. Objetivos

O objetivo geral desta avaliação de impacto, com foco na equidade, consiste em desenvolver uma avaliação dos potenciais impactos na saúde da Lei 37/2007, tendo em vista informar e apoiar o processo de tomada de decisão na conclusão da nova legislação na área do tabaco.

Constituem-se como objetivos específicos desta atividade:

- Utilizar a metodologia de avaliação de impacto para analisar o impacto da legislação de prevenção e controlo de tabagismo em Portugal (Lei 37/2007);
- Identificar a distribuição dos impactos da legislação na saúde dos portugueses – foco na equidade em saúde;
- Desenvolver recomendações tendo em vista a equidade na prevenção e controlo do tabagismo na nova legislação.

2. Avaliação de Impacto com foco na Equidade

A metodologia de Avaliação de Impacto com foco na Equidade permite analisar de modo complementar e estruturado a distribuição potencial dos impactos de uma intervenção (por exemplo uma lei) na saúde da população, assim como em determinados grupos populacionais. Através desta metodologia a medida em análise e os potenciais impactos são analisados segundo a perspetiva da equidade: equidade nos objetivos e equidade nos resultados.

A metodologia de avaliação de impacto deve ser utilizada à priori da implementação de uma nova intervenção, de modo a que possam ainda ser efetuadas mudanças em função dos impactos analisados.

Atualmente, o valor acrescentado trazido por esta atividade prende-se com a janela de oportunidade que existe, pois estão previstas mudanças na legislação, assim como um aumento de imposto sobre o tabaco no orçamento de estado para 2014. Neste contexto a avaliação de impacto representa uma oportunidade para fazer recomendações relativas à execução da Lei no que diz respeito à maximização dos impactos potenciais à saúde atingindo todas as pessoas na com vista à maior equidade em saúde.

A avaliação de impacto é uma metodologia estruturada, com uma abordagem orientada para a ação, tendo em vista maximizar os potenciais impactos positivos e minimizar os impactos negativos.

Esta metodologia é constituída por um conjunto de etapas: *Screening*, *Scoping*, Identificação dos Impactos, Avaliação dos impactos (*Assessment*); Recomendações, Avaliação e Monitorização (*Evaluation of HIA*).

De seguida serão apresentadas cada uma das etapas.

2.1. *Screening e Scoping*

O *screening* refere-se à etapa inicial e permite concluir se a avaliação de impacto é uma metodologia adequada para os objetivos que se pretendem alcançar.

A realização do *screening* permitiu descrever a legislação em causa, ter um conhecimento dos potenciais impactos a analisar, considerar os recursos necessários e compreender a janela de oportunidade existente para influenciar o processo de tomada de decisão (momento em que o governo se prepara para revê-la legislação, bem como as recomendações do Memorandum de Entendimento (*Morandum of Understanding* – MoU) sobre a necessidade de aumento do imposto sobre o tabaco).

O *scoping* consiste na segunda etapa da avaliação de impacto e envolve o planeamento e o desenho do estudo. A realização deste permitiu desenvolver o desenho do estudo, nomeadamente definir os impactos a analisar e os agentes a envolver.

O *screening* e o *scoping* foram preparados no início do projeto a propósito de um *workshop* de capacitação em avaliação de impacto desenvolvido em conjunto com a OMS. Estas duas etapas foram fundamentais para o desenvolvimento do projeto, tendo-se optado por desenvolver uma Avaliação de Impacto Rápida com foco na Equidade, adotando-se assim uma orientação Prospetiva. Estas opções estão relacionadas com os recursos disponíveis (recursos humanos e informação disponível), com características da intervenção a analisar e com os impactos potenciais esperados. Assim, considerou-se pertinente desenvolver uma avaliação de impacto rápida que decorresse durante um período de tempo breve e fornecesse um conhecimento detalhado dos impactos, utilizando-se a análise da informação já existente e um debate com peritos. Por sua vez, a orientação prospetiva justifica-se pela pretensão em estudar os impactos de uma futura legislação que reforce as medidas tendentes a evitar o consumo de tabaco desde a população mais jovem e a garantir, de modo mais amplo e equitativo, a proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco, em particular das crianças e dos trabalhadores em locais de trabalho fechados.

2.1.1. Legislação

Lei 37/2007 de 14 agosto

O consumo de tabaco é atualmente a principal causa prevenível de doença e de morte, nomeadamente de morte prematura, contribuindo para seis das oito principais causas de morte verificadas anualmente em todo o mundo. No sentido de criar condições globais para prevenir e controlar o consumo de tabaco, a Organização Mundial da Saúde promoveu a negociação de uma Convenção-Quadro, que veio a ser aprovada, por unanimidade, na 56.^a Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2003. Esta Convenção foi assinada por Portugal em 9 de janeiro de 2004, tendo sido aprovada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro.

A Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, deu execução ao disposto na Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco, estabelecendo normas tendentes à prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo, à venda a menores e através de

meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

Especificamente a Lei 37/2007 de 17 de agosto que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008 estabeleceu:

- Limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destinados à utilização coletiva de forma a garantir a proteção da **exposição ao fumo ambiental** do tabaco.
- É proibido fumar nos seguintes locais:
 - Onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas coletivas públicas;
 - Nos locais de trabalho;
 - Nos locais de atendimento direto ao público;
 - Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
 - Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
 - Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;
 - Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;
 - Nos centros de formação profissional;
 - Nos museus, coleções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, nos centros culturais, nos arquivos e nas bibliotecas, nas salas de conferência, de leitura e de exposição;
 - Nas salas e recintos de espetáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espetáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;
 - Nos recintos de diversão, nos casinos e nos recintos destinados a espetáculos de natureza não artística;
 - Nas zonas fechadas das instalações desportivas;
 - Nos recintos das feiras e exposições;
 - Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;
 - Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento;
 - Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;
 - Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respetivo pessoal;
 - Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;
 - Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;

- Nas instalações do metropolitano afetas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;
- Nos parques de estacionamento cobertos;
- Nos elevadores, ascensores e similares;
- Nas cabinas telefónicas fechadas;
- Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;
- Em qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência, da administração ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.
- Nos veículos afetos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos.

Para além da proibição de fumar em espaços fechados, da proibição de fumar parcial a legislação em vigor estabelece mais restrições à publicidade (proibição de fumar e promoções de vendas proibidas).

Política fiscal e medidas de austeridade

Em termos de política fiscal e medidas de austeridade verifica-se que o MoU estabeleceu um aumento dos impostos especiais sobre o consumo para obter uma receita de, pelo menos, 250 milhões de euros em 2012. Em particular, através do aumento do imposto sobre o tabaco.

O imposto incidente sobre os produtos do tabaco tem dois elementos: um específico e outro *ad valorem*. Relativamente ao elemento específico, a unidade tributável é constituída pelo milheiro de cigarros. O elemento *ad valorem* resulta da aplicação de uma percentagem única aos preços de venda ao público de todos os tipos de cigarros.

Em 2013, relativamente a 2012, os impostos sobre os cigarros não sofreram alteração no que se refere ao imposto *ad valorem*, que se manteve inalterado (20%). O imposto específico sofreu um aumento de apenas 1 euro (78,37 euros para 79,39 euros), por cada milheiro de cigarros. De notar que o imposto *ad valorem* em 2011, foi de 23%, sofrendo um decréscimo, em 2012 e 2013, para 20%.

No que se refere ao tabaco de corte fino para cigarros de enrolar, foi taxado, em 2012, com um imposto *ad valorem*, sobre o preço de venda ao público de 61,4 %; os restantes tabacos de fumar com um imposto *ad valorem* de 50%.

Uma vez que a introdução no mercado do tabaco de corte fino para cigarros de enrolar sofreu um acréscimo considerável a partir de 2010 (tendo passado de 854 174 Kg, para o dobro em 2012 (1 745 199 Kg), em 2013, foram introduzidas alterações na estrutura do imposto aplicado a estes produtos que passou a integrar um imposto específico de 0,065 euros/gr de tabaco e um imposto *ad valorem* de 20 %.

Orientações da nova legislação

Uma nova legislação terá como objetivo reforçar as medidas destinadas a evitar o consumo de tabaco da população, nomeadamente da população mais jovem e a garantir, de modo mais amplo e equitativo, a proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco, em particular das crianças e dos trabalhadores em locais de trabalho fechados onde ainda é permitido fumar (bares, discotecas, restaurantes e ambientes domésticos).

A nova legislação poderá estabelecer a proibição de fumar em locais fechados de modo mais abrangente, diminuindo-se o número de exceções anteriormente previstas na lei.

Poderá vir a ser dado cumprimento ao previsto na Diretiva nº 2001/37/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de junho de 2001, instituindo-se advertências combinadas sob a forma de fotografias a cores ou outras ilustrações que mostrem e expliquem as consequências do tabagismo na saúde.

Poderá ser também adotada a proibição da possibilidade de exibir os produtos do tabaco nos locais de venda.

2.1.2. Preço do tabaco e impacto no consumo

Segundo o Banco Mundial, um aumento de 10% nos preços dos produtos de tabaco permitirá uma diminuição no consumo de cerca de 4%, nos países com maior rendimento económico, e de 6 a 8%, nos países com médio ou baixo rendimento.

A OMS defende que o aumento dos preços do tabaco, através do aumento de impostos, é a principal estratégia para aumentar o número de pessoas que deixam de fumar; para diminuir a quantidade de tabaco consumida pelas pessoas fumadoras que continuam a fumar, para prevenir as recaídas nos ex-fumadores e para evitar a iniciação do consumo nos jovens.

Esta medida de aumento dos preços tem um impacto maior entre os jovens e os grupos populacionais economicamente mais vulneráveis: redução do consumo de tabaco (fumadores fumam menos) e os ex. fumadores têm menos probabilidade de começarem a fumar.

2.1.3. Equidade e consumo de tabaco

O conceito de equidade em saúde refere-se à ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al., 2008; Marmot, 2007; WHO, 2010b). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde, ou de um modo mais pragmático, que ninguém deve estar em desvantagem de alcançar esse potencial, se esta desvantagem poder ser evitada. Partindo desta definição, o objetivo de qualquer política de equidade em saúde não é reduzir ou eliminar as diferenças em termos de resultados de saúde, mas sim eliminar as desigualdades que resultam de fatores ou circunstâncias evitáveis e injustas. Neste sentido, a equidade abrange a criação de oportunidades procurando reduzir ao máximo os diferenciais de saúde para um limiar mais baixo (Whitehead & Dahlgren 1991 in Mahoney, Simpson, Harris, Aldrich, Stewart, 2004).

A literatura científica aponta para que cidadãos com menos rendimentos, menor nível de escolaridade, insegurança no emprego e más condições de vida tenham maiores probabilidades de

adotarem comportamentos pouco saudáveis como o consumo de tabaco (Nagelhout et al., 2012; DGS, 2013; DGS, 2011).

Segundo a evidência as medidas de controlo do consumo de tabaco são centrais em qualquer estratégia de combate às desigualdades em saúde, sendo o tabagismo responsável por cerca de metade da diferença esperança de vida entre os mais grupos com maior e menor rendimento (Marmot, 2010).

A relação entre tabaco e nível socioeconómico é modelada por fatores como a idade e o sexo. Assim verifica-se que existem duas etapas do ciclo de vida onde as desigualdades na vulnerabilidade ao início do consumo e exposição ao consumo de tabaco podem ser mais evidentes: i) adolescência (fase em que os adolescentes de grupos economicamente mais desfavorecidos estão em maior risco de começar a fumar – diferencial de vulnerabilidade e de exposição-); ii) durante a idade adulta, especialmente na fase de jovens adultos quando não têm apoio para deixar de fumar (dificuldades de acesso a consultas e serviços de cessação tabágica). As diferenças de género apontam para que as mulheres com mais escolaridade consomem mais, enquanto nos homens se verifica o contrário, maior consumo nos homens com rendimento mais baixo. Os cidadãos desempregados parecem ter uma tendência maior para fumar (Pereira et al., 2013; Carreira et al., 2012; Santos & Barros, 2004).

De um modo geral o consumo de tabaco parece estar relacionado com um acumular de desvantagens e vulnerabilidades sociais: mães solteiras; desempregados de longa duração; novos imigrantes; sem abrigo; pessoas com perturbações mentais; minorias étnicas (Marmot, 2010).

2.2. Identificação dos Impactos

Esta etapa da avaliação de impacto permite conhecer o perfil da população relativamente ao problema, bem como recolher informação que permita identificar os impactos da proposta em estudo.

Os impactos foram selecionados tendo em consideração a informação disponível, tanto informação quantitativa (indicadores de saúde já monitorizados) como qualitativa (painel de peritos).

Indicadores a analisar:

- Tendências no consumo: prevalência de consumo e iniciação do consumo; acesso ao tabaco nos jovens.
- Indicadores do estado de saúde: mortalidade e morbilidade associada.

A equidade será analisada com recurso a informação desagregada por:

- Idade
- Sexo
- Nível socioeconómico: condição laboral (empregado/desempregado); educação (nível de escolaridade)
- Região geográfica
- Dificuldade em pagar as contas.

O acesso e utilização de serviços de cessação tabágica serão também analisados, assim como as atitudes e perceção face a novas medidas. Por fim será analisada também a avaliação dos impostos.

A informação será recolhida de vários documentos:

- Relatório de Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Infotabac (<http://www.dgs.pt/ms/5/default.aspx?pl=&id=5516&access=0>);
- Inquérito Nacional de Saúde;
- Estudos do Eurobarómetro;
- Outros estudos disponíveis na literatura.

Seguidamente apresentam-se os resultados face aos impactos selecionados.

2.2.1. Tendências de consumo

2.2.1.1. Prevalência do consumo de tabaco

Segundo Inquérito Nacional de Saúde (INS) (2005/2006), na população com 15 anos ou mais, eram fumadores 20,9% e ex-fumadores 16,1% dos inquiridos. Dos 20,9% de fumadores verifica-se que 30,9% são homens e 11,8% são mulheres.

A maior prevalência de fumadores observou-se no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos, tanto nos homens (44,5% dos fumadores) como nas mulheres (29,9%)¹.

Segundo estudos Eurobarómetro, Portugal encontra-se entre os países com proporções mais baixas de fumadores: Suécia (13%), Portugal (23%) e Eslováquia (23%). Em Portugal a proporção de fumadores diminuiu 1% em 2009, relativamente a 2006, porém entre 2009 e 2012, a proporção de fumadores manteve-se estável².

2.2.1.2. Início do consumo de tabaco

Segundo um estudo do Eurobarómetro realizado em 2012, mais de 90% dos fumadores portugueses começaram a fumar antes dos 25 anos. A idade média de início foi de 17,7 anos, valor semelhante à média europeia³.

Os estudos desenvolvidos em meio escolar (ensino público) pelo IDT indicam que a maioria dos jovens portugueses começou a fumar entre os 13 e os 16 anos. Dos alunos com 18 anos 31,6% fumaram pela primeira vez entre os 13 e os 16 anos⁴.

2.2.1.3. Acesso ao tabaco

Segundo a legislação em Portugal a venda de tabaco em Portugal é interdita a menores de 18 anos. Porém, 1 em cada 5 adolescentes de 13 anos e 1 em cada 2 de 15 anos consideram fácil ou muito fácil aceder ao tabaco.

¹ Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. - Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009

² Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

³ Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

⁴ Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

2.2.2. Indicadores de Estado de Saúde

2.2.2.1. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco

Em Portugal, o consumo de tabaco é responsável por 1 em cada 10 mortes ocorridas na população adulta e cerca de 1 em cada 4 mortes entre os 45 e os 59 anos é atribuída ao tabaco. No ano de 2012, morreram em média 29 pessoas por dia por doenças associadas ao consumo de tabaco (25 homens e 4 mulheres). O consumo de tabaco é responsável por 1 em cada 3 mortes por doenças respiratórias; 1 em cada 5 mortes por cancro; 1 em cada 10 mortes por doença isquémica cardíaca (DIC), na população com idade de 30 ou mais anos.

A mortalidade devida ao tabaco é superior no sexo masculino (17% nos homens e 3% nas mulheres; adultos com 30 ou mais anos).

O consumo de tabaco está também associado à mortalidade prematura, cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas no grupo etário dos 44 aos 59 anos foi provocada pelo tabaco.

2.2.2.2. Mortalidade e morbilidade associadas ao tabaco

A mortalidade por doenças relacionadas com o consumo do tabaco (conjunto de causas de morte selecionadas pela OMS, por serem descritas na literatura como relacionadas com o consumo de tabaco) parece ter registado uma diminuição entre 2007 e 2011, quer em mortalidade total, quer em mortalidade prematura. Contudo, realça-se que a diminuição da mortalidade prematura (≤ 65 anos) nas mulheres é menos acentuada.

Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco, por sexo, em todas as regiões, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	29162	28405	28242	28461	26852
Taxa de mortalidade	290,6	282,7	280,9	282,9	267,4
Taxa de mortalidade padronizada	173,6	165,6	160,6	156,1	144,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	43,0	42,0	41,1	39,8	40,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1230,4	1165,6	1127,2	1097,7	990,5
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	15677	15293	15111	15333	14552
Taxa de mortalidade	325,2	317,1	313,7	318,7	303,5
Taxa de mortalidade padronizada	241,1	230,8	222,9	220,8	205,4
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	72,1	70,0	67,3	67,5	66,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1608,5	1531,7	1481,5	1461,2	1328,0
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	13485	13112	13131	13128	12300
Taxa de mortalidade	258,7	250,9	250,7	250,1	234,4
Taxa de mortalidade padronizada	120,6	114,4	111,7	105,9	97,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	16,6	16,5	17,3	14,6	16,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	962,6	906,8	875,6	845,0	752,6

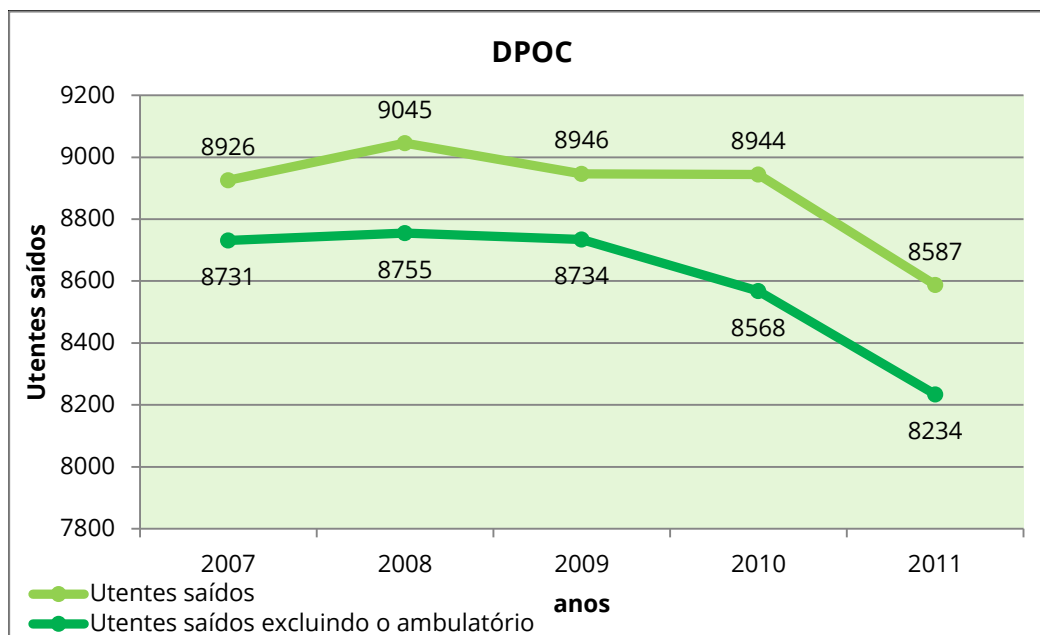
Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.

Fonte: DGS, 2013.

De acordo com estudos internacionais, proibição de fumar em locais fechados contribui para reduzir as admissões hospitalares por algumas doenças, tais como DIC, Acidente Vascular Cerebral (AVC), e doenças respiratórias, nomeadamente DPOC. Estes efeitos são mais notórios quanto as medidas de restrição de fumar são totais e os impactos positivos verificam-se tanto em fumadores como nos não fumadores (Tan & Glantz, 2012; Report Brief, 2009).

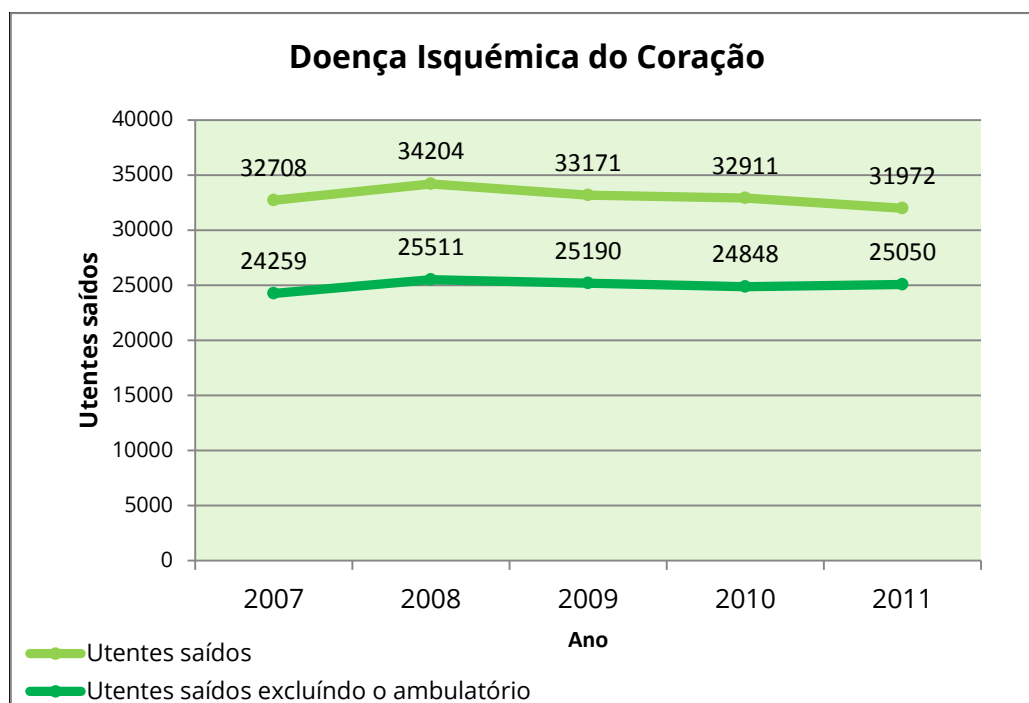
Os dados relativos aos doentes saídos nos hospitais do SNS (número de episódios de internamento), em Portugal Continental após 2008, ano em que a nova Lei do Tabaco entrou em vigor, parecem confirmar esta tendência.

Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DPOC (2007 a 2011)



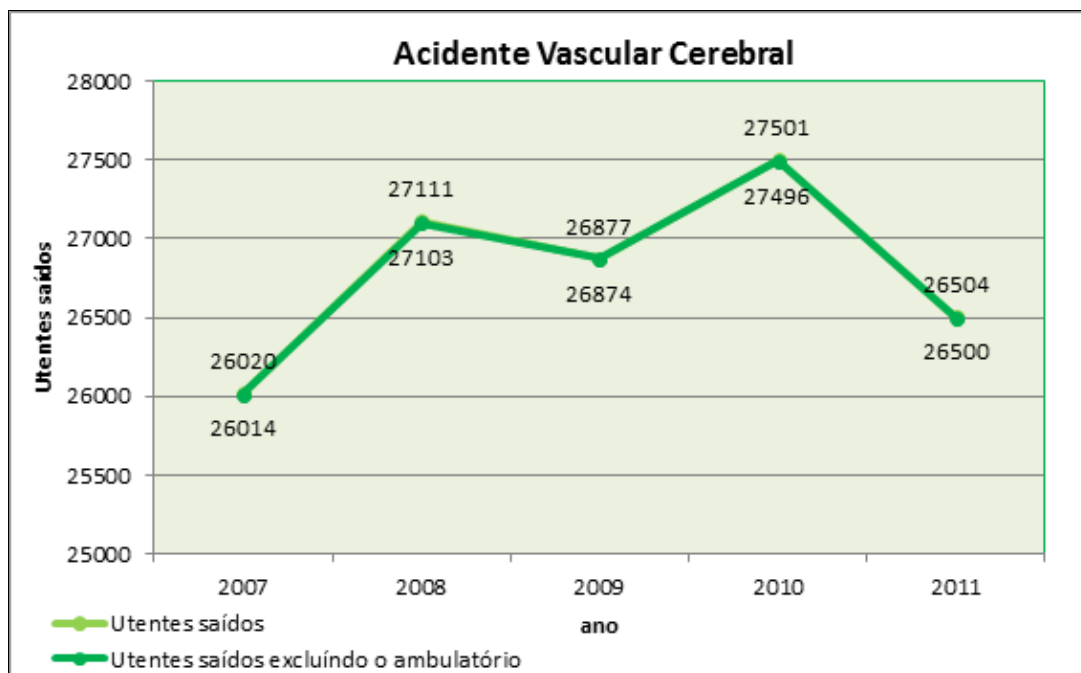
Fonte: GDH's - ACSS/DGS

Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DIC (2007 a 2011)



Fonte: GDH's - ACSS/DGS

Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa a AVC (2007 a 2011)



Nota: as curvas estão sobreponíveis, dada a similaridade entre os utentes saídos e os utentes saídos excluindo o ambulatório. Fonte: GDH's - ACSS/DGS

2.2.2.3. Perceção de melhorias na saúde

Segundo um estudo desenvolvido em 2010, a lei 37/2007 foi percebida como uma lei que facilitou a mudança de consciências: os fumadores pararam de fumar em determinados locais voluntária e quase instintivamente e não por imposição⁵.

A lei foi percebida pela população como tendo provocado mudanças nos comportamentos: no trabalho fazem-se mais pausas para fumar; nos restaurantes e cafés encontram-se grupos de pessoas a fumar à porta; parece existir uma tendência para diminuir o consumo de tabaco dentro de casa (casa própria e de outros) e evitar fumar em locais onde é permitido, mas coexistem outras pessoas.

A Lei foi percebida como um benefício para a saúde pública, nomeadamente para proteção dos não fumadores.

Um estudo de opinião desenvolvido em 2010 (Ministério da Saúde. Estudo de opinião. Medidas contra o tabagismo. Lisboa: Eurosondagem. Estudos de opinião SA. Direcção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2010) demonstrou que os cidadãos reconhecem grandes benefícios desta lei na saúde pública e na saúde pessoal:

- Benefício para a saúde pública: 91.2% (IC 89.3%, 92.9%);
- Benefício para a saúde pessoal: 86.4% (IC 84.2%, 88.5%);
- Benefício para a qualidade do ar em espaço públicos: 85.4% (IC 83.1%, 87.5%);
- Benefício para a qualidade do ar nos locais de trabalho: 76.9% (IC 74.2%, 79.4%).

⁵ Qmetrics. Lei do tabaco - Percepções do cidadão. Estudo qualitativo. Lisboa: Qmetrics; Janeiro 2011.

2.2.3. Equidade na distribuição dos impactos

2.2.3.1. Escolaridade

A prevalência de fumadores diários é igual nos homens com menos de 5 anos de escolaridade e entre os que frequentaram entre 7 e 9 anos de escolaridade (28,3%).

A prevalência de homens que nunca fumaram é mais elevada nos têm mais de 12 anos de escolaridade (37,5%). No caso das mulheres verifica-se que a prevalência de fumadoras diárias é maior nas que têm entre 10ª 12 anos de escolaridade (15,1%). A maioria das mulheres que nunca fumou tem menos de 5 anos de escolaridade (65,2%).

Prevalência (%) de fumadores, nunca fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade, segundo o sexo (2005-2006)

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

Notas: Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n - nº de respondentes.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Apêndice 1; 1.2, página 107.

2.2.3.2. Condição laboral

A prevalência de consumo de tabaco é superior entre os desempregados independentemente do sexo (45,3% nos homens e 21,8% nas mulheres).

Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por ocupação principal nas duas semanas que precederam a entrevista, segundo o sexo (2005-2006)

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

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

2.2.3.3. Dificuldade em pagar as contas

Os resultados indicam que cerca de metade dos consumidores de tabaco referem dificuldades económicas, como por exemplo dificuldade em pagar as contas (50%).

Dificuldade em pagar contas referida pelos fumadores (%) (2012)

Dificuldade em pagar contas		
	UE27 (%)	Portugal (%)
A maior parte do tempo	46	26
De tempos a tempos	34	24
Quase nunca	23	18

Fonte: Eurobarometer, 2012 "fact sheet Portugal".

2.2.4. Impactos por região

2.2.4.1. Consumo de tabaco por regiões

O consumo de tabaco é mais elevado nos homens da região do Alentejo (29,9%) e nas mulheres da região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%).

Prevalências, ponderadas e padronizadas pela idade, de fumadores, não fumadores e ex-fumadores na população ≥15 anos, por sexo e por região de residência (% calculadas com base na amostra ponderada, INS 2005/2006).

Região	Fumadores		Nunca fumadores	Ex-fumadores	
		Ocasionais (n=752)		Diários (n=4638)	
Sexo Masculino					
Norte	24,6	2,9	33,3	13,6	2,9
Centro	20,5	4,1	37,6	11,7	3,5
LVT	24,0	2,6	34,7	13,8	2,2
Alentejo	29,9	2,9	29,4	12,1	3,0
Algarve	27,1	3,7	30,8	13,3	2,4
Sexo Feminino					
Norte	7,6	1,1	63,0	3,8	2,5
Centro	8,3	0,8	63,8	2,9	2,2
LVT	15,4	1,3	53,7	5,3	2,2
Alentejo	12,1	1,9	56,7	4,3	3,2
Algarve	12,9	2,9	54,8	5,3	2,3
RA Açores	11,0	1,3	60,3	4,1	1,4
RA Madeira	8,4	2,0	65,9	1,2	0,6

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. - Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009. n= n.º de respondentes

2.2.4.2. Mortalidade estandardizada por região

A mortalidade estandardizada por doenças associadas ao tabaco por sexo e região diminuiu em todas as regiões, tendo sido muito acentuada em Lisboa e Vale do Tejo.

Relativamente à mortalidade estandardizada por doenças respiratórias, salienta-se maior redução na região do Algarve, em ambos os sexos, embora mais acentuada nos homens. No caso das mulheres a redução mais acentuada verifica-se na região Norte, existindo um aumento tanto na região Centro como no Alentejo.

No caso da DIC verifica-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou reduções mais acentuadas em todas as condições estudadas. Na região do Alentejo verifica-se um aumento no total dos dois sexos, bem com nas mulheres.

As doenças cerebrovasculares apresentam uma redução em todas as regiões, sendo mais acentuada na região Norte e em ambos os sexos.

Taxa de Mortalidade Padronizada por Região para várias causas.

Taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco por sexo e região						
Região	Total		Homens		Mulheres	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Norte	173,1	144,0	242,5	208,5	119,5	95,0
Centro	146,3	122,8	196,8	171,2	107,4	84,1
Lisboa e vale do Tejo	192,3	155,2	266,8	216,7	134,7	107,5
Alentejo	172,7	157,4	248,8	224,8	109,1	101,2
Algarve	160,3	151,3	228,2	226,5	100,5	85,9
Região	Total		Homens		Mulheres	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Norte	61,2	57,6	87,1	84,2	44,1	40,4
Centro	60,0	59,3	86,7	83,7	42,7	<u>43,6</u>
Lisboa e vale do Tejo	52,5	48,4	76,5	69,3	37,7	35,1
Alentejo	54,8	52,9	82,1	73,5	34,9	<u>37,8</u>
Algarve	58,4	49,9	81,1	64,9	40,6	39,0
Região	Total		Homens		Mulheres	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Norte	32,0	25,2	44,5	37,9	22,4	16,4
Centro	28,6	21,5	38,1	31,8	21,5	13,7
Lisboa e vale do Tejo	65,3	47,1	88,8	64,3	47,3	33,8
Alentejo	52,0	<u>53,2</u>	70,3	69,4	36,1	<u>39,5</u>
Algarve	45,6	44,6	60,8	65,6	31,6	26,2
Região	Total		Homens		Mulheres	
	2007	2011	2007	2011	2007	2011
Norte	86,4	65,4	98,6	76,2	76,7	57,5
Centro	79,6	61,8	91,8	70,7	70,3	54,3
Lisboa e vale do Tejo	78,7	61,0	88,7	68,2	70,3	55,1
Alentejo	70,4	58,2	86,3	71,1	57,6	47,4
Algarve	63,6	54,1	77,3	64,3	52,0	45,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.

Fonte: DGS, 2013.

2.2.5. Cessaçãõ tabágica

Em 2005/2006 referiram ser ex-fumadores 26,0% dos homens e 6,9% das mulheres num total 16,1% na população portuguesa com 15 ou mais anos de idade (INS, 2005/2006).

Em 2012, segundo o Eurobarómetro, referiram ser ex-fumadores 15% dos inquiridos portugueses com mais de 15 anos de idade e 21% dos Europeus.

Dos atuais fumadores, 45% já tentaram parar de fumar, em Portugal, e 60% na União Europeia (Eurobarometer 2012).

2.2.5.1. Consultas de Cessação tabágica por região - Evolução 2007/2011⁶

A maioria das regiões aumentou ou manteve o número de locais de consulta de cessação tabágica entre 2007 e 2011.

O total de consultas de cessação tabágica aumentou na região Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, tendo diminuído consideravelmente no Norte e Alentejo.

Locais e total de consultas de cessação tabágica, por ARS (2007-2011)

Locais de Consulta de Cessação Tabágica						
ARS	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2011/2011
Norte	53	86	85	57	45	-8
Centro	47	53	63	53	55	8
Lisboa e vale do Tejo	40	46	47	40	40	=
Alentejo	11	16	16	21	13	3
Algarve	3	11	12	10	8	5
Total	154	212	223	181	161	7
ARS	2007	2008	2009	2010	2011	Varição 2007/2011
Norte	5 948	6 916	9 278	2 458	4 589	- 1359
Centro	400	2 159	2 400	4 224	3 728	3328
Lisboa e vale do Tejo	7 421	8 590	11 524	10 389	10 919	3498
Alentejo	1 054	1 216	1 276	1 177	848	-206
Algarve	495	1 221	1 233	914	583	88
Total	15 318	20 102	25 711	19 162	20 667	5349

Fonte: DGS, 2013.

⁶ Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

2.2.6. Atitude e Perceção face às medidas de Prevenção

Em 2008, 87% dos portugueses eram a favor da proibição de fumar em locais de trabalho e apenas 9% era totalmente contra.

A maioria dos portugueses é favorável à introdução de novas medidas de controlo e prevenção do tabagismo, nomeadamente adoção de avisos de saúde e da proibição de elementos promocionais nas embalagens de tabaco.

Atitudes relativamente às restrições ao consumo de tabaco nos locais de trabalho fechados (2008)⁷

Restrições ao consumo em locais de trabalho interiores					
	Totalmente a favor (%)	A favor (%)	Algo contra (%)	Totalmente contra (%)	Não sabe/não respondeu (%)
UE27	73	11	4	10	2
Portugal	82	5	3	9	1

Fonte: DGS, 2013.

Evolução das atitudes relativamente à introdução de novas medidas (2009-2011)⁸

	Concordância com a introdução de medidas de controlo do tabagismo			
	UE27		Portugal	
	2009 (%)	2011 (%)	2009 (%)	2011 (%)
Aviso de saúde com imagens nas embalagens de tabaco	75	76	75	78
Sistema de segurança para limitar o contrabando, mesmo com aumento de preços	-	73	-	70
Proibição da publicidade nos pontos de venda	63	64	68	66
Eliminação de aromas no tabaco que o tornem mais atrativo	61	63	61	62
Proibição de venda na internet	60	62	61	60
Proibição da exposição do tabaco nos pontos de venda	55	58	46	43
Proibição de elementos promocionais, como cores ou logos nas embalagens de tabaco	54	57	56	65
Proibição de venda em máquinas de tabaco	52	54	47	42
Aumento do preço do tabaco	56	53	64	59

Fonte: DGS, 2013.

⁷ Fonte: Flash Eurobarometer 253, Eurobarometer, March 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf. Acedido em 18 de julho de 2013.

⁸ Base: amostra total, n=26.751; fumadores, n=7.456; não-fumadores, n= 19.237.

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

2.2.7. Evolução dos Impostos

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2013, o imposto sobre o tabaco é o terceiro imposto indireto mais importante em termos de receitas fiscais (6,2% em 2012). A receita deste imposto diminuiu 5,6% apesar do novo aumento das taxas, em especial a relativa ao tabaco de enrolar.

Imposto sobre o tabaco (INE, 2013)⁹

Imposto sobre o tabaco						
	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Milhões de Euros	1.165,4	1.281,3	1.232,4	1.496,1	1.516,2	1.431,5
Taxa de variação anual	-26,2%	9,9%	-3,8%	21,4%	1,3%	-5,6%

Fonte: DGS, 2013.

2.2.8. Focus group

Considerou-se adequado desenvolver um estudo qualitativo – Focus Group –, com peritos em tabagismo e cessação tabágica de várias áreas por exemplo profissionais de saúde e professores. Com a realização deste estudo pretendeu-se: 1) avaliar o impacto da legislação implementada em Portugal na prevenção e controle (Lei 37/2007) do tabagismo; 3) identificar a distribuição dos impactos potenciais à saúde da legislação sobre a saúde – foco na equidade; 4) usar estes resultados para fundamentar propostas e recomendações legislativas e de intervenção sobre o tabaco.

No total foram desenvolvidos dois *focus group* com um total de oito participantes. Em termos de impactos identificados verifica-se que se encontram no mesmo sentido que os identificados pela análise de informação atrás apresentada (ver relatório de *Focus group* em anexo). As propostas de intervenção apresentadas pelos peritos refletem a tentativa de minimizar os impactos negativos e maximizar os impactos positivos:

- Subir os preços de todos os produtos do tabaco;
- Implementar uma legislação mais rígida e clara que proíba os jovens até 18 anos de fumar em lugares públicos ou abertos a locais públicos
- Reforçar a implementação de programas de intervenção relacionados com a prevenção do tabagismo, bem como programas de investigação nesta área;
- Alterar a sinalética e torná-la mais clara;
- Reforçar a legislação sobre publicidade e a exposição de produtos de tabaco;
- Envolver a sociedade civil na implementação e no cumprimento da lei (nomeadamente, os vendedores);
- Alargar a proibição de fumar em lugares perto das escolas e edifícios públicos;
- Implementar imagens chocantes nas embalagens de tabaco;
- Proibir cigarros finos e de sabor, bem como a transformação de produtos do tabaco em coisas atraentes;

⁹*Dados provisórios Fonte: Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenum=6, acedido em 18 de julho de 2013.

- Apoiar os líderes da comunidade e figuras públicas (*opinion makers*), professores e profissionais de saúde enquanto modelos de não consumo;
- Reduzir o número crianças expostas;
- Proibir o tabaco em, especialmente quando o transporte de crianças;
- Reforçar a proibição de patrocínios por parte da indústria do tabaco e reagir aos seus avanços contínuos;
- Implementar as Leis e Diretivas delineadas;
- Desenvolver campanhas de saúde relacionadas com o tabaco;
- Reduzir exceções;
- Definir novas diretrizes para implementar a lei de acordo com as regras estabelecidas pela Convenção-Quadro para Controlo do Tabaco;
- Envolver as universidades no desenvolvimento de medidas de saúde pública;
- Criar espaço nos currículos educacionais em escolas e faculdades para falar sobre assuntos de tabaco;
- Assegurar a divulgação da lei, maximizando a sua eficácia;
- Promover campanhas de promoção da saúde e programas de cessação nos locais de trabalho;
- Investir na promoção da saúde e da educação baseada em evidência;
- Explicar aos responsáveis por locais de lazer a diferença reduzida no impacto económico de ser estabelecimentos/recintos livres de fumo;
- Para regular a produção e a publicidade de cigarros eletrónicos e proibi-lo nas escolas.

No que se refere à intervenção na cessação tabágica é importante:

- Incluir o aconselhamento comportamental e farmacológico aos cidadãos que pretendem deixar de fumar;
- Garantir isenções ou outras medidas de apoio tanto ao nível das consultas de cessação tabágica, como de eventuais medicamentos;
- Divulgar, a nível nacional, a rede de consultas de cessação;
- Promover intervenções efetivas e eficazes junto de grávidas, criando grupos de intervenção específicos;

2.3. Avaliação de impactos (*Assessment*)

Esta etapa de avaliação permite sintetizar e comentar criticamente os impactos identificados na etapa anterior, permitindo produzir uma visão geral dos resultados. Aqui estabelecem-se prioridades em termos de impactos, tentando maximizar os positivos e minimizar os negativos.

Com base nas etapas prévias consideram-se como alvos prioritários de intervenção:

- Mulheres: diferenças em termos de escolaridade; situação de desemprego; grávidas.
- Grupos considerados vulneráveis: desempregados, migrantes, grupos considerados de risco (por exemplo, reclusos).
- Jovens: retardar e diminuir o mais possível a % de jovens que fumam, com foco particular nas raparigas.
- Ações de fiscalização: ações de fiscalização nas escolas e em estabelecimentos de lazer, sobretudo frequentados por jovens;

Considera-se que intervindo especificamente nestes quatro alvos os impactos identificados e considerados mais graves, tendem a diminuir e a atenuar-se. Para intervir nestes alvos foram desenvolvidas várias recomendações.

2.4. Recomendações

As recomendações apresentadas visam maximizar os impactos positivos e minimizar os negativos.

No final desta etapa da avaliação de impacto deve existir um conjunto adequado de recomendações adequadamente orientadas para a ação.

Com base na avaliação de impacto realizada e para discussão com o painel de peritos apresentam-se as seguintes recomendações:

- Apoiar e reforçar a implementação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo;
- Desenvolver estratégias de prevenção e cessação adequadas para mulheres e desempregados;
- Melhorar o acesso dos mais vulneráveis à consulta, e um aumento de intervenções dirigidas à redução da aceitação social e reconhecimento dos efeitos prejudiciais à saúde.
- Diminuir a % de fumadores jovens, precisamente entre os 13 e os 16 anos;
- Reduzir o acesso ao tabaco referido por menores de 18 anos;
- Aumentar as ações de fiscalização em escolas, tendo em vista o cumprimento da legislação estabelecida;
- Desenvolver e implementar um modelo de isenção de taxas moderadoras no acesso a consultas de cessação tabágica aos utentes desempregados e menores de 18 anos em programas de cessação tabágica.
- Realizar intervenções de esclarecimento relativamente aos malefícios do tabagismo aos jovens com menos de 18 anos no início, meio e fim do ano letivo;
- Divulgar sites de apoio à cessação tabágica com registo na DGS.

2.5. Monitorização e Avaliação (HIA Evaluation)

A fase final da avaliação de impacto consiste em duas etapas: avaliação do impacto e desenvolvimento de um plano de monitorização dos potenciais impactos identificados.

A proposta de monitorização e avaliação consiste na recolha de informação sistematizada dos indicadores selecionados, de forma prospetiva, no sentido de monitorizar a sua evolução e avaliar os impactos das ações a implementar decorrentes das recomendações.

Pretende-se, sempre que possível, recorrer a fontes já identificadas para cada indicador, na expectativa de garantir a comparabilidade dos dados. Nos casos em que tal não se verifique, proceder-se-á à identificação de outras fontes cuja metodologia confira validade à avaliação pretendida.

Propõe-se os seguintes indicadores para monitorização e avaliação:

- Número de estudantes que visitaram o site de apoio à cessação tabágica da DGS;
- Número de estudantes identificados e referenciados pela escola para a consulta de cessação tabágica;

- Idade referida de início do consumo na população com 18 anos;
- Perceção da facilidade de acesso ao tabaco da população com menos de 18 anos;
- % da população fumadora por grupo etário e por sexo;
- Número de ações de fiscalização nas escolas;
- Número de utentes em consulta de cessação tabágica;
- Número de primeiras consultas de cessação tabágica;
- Número de primeiras consultas de cessação tabágica em desempregados, pessoas de baixo rendimento, por grupo etário e sexo;
- Número de escolas com intervenções de prevenção e controlo de tabagismo implementadas.

Os indicadores propostos serão desagregados por sexo, profissão/escolaridade e região do país, permitindo-nos assim inferir sobre a equidade na distribuição dos impactos.

3. Algumas referências bibliográficas

1. Cavelaars, Kunst, Geurts, Crialesi, Grötvedt, Helmert, Lahelma, Lundberg, Matheson, Mielck, Rasmussen, Regidor, RosárioGiraldes, Spuhler, Mackenbach (2000). Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ* 2000; 320:1102–7.
2. DGS/INSA. (2011). *Infotabac Relatório 2008-2010*. Direção-Geral de Saúde Lisboa
3. Harris-Roxas, B. Harris, P. J., Harris, E. Kemp, Lynn A. (2011). A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. *International Journal for Equity in Health* 2011, 10:6.
4. Harris, P., Harris-Roxas, B., Harris, E., & Kemp, L. (2007). *Health Impact Assessment: A Practical Guide*, Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE). Part of the UNSW Research Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW.
5. Harris-Roxas B, Simpson S & Harris E. (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review*, Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
6. Hosseinpoor AR, Parker LA, Tursan d'Espaignet E, Chatterji S (2012). Socioeconomic Inequality in Smoking in Low-Income and Middle-Income Countries: Results from the World Health Survey. *PLoS ONE* 7(8).
7. Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Dados Gerais. Lisboa: INSA/INE; 2008.
8. Mahoney M., Simpson S., Harris E., Aldrich R., Stewart Williams J. (2004) *Equity Focused Health Impact Assessment Framework*, the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA).
9. Nagelhout et al. (2012). Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*. 12:303
10. Nunes. (2013). *Programa de Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Direção-Geral de Saúde. Lisboa
11. Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization.
12. WHO, Mpower brochures - Raise taxes, http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_r.pdf
13. WHO, The MPOWER package, 2008.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt