



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**Avaliação da implementação das Políticas de  
Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa  
Um estudo comparativo**

**Joana Catarina Oliveira de Sousa**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Sofia Belo Ravara

**Covilhã, maio de 2015**

## **Dedicatória**

Aos meus pais, que dedicam todo o seu esforço e devoção a mim.

## Agradecimentos

Gostaria que as minhas primeiras palavras de agradecimento fossem para os meus pais, pelo apoio e entusiasmo incondicional que me têm dado desde que me lembro. Estes seis anos longe de casa contribuíram para aperfeiçoar a pessoa que ajudaram a moldar e por esta oportunidade única eu estou-vos eternamente grata.

Um especial obrigado à minha orientadora, Doutora Sofia Ravara, em primeiro lugar por me ter sugerido um tema que me deixou tão entusiasmada. Gostaria de agradecer a sua amabilidade e gentileza, com as quais orientou e motivou uma versão cada vez melhor desta tese. O seu conhecimento nesta área não só é impar como também foi essencial para completar esta oportunidade de dar voz às minhas opiniões. Obrigada pela partilha de conhecimentos e pelo apoio que me deu mesmo fora do meu percurso académico.

Um terceiro obrigado especial vai para o Paulo, por me ensinar mais do que ninguém acerca de paciência e tolerância, estas virtudes tão difíceis de alcançar para mim, mas tão importantes para não perder as batalhas diárias.

Um obrigado sincero às minhas tias Emília e Rosa, a primeira por me fazer sempre sorrir e sentir especial; a segunda por me lembrar que neste trabalho e no meu dia-a-dia, não só deposito os meus conhecimentos mas também o meu coração.

## Resumo

O consumo de tabaco, sendo a principal causa evitável de doença e de morte, tem um impacto pesado na sociedade, especialmente na saúde e economia. Afeta qualquer grupo socioeconómico mundialmente e tem uma tendência crescente, especialmente entre os grupos populacionais mais desfavorecidos.

O tabagismo é um fenómeno multifacetado, de carácter cultural, social, económico e comportamental e não pode ser encarado como uma opção individual de cada cidadão. Pelo contrário, a sua prevenção e controlo requerem uma abordagem global, centrada na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação e na proteção contra a exposição ao fumo passivo.

De forma a tentar conter esta pandemia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou a Convenção Quadro para o Controlo do Tabagismo, um compromisso para prevenir e controlar o consumo de tabaco; de forma a promover a adequada implementação deste tratado, a OMS identificou seis estratégias definidas pelo acrónimo MPOWER. Na Europa, Joossens e Raw criaram ainda a Escala de Controlo de Tabaco que mede a implementação destas medidas e compara os rankings dos países europeus.

Concretizar as medidas acordadas com esta Convenção impõe um esforço coletivo de coordenação e cooperação, mas muitas evidências mostram já os resultados do seu impacto. Apesar disto, o número de mortes evitadas está longe do idealizado pela Convenção, pelo que o investimento que está a ser feito está ainda longe de estar concluído.

## Palavras-chave

Políticas de controlo de tabagismo, Convenção Quadro, MPOWER, Escala de Controlo de Tabaco, Portugal.

## Abstract

Tobacco consumption, being the leading preventable cause of disease and death, has a heavy impact on society, especially on health and economy. It reaches any socioeconomic group worldwide and has a growing tendency, especially among disadvantaged population groups.

Smoking is a multifaceted phenomenon, of cultural, social, economic and behavioral nature and cannot be seen as an individual choice of each citizen. On the contrary, its prevention and control require a comprehensive approach, focused on prevention of initiation of consumption, promotion of cessation and protection from exposure to passive smoke.

In order to try to contain the pandemic, the World Health Organization (WHO) developed the Framework Convention on Tobacco Control, a commitment to prevent and control tobacco use; in order to promote the proper implementation of this treaty, the WHO has identified six strategies defined as the acronym MPOWER. In Europe, Joossens and Raw also created the Tobacco Control Scale that measures the implementation of these measures and compares the rankings of European countries.

Implement the measures agreed with this Convention requires a collective effort of coordination and cooperation, but many evidences show already the results of its impact. Nevertheless, the number of avoided deaths is far from the one idealized by the Convention, so the investment being made is still far from complete.

## Keywords

Smoking control policies, Framework Convention, MPOWER, Tobacco Control Scale, Portugal.

# Índice

Dedicatória .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Palavras-chave .....	iv
Abstract .....	v
Keywords .....	v
Índice .....	vi
Lista de Figuras .....	viii
Lista de Tabelas .....	x
Lista de Acrónimos .....	xi
1. Introdução .....	1
2. Consequências deletérias do tabaco .....	2
3. <i>Tobacco Free Initiative</i> .....	3
4. <i>Framework Convention on Tobacco Control</i> .....	3
5. MPOWER .....	7
5.1. Monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção .....	8
5.1.1. Cinco anos de progresso na monitorização das políticas de tabaco .....	8
5.2. Proteger as pessoas do fumo do tabaco .....	11
5.2.1. Cinco anos de progresso na proteção das pessoas contra o fumo do tabaco ....	11
5.2.2. Estado de implementação do Artigo 8 <i>Passive Smoking</i> .....	17
5.3. Oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco .....	19
5.3.1. Cinco anos de progresso ao oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco .	21
5.3.2. Estado de implementação do Artigo 14 <i>Addiction and Cessation Programs</i> .....	24

5.4. Avisar sobre os perigos do tabaco .....	26
5.4.1. Cinco anos de progresso a avisar sobre os perigos do tabaco .....	27
5.4.2. Estado de implementação do Artigo 11 <i>Packaging and labeling</i> .....	35
5.4.3. Estado de implementação do Artigo 12 <i>Public awareness</i> .....	36
5.5. Impor a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco .....	38
5.5.1. Cinco anos de progresso a impor a proibição na publicidade, promoção e patrocínio do tabaco .....	40
5.5.2. Estado de implementação do Artigo 13 <i>Tobacco advertising</i> .....	43
5.6. Aumentar os impostos sobre o tabaco .....	45
5.6.1. Cinco anos de progresso a aumentar os preços dos produtos de tabaco .....	46
5.6.2. Estado de implementação do Artigo 6 <i>Demand reduction</i> .....	48
5.7. Visão global MPOWER .....	49
6. <i>Tobacco Control Scale</i> .....	52
7. Perspetivas futuras: estratégias <i>endgame</i> .....	60
8. Conclusão .....	63
9. Referências Bibliográficas .....	67

## Lista de Figuras

Figura 1: Mortes projetadas causadas pelo uso do tabaco durante o século XXI .....	2
Figura 2: Partes da Convenção Quadro .....	4
Figura 3: Implementação média dos Artigos pelas Partes em 2014 .....	4
Figura 4: Taxas médias de implementação 2010 - 2014 .....	5
Figura 5: Taxas de implementação: mudanças nos artigos entre os três períodos .....	6
Figura 6: Monitoramento da prevalência do consumo de tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	9
Figura 7: Monitoramento da informação 2012 .....	10
Figura 8: Monitoramento da informação 2007 .....	10
Figura 9: Ambientes livres do fumo do tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	12
Figura 10: Proibições sobre o consumo de tabaco em 2014 e 2012 .....	13
Figura 11: Percentagem de fumadores que já tentaram desistir .....	19
Figura 12: Terapia de reposição de nicotina pode duplicar as taxas de cessação .....	20
Figura 13: Tratamento da dependência do tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	21
Figura 14: Oportunidades para promover a cessação tabágica, em 2014 e 2012 .....	22
Figura 15: Profissionais de saúde e de outros serviços no tratamento e aconselhamento em 2014 e 2012 .....	22
Figura 16: Avisos acerca dos perigos do tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	27
Figura 17: Implementação dos requisitos previstos no artigo 11, 2012 e 2014 .....	28
Figura 18: Um maço de cigarros português típico .....	28
Figura 19: Países com avisos ilustrados nos seus produtos de tabaco .....	29
Figura 20: Campanhas antitabaco nos <i>media</i> - países com maiores êxitos em 2012 .....	32
Figura 21: Uma campanha antitabaco norueguesa .....	32
Figura 22: Campanha antitabágica portuguesa, 2012 .....	33
Figura 23: Áreas cobertas por programas de consciencialização pública, 2014 .....	33

Figura 24: Grupos alvo em campanhas de consciencialização pública, 2014 .....	34
Figura 25: Anúncio antitabagismo da Child Health Foundation .....	35
Figura 26: Anúncio antitabagismo da CPAA .....	35
Figura 27: <i>Tobacco Body</i> - exemplo da aplicação .....	35
Figura 28: Jovens expostos à exibição de produtos de tabaco em lojas são mais suscetíveis de começar a fumar .....	38
Figura 29: A exposição de adolescentes a propagandas de tabaco .....	39
Figura 30: Reforço na proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	40
Figura 31: Formas de TAPS mais comumente banidas nos países europeus, 2012 .....	41
Figura 32: Percentagem de jovens que têm algo com um logotipo de tabaco .....	42
Figura 33: Relação entre o consumo <i>per capita</i> de cigarros e o seu preço .....	45
Figura 34: Aumento dos impostos sobre o tabaco - países com maiores êxitos em 2012 .....	46
Figura 35: Preços de venda na Europa, outubro de 2014 .....	47
Figura 36: Percentagem da população global coberta por MPOWER em 2012 .....	49
Figura 37: Percentagem da população global coberta pela MPOWER em 2007 .....	49
Figura 38: <i>NCD Global Monitoring Framework</i> : os nove alvos para 2025 .....	51
Figura 39: A Escala de Controlo do Tabaco 2004 .....	53
Figura 40: Escala de Controlo do Tabaco 2013 .....	55
Figura 41: Ranking de Portugal 2004-2013 .....	57
Figura 42: Variação das seis intervenções desde 2005 .....	58

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Legislação antitabágica na Europa - comparação de Portugal com alguns países europeus .....	16
Tabela 2: Prevalência (em percentagem) de fumadores na Europa, 2012 .....	17
Tabela 3: Países que implementaram a proibição do tabagismo em todos os locais públicos nas regiões da OMS, 2012 .....	18
Tabela 4: <i>Quitlines</i> europeias - comparação de Portugal com alguns países europeus .....	23
Tabela 5: Países que fornecem uma <i>quitline</i> nacional e cobertura monetária de NRT e alguns serviços de cessação nas regiões da OMS, 2012 .....	25
Tabela 6: Avisos ilustrados - comparação de Portugal com alguns países .....	30
Tabela 7: Países que exigem avisos grandes com todas as características adequadas sobre os produtos de tabaco nas regiões da OMS, 2012 .....	36
Tabela 8: Países que conduziram uma campanha nacional com, pelo menos, sete características apropriadas nas regiões da OMS, 2012 .....	37
Tabela 9: Contribuições de caridade da Tabaqueira <i>Philip Morris</i> feitas a Portugal em 2013 .....	43
Tabela 10: Países que aplicam proibições completas em TAPS nas regiões da OMS, de 2007 a 2012 .....	44
Tabela 11: Países com impostos que representam mais de 75% do preço de venda nas regiões da OMS, 2012 .....	48
Tabela 12: Sumário da implementação das medidas MPOWER nos países europeus selecionados.....	50
Tabela 13: Países europeus classificados pela pontuação total da TCS em 2013 .....	54
Tabela 14: Rankings da Escala de Controlo do Tabaco dos países selcionados .....	56
Tabela 15: Exposição ao fumo passivo em locais públicos .....	58
Tabela 16: Exposição ao fumo passivo no local de trabalho .....	58
Tabela 17: Ajudas para tentar deixar de fumar nos países europeus selecionados, 2012 .....	59

## Lista de Acrónimos

OMS: Organização Mundial de Saúde

WHO: World Health Organization

HIC: High-income countries

MLIC: Middle/low-income countries

TFI: Tobacco Free Initiative

CQCT: Convenção Quadro para o Controlo do Tabagismo

FCTC: Framework Convention on Tobacco Control

COP: Conference of Parties

CTFK: Campaign for Tobacco-Free Kids

CDC: Center for Disease Control and Prevention

GATS: Global Adult Tobacco Survey

GYTS: Global Youth Tobacco Survey

PNPCT: Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo do Tabagismo

NRT: nicotine replacement therapy

CPAA: Cancer Patients Aid Association

TAPS: Tobacco ads, promotion and sponsorship

RSC: responsabilidade social corporativa

NCD: Non-communicable disease

TCS: Tobacco Control Scale

ENSP: European Network for Smoking Prevention

# 1. Introdução

O uso do tabaco é uma das principais causas de morte em todo o mundo, responsável por matar cerca de seis milhões de pessoas por ano - mais do que a tuberculose, HIV e malária juntos<sup>(1)</sup>. As doenças não comunicáveis, principalmente neoplasias, diabetes e doenças pulmonares e cardiovasculares crónicas, são responsáveis por 63% de todas as mortes no mundo e a grande maioria está relacionada com o uso do tabaco, fazendo deste o maior fator de risco evitável.

A maioria dos malefícios para a saúde não se torna evidente durante décadas de consumo<sup>(1)</sup> e uma vez que este está a aumentar mundialmente, a epidemia de doenças e de mortes está apenas a começar. No entanto, muitas destas podem ser prevenidas com a redução da prevalência do tabagismo, que por sua vez é alcançada com Políticas de Controlo de Tabagismo. Estas políticas estão a ser largamente abraçadas pelos estados soberanos de todo o mundo, no entanto, este trabalho vai dar especial atenção a Portugal e a alguns países do Sul da Europa - Espanha, França, Itália e Grécia, e do Norte da Europa - Finlândia, Noruega, Suécia, Dinamarca e Reino Unido, pretendendo comparar o nosso país com outros de desenvolvimento semelhante (Sul) e superior (Norte). Ocasionalmente, a Região Europeia da OMS vai ser comparada com as outras regiões (Américas, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental, África e Sudeste da Ásia) e uma posterior comparação será feita entre os países de altos rendimentos (*high-income countries* - HIC) e de países de médio/baixos rendimentos (*middle/low-income countries* - MLIC) na Europa; todos os países relevantes para este estudo são HIC.

Sendo o tabaco um dos principais contribuidores para a morbi-mortalidade mundiais, o seu controlo deve continuar a receber a prioridade que merece.

## 2. Consequências deletérias do tabaco

Os primeiros estudos acerca deste assunto foram documentadas nos anos 50<sup>(5)</sup>. Luther L. Terry, Cirurgião Geral nos EUA, publicou o *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee of the Surgeon General of the Public Health Service*, atualmente referido apenas como *The Surgeon General's reports*, que associa o tabagismo a doenças específicas. Portanto, há mais de 50 anos que sabemos que os fumadores são muito mais propensos a desenvolver e a morrer de determinadas doenças do que os não fumadores.

O tabaco foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX<sup>(1)</sup>, e atualmente mata 5,4 milhões de pessoas por ano<sup>(1)</sup>, à velocidade impressionante de uma a cada seis segundos<sup>(37)</sup>. A menos que sejam tomadas medidas urgentes, em 2030 haverá mais de 8 milhões de mortes por ano<sup>(1)</sup>, mais de 80% das quais nos países em desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

O tabaco mata um em cada dois fumadores; dos mais de 1 bilião de fumadores vivos hoje, cerca de 500 milhões serão mortos<sup>(1)</sup>, aproximadamente 15 anos prematuramente<sup>(38)</sup>. A este ritmo, vamos contar um bilião de mortes durante o século XXI (figura 1).

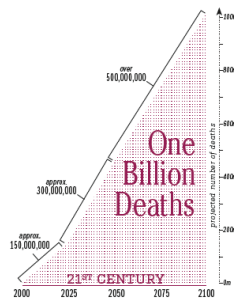


Figura 1: Mortes projetadas causadas pelo uso do tabaco durante o século XXI. Fonte: Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Ross, Hana. *The Tobacco Atlas*. Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012

Em Portugal, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo estima que o consumo de tabaco seja responsável por 1 em cada 10 mortes na população adulta e por 1 em cada 4 mortes na população dos 45 aos 59 anos<sup>(42)</sup>.

O tabaco tem consequências deletérias em virtualmente qualquer local do corpo, mas as neoplasias, patologias pulmonares e cardiovasculares são as que mais se destacam. O tabaco tem igualmente efeitos prejudiciais sobre a reprodução e gravidez, sobre a Diabetes Mellitus e ainda sobre o sistema imunitário<sup>(37, 38)</sup>.

### **3. Tobacco Free Initiative**

Há vários anos que a Organização Mundial de Saúde se empenha para evitar os inúmeros problemas de saúde causados pelo consumo de tabaco. O primeiro evento crucial ocorreu em 1988 na Assembleia Mundial de Saúde da OMS, que declarou um Dia Mundial Sem Tabaco, o qual ocorreu no ano seguinte, e desde então até agora, a 31 de maio. Uma década mais tarde, foi estabelecida a *Tobacco Free Initiative* (TFI) numa tentativa de obter a atenção mundial sobre os perigos do tabaco. Esta iniciativa tem apoiado vários países a adotar leis para reduzir o uso do tabaco, mas o verdadeiro momento decisivo aconteceu em 2003 com a Convenção Quadro para o Controlo do Tabagismo da Organização Mundial de Saúde (CQCT).

### **4. Framework Convention on Tobacco Control**

A CQCT (do Inglês *Framework Convention on Tobacco Control* - FCTC) foi desenvolvida em resposta à globalização da epidemia do tabaco. É um tratado baseado em evidências<sup>(3)</sup> que pretende "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências para a saúde, sociais, ambientais e económicas geradas pelo consumo e exposição ao fumo do tabaco, fornecendo um quadro de medidas de controlo do tabagismo a serem implementadas pelas Partes a níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir ... a prevalência do uso de tabaco e da exposição ao fumo do tabaco" (artigo 3 da FCTC).

O tratado esteve aberto para assinatura em junho de 2003 e entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Portugal assinou e ratificou em 2006, tornando-se um dos 179 membros que agora fazem parte da FCTC (figura 2), o que o torna um dos tratados mais amplamente adotados. Para além disto, a Convenção salienta-se por ser um acordo vinculativo multilateral relativamente a uma doença crónica não-transmissível (tradicionalmente não prioritária para a OMS), por ter uma excecional colaboração entre organizações governamentais e não-governamentais, por representar uma mudança na estratégia para abordar substâncias aditivas e, finalmente, ao reafirmar o direito de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde<sup>(3)</sup>.

A Convenção discriminou Artigos que representam as metas a serem cumpridas pelas Partes de forma a controlarem o tabagismo; estes artigos foram acordados na Conferência das Partes (*Conference of Parties* - COP). Segundo o site da OMS, as sessões regulares são agora realizadas a intervalos de dois anos; a última (sexta sessão - COP 6) teve lugar em Moscovo de 13 a 18 outubro de 2014<sup>(53)</sup>.

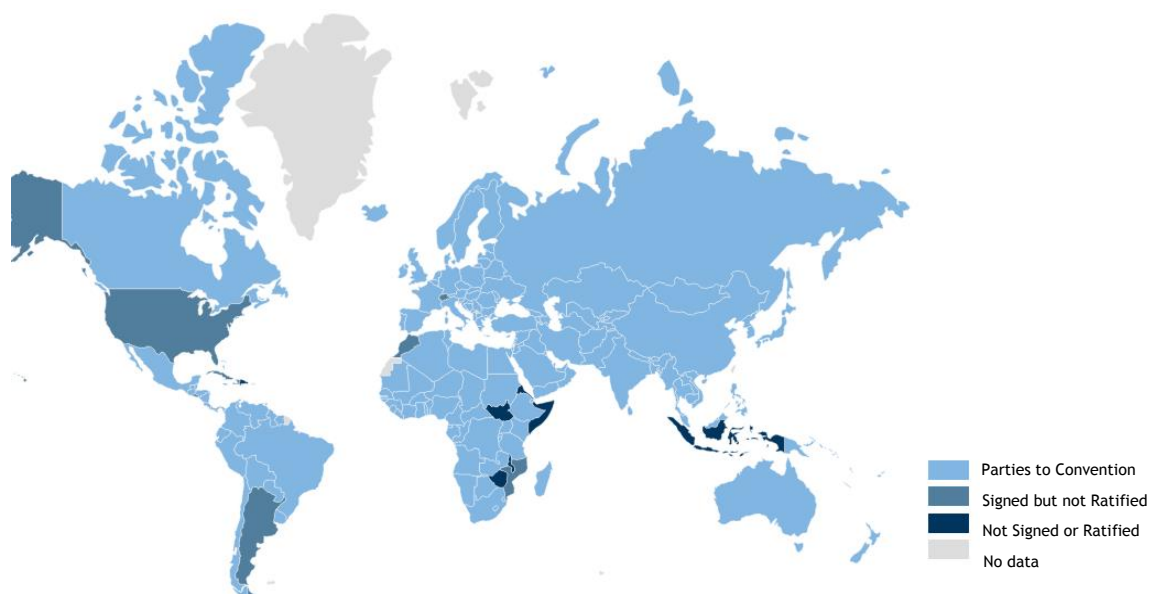


Figura 2: Partes da Convenção Quadro. Cento e setenta e nove países estão ratificados à Convenção. Dados de 2015. Adaptado de: Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Schluger, Neil; Gomeshtapeh, Farhad; Drope, Jeffrey. *The Tobacco Atlas. Fifth Edition.* Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2015

O último relatório da FCTC, *2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*<sup>(4)</sup>, mostra os progressos de 9 anos na implementação do Tratado; uma vista geral revela o Artigo 8 com as taxas de implementação mais altas (figura 3).

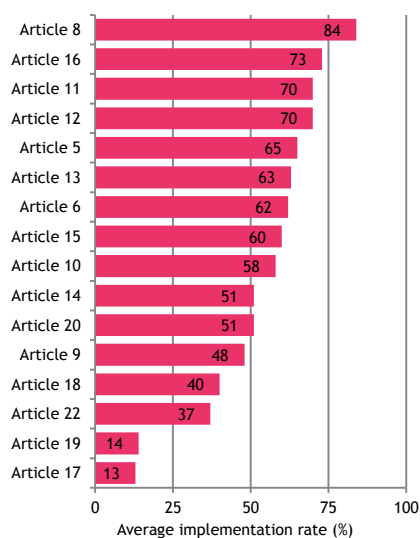


Figura 3: Implementação média dos Artigos pelas Partes em 2014. As taxas de implementação foram calculados como a percentagem de Partes que responderam afirmativamente quanto à implementação da medida. Fonte: *2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Geneva, World Health Organization, 2014

Os artigos com maiores taxas de implementação (65% ou mais) são o artigo 8, 16, 11, 12 e 5. Os artigos com as taxas de implementação mais baixas (40% ou menos) são o artigo 18, 22, 19 e 17. Alguns destes são relevantes para este trabalho e serão abordados com maior detalhe.

A taxa média de implementação foi de 59% em 2014. Para avaliar os progressos alcançados entre 2005 e 2014, há três períodos de referência: 2010 (inclui todos os dados recolhidos desde 2005 a 2010), 2012 e 2014. O questionário manteve-se estável desde 2010<sup>(4)</sup>, permitindo uma melhor comparação entre este e os dois períodos seguintes: houve um aumento na taxa média de implementação de 52% em 2010 e 56% em 2012 (figura 4).

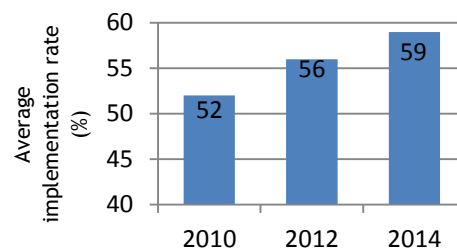


Figura 4: Taxas médias de implementação 2010 - 2014. Média calculada por indicadores comparáveis em todos os ciclos de relatórios. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

Os estudos provam que as medidas decretadas pela FCTC funcionam e conseguem combater esta epidemia, por isso o fato de cada vez mais estarem a ser implementadas é de elogiar; por outro lado, houve apenas uma subida de sete pontos em quatro anos, talvez porque estas intervenções, apesar de terem êxito, são ousadas e implicam grandes mudanças dentro do Estado Soberano, o que não se consegue de forma fácil, mas sim com uma grande colaboração entre cidadãos, governos e mesmo entre Partes.

É também útil comparar de que forma a implementação dos artigos nestes três ciclos de relatórios vai mudando (figura 5), de forma a perceber quais estão a receber mais atenção e quais necessitam de mais esforços. Há quatro artigos que atraíram variações positivas de mais de 10 pontos: Artigo 8 (18% ▲), Artigo 13 (14% ▲), Artigo 16 (13% ▲), e Artigo 12 (11% ▲). O progresso nos artigos 5, 9, 11, 14, 15 e 20 foi menos notável, mas melhor do que os outros artigos, cujas mudanças foram mínimas.

A maior implementação foi como já vimos foi no Artigo 8, com uma subida de 18 pontos desde 2010, o que reflete a grande sensibilização que está a ser feita para os efeitos deletérios do fumo passivo. Proibições de TAPS - *tobacco ads, promotion and sponsorship* (Artigo 13) são uma forma documentada de diminuir a incidência do tabagismo<sup>(2)</sup>, por isso qualquer investimento neste artigo trará consequências positivas.

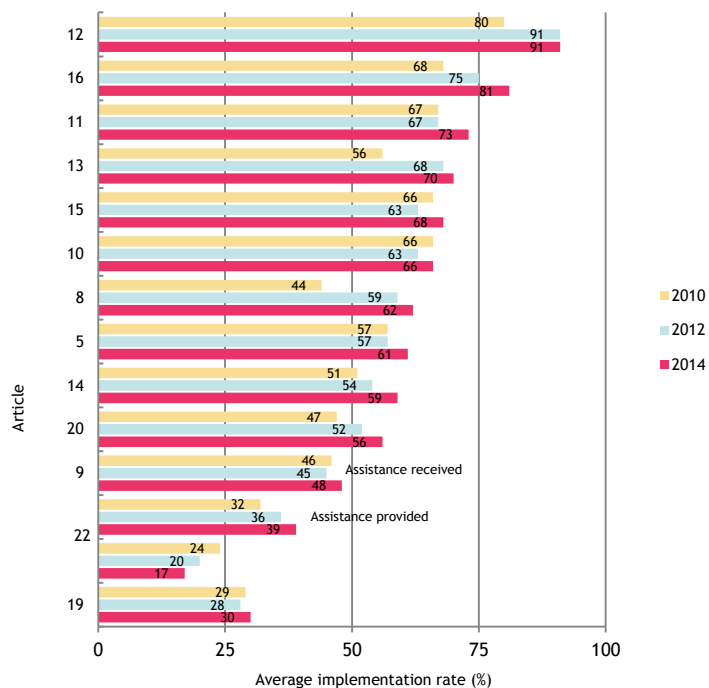


Figura 5: Taxas de implementação: mudanças nos artigos entre os três períodos. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

A consciencialização pública (Artigo 12) tem a melhor taxa de implementação e esta tem vindo a aumentar; na minha opinião, esta subida é apropriada uma vez que os cidadãos se devem responsabilizar cada vez mais pela sua saúde e ao perceberem os malefícios do tabaco conseguem fazer escolhas mais acertadas e têm maior vontade para desistir. É igualmente importante porque percebem a relevância destas campanhas e aprovam-nas, não sendo tão influenciados pela Indústria Tabaqueira.

Embora não seja importante para este trabalho, está a ser dada importância às vendas a menores (Artigo 16). Penso que diminuir o tabagismo nas faixas etárias mais jovens é imperativo, no entanto este artigo é difícil de colocar em prática: o objetivo de conseguir fazer entender os jovens de que o tabagismo é um comportamento danoso entra em conflito com a sua fácil influência pela Indústria e pelos pares. Mesmo assim, a tendência crescente do tabagismo entre jovens tem que ser combatida, pois serão eles os futuros clientes da Indústria.

Por fim, acho que deve ser dada uma atenção especial à cooperação entre as Partes (Artigo 22), que teve uma diminuição de 7 pontos desde 2010. É difícil a colaboração entre diferentes Estados, e aplicar as estratégias que foram bem sucedidas de uns para ou outros é igualmente um desafio. Exemplos de sucesso são os novos pacotes de cigarros com imagens, que serão melhor abordados mais adiante.

## 5. MPOWER

Embora o uso do tabaco continue a ser a principal causa mundial de morte evitável, há medidas provadas, e economicamente viáveis, para combater esta epidemia.

O MPOWER<sup>(1)</sup> é um pacote de políticas destinadas a ajudar na implementação a nível nacional de intervenções eficazes para reduzir o consumo de tabaco, como ratificado pela FCTC. As seis intervenções, baseadas em evidências, são:

*Monitor tobacco use and prevention policies* (Monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção)

*Protect people from tobacco smoke* (Proteger as pessoas do fumo do tabaco)

*Offer help to quit tobacco use* (Oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco)

*Warn about the dangers of tobacco* (Avisar sobre os perigos do tabaco)

*Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship* (Impor a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco)

*Raise taxes on tobacco* (Aumentar os impostos sobre o tabaco)

O MPOWER foi lançado pela Dra. Margaret Chan em fevereiro de 2008 e tornou-se imediatamente o resumo globalmente aplicável das estratégias de controlo do tabagismo; foi lançado com um design exclusivo de uma caixa semelhante a um maço de cigarros com as seis estratégias, e com o tema "fresh and alive", de forma a evitar táticas intimidadoras<sup>(1)</sup>.

Tanto este pacote de políticas como o Tratado que está na sua origem têm contado com o apoio de várias organizações e talvez o melhor exemplo seja a *Bloomberg Philanthropies* que já investiu cerca de 600 milhões de dólares para apoiar a implementação dessas medidas<sup>(1)</sup>. Outros parceiros que financiam estas políticas são a *Campaign for Tobacco-Free Kids* (CTFK), *Center for Disease Control and Prevention Foundation* (CDCF), *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health* (JHSPH), *International Union against Tuberculosis and Lung Disease* (IUATLD), *World Lung Foundation*, e *Bill and Melinda Gates Foundation*.

## 5.1. Monitorizar o uso do tabaco e as políticas de prevenção

Esta intervenção é baseada no Artigo 20 da Convenção-Quadro: “The Parties shall establish ... surveillance of the magnitude, patterns, determinants and consequences of tobacco consumption and exposure to tobacco smoke. ... Parties should integrate tobacco surveillance programmes into national, regional and global health surveillance programmes so that data are comparable and can be analysed at regional and international levels”<sup>(3)</sup>.

Dados de monitoramento baseados na população são necessários para planejar e implementar efetivamente a FCTC e para avaliar a eficácia das políticas MPOWER. Monitorizar fornece informações sobre a extensão da epidemia do tabaco num país; subgrupos que necessitam de políticas mais específicas, como os jovens; alterações no consumo do tabaco após a implementação de políticas; consciencialização pública e atitudes em relação aos programas de controlo, como impostos, lugares sem de fumo e proibições na comercialização; e práticas da Indústria Tabaqueira que podem dificultar a implementação destas<sup>(10)</sup>.

O monitoramento tem que ser cientificamente válido e utilizar dados padronizados; examinar amostras suficientemente grandes permite estimativas acerca da prevalência do tabagismo entre diferentes variantes demográficas como idade, sexo, rendimentos e outras características<sup>(10)</sup>.

A colheita de dados consistentes é vital para assegurar uma comparação no futuro. Há dois inquéritos que podem ser aplicados de forma a garanti-lo: a *Global Adult Tobacco Survey*<sup>(54)</sup> (GATS), com representação nacional, e a *Global Youth Tobacco Survey*<sup>(55)</sup> (GYTS), para alunos com idades entre os 13 e 15 anos; essas pesquisas só são aplicadas em 18 países apesar do seu sucesso como uma ferramenta de monitoramento de alta qualidade.

Por fim, os inquéritos devem ser implementados em intervalos regulares para garantir que as mudanças na epidemia são medidas<sup>(1)</sup>, e usando as mesmas perguntas da pesquisa e técnicas de análise de dados anteriores. Isto permite que os dados de diferentes pesquisas sejam comparáveis, e que seja avaliado o impacto das intervenções ao longo do tempo.

Monitorizar a Indústria Tabaqueira é primordial uma vez que ela opõe-se a estas intervenções, através da avaliação da publicidade, marketing e atividades promocionais e da sua interferência com a implementação de medidas de controlo de tabagismo.

### 5.1.1. Cinco anos de progresso na monitorização das políticas de tabaco

O último estudo da WHO, *WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, mostra que 2,8 biliões de pessoas em 54 países estão cobertas por uma vigilância do consumo de tabaco eficaz<sup>(2)</sup> (figura 6). Cerca de

40% da população mundial monitoriza regularmente o uso do tabaco entre adultos e jovens através de inquéritos representativos a nível nacional, um aumento de 5% desde 2007<sup>(2)</sup>. No entanto, este sucesso é apenas aparente: a monitorização global do consumo de tabaco regrediu nos últimos dois anos<sup>(2)</sup>, quando 2,9 biliões de pessoas estavam cobertas por esta medida<sup>(17)</sup>.

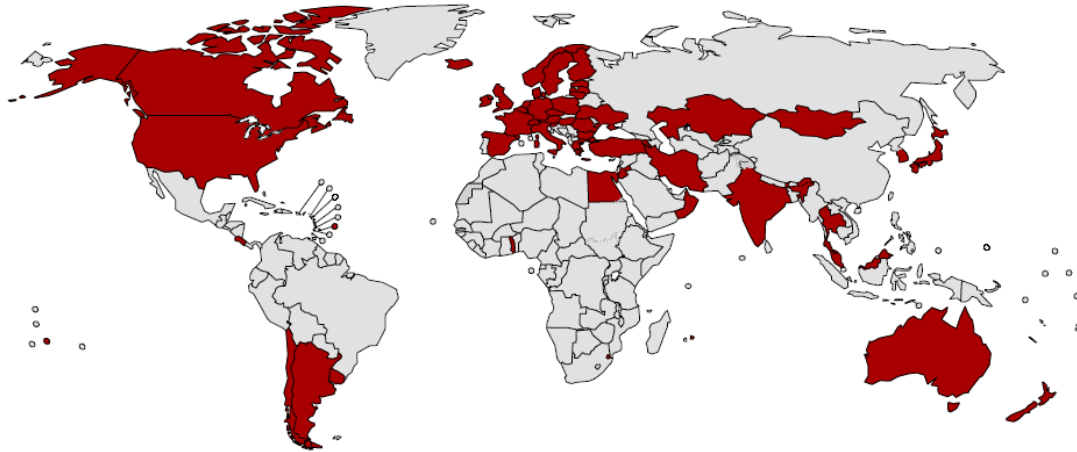


Figura 6: Monitoramento da prevalência do consumo de tabaco - países com maiores êxitos em 2012. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

A maioria dos países europeus ingressa na lista de maiores êxitos alcançados em 2012. Dos países destacados neste estudo, Portugal é o único que não o faz. No entanto, não é correto pensar que Portugal está a menosprezar esta medida: o Programa Nacional para a Prevenção e o Controlo do Tabagismo (PNPCT)<sup>(41)</sup> foi criado em 2012 e vai estender-se até 2016, e pretende prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens, promover a cessação tabágica, proteger da exposição ao fumo passivo, promover um clima social favorável ao não tabagismo, e por fim monitorizar, avaliar e promover a formação profissional e a investigação. Talvez no próximo estudo da *WHO Report the global Tobacco Epidemic* Portugal consiga estar entre os países com maiores sucessos.

Os estudos da MPOWER apontam o facto de dez países que tiveram o maior nível de monitorização em 2010 não manterem inquéritos em curso como uma das causas para a descida observada no progresso desta política; oito destes são MLIC, que têm maior necessidade de vigilâncias atualizadas. Há ainda 45 países que não realizaram pesquisas periodicamente, tornando mais difícil detetar as tendências do consumo de tabaco<sup>(2)</sup>. Penso que esta descida reflita também esforços a serem direcionados para outras políticas MPOWER.

Por fim, ao comparar o monitoramento em 2012 (figura 7) com o de 2007 (figura 8) percebemos as melhorias que foram alcançadas. Em 2007, a maioria dos países tinha apenas requisitos mínimos para dados atuais e representativos, ou dados recentes mas pouco representativos. Neste mesmo ano, 34 países não tinham dados recentes; em 2012, apenas 22 países (8% da população mundial) ainda não o têm<sup>(2)</sup>.

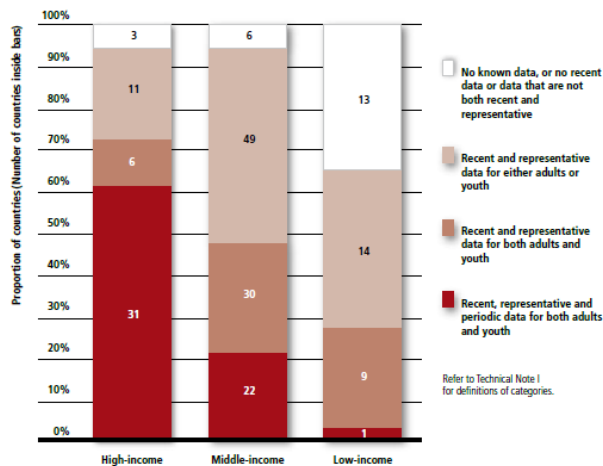


Figura 7: Monitoramento da informação 2012.

Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

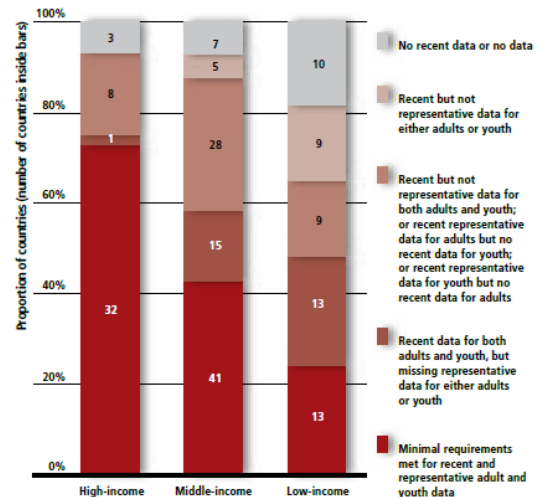


Figura 8: Monitoramento da informação 2007.

Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008

Penso que os HIC têm mais estudos recentes, representativos e periódicos em virtude da maior facilidade em orquestrar tais questionários; os MLIC por outro lado têm maior necessidade de manter sob vigilância a epidemia, já que ela cresce mais rapidamente entre eles. Os inquéritos GATS<sup>(54)</sup> e GYTS<sup>(55)</sup> foram especialmente desenvolvidos pela OMS para serem aplicados a MLIC, onde vive mais de metade dos fumadores mundiais e onde se carrega a maior carga de consumo de tabaco, e podem ser utilizados por estes países para melhorarem a implementação desta política.

## 5.2. Proteger as pessoas do fumo do tabaco

Esta intervenção é baseada no Artigo 8 da Convenção-Quadro: “... scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability. Each party shall adopt and implement ... measures, providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places”<sup>(3)</sup>.

A exposição ao fumo passivo é mortal e a brochura MPOWER<sup>(11)</sup> revela ainda que não há nenhum nível seguro de exposição e apenas ambientes 100% livres de tabaco podem proteger a saúde. Desta forma, os espaços interiores completamente livres de fumo são a única forma comprovada de fazê-lo<sup>(11)</sup>. As exceções a esta regra, como permitir fumar em áreas designadas ou a instalação de sistemas de ventilação, não protegem a saúde e prejudicam o impacto da regulamentação.

Contra as alegações da Indústria Tabaqueira, as leis antitabaco são populares, até mesmo entre os fumadores, e não prejudicam o negócio<sup>(1)</sup>: não têm um impacto económico negativo na restauração ou no turismo. Pesquisas de opinião pública mostraram um forte apoio em tornar restaurantes e bares 100% livres de fumo. Essas leis, quando aplicadas a locais de trabalho, também protegem a saúde dos trabalhadores<sup>(2)</sup> e encorajam os fumadores a desistirem: a média de consumo de cigarros caiu 3,1 cigarros por dia por fumador em locais de trabalho sem fumo em comparação com aqueles que não o eram<sup>(11)</sup>. A quantidade de pessoas protegidas do fumo passivo pode aumentar se a lei abranger escolas, centros de saúde e lares; os adolescentes que vivem em casas onde é permitido fumar são quase duas vezes mais propensos a começar a fumar do que aqueles que vivem em casas onde fumar é proibido<sup>(11)</sup>. Ambientes sem tabaco contribuem ainda para tornar o tabagismo socialmente menos aceitável.

Qualquer país, independentemente do seu nível de rendimentos, pode aplicar leis antitabaco de forma eficaz e ganhar o apoio dos cidadãos ao educar e explicar de forma clara o objetivo da lei<sup>(1)</sup>. A legislação deve ser claramente escrita e abrangente, sem exceções e com penalidades para violações; o seu reforço é igualmente necessário e os gerentes ou proprietários devem assumir a responsabilidade de garantir o cumprimento da lei<sup>(1)</sup>.

### 5.2.1. Cinco anos de progresso na proteção das pessoas contra o fumo do tabaco

O último estudo da WHO mostra que esta é a política mais amplamente adotada, com uma taxa de implementação de 84%<sup>(4)</sup>; desde 2007, a população protegida por uma lei

antitabagismo abrangente quadruplicou, com 1,1 biliões de pessoas (16% da população mundial) agora protegidas<sup>(2)</sup> (figura 9).

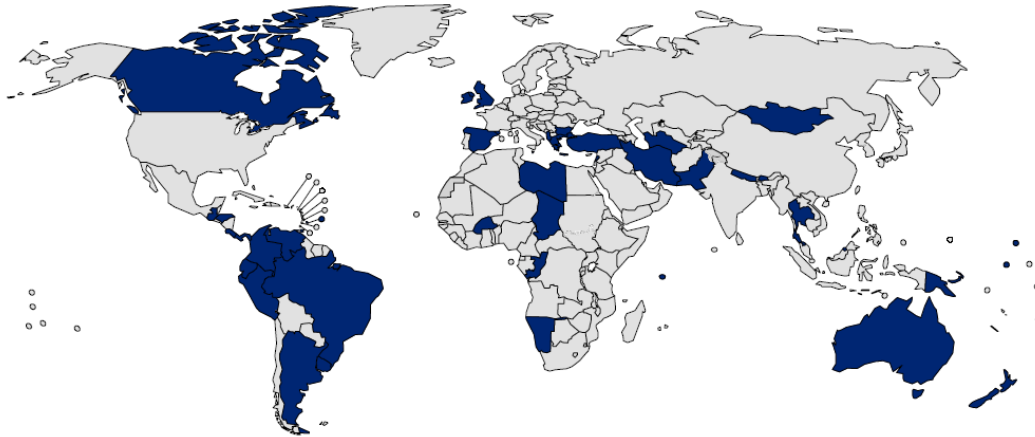


Figura 9: Ambientes livres do fumo do tabaco - países com maiores êxitos em 2012. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

Dos países selecionados, apenas o Reino Unido, a Espanha e a Grécia se salientam na Europa. Como vai ser melhor abordado adiante, o primeiro país tem uma legislação antitabágica exemplar, sem quaisquer exceção. A Espanha reforçou a sua lei em 2011 e impôs proibições totais nos bares e restaurantes.

A comparação da legislação antitabágica de 2012 com a que estava em vigor em 2007 mostra que no último estudo 43 países asseguraram locais públicos 100% livres de fumo, uma subida dos 16 que o faziam em 2007<sup>(1, 2)</sup>.

Relativamente aos lugares abrangidos por uma proibição total (legislação antitabágica sem exceções), os aviões, transportes públicos terrestres, estabelecimentos de saúde, de ensino e universidades, e do governo são os mais frequentemente cobertos; locais de trabalho privados, pubs, bares e veículos particulares são os menos abrangidos<sup>(4)</sup> (figura 10).

No meu parecer, o fato dos espaços fechados estarem incluídos nas proibições e terem das maiores taxas de adesão é definitivamente benéfico, pela simples razão de que o ar respirável nesses locais não é facilmente renovado e o fumo fica apreendido e os seus efeitos deletérios continuam a fazer-se sentir mesmo depois do fumador ter terminado de fumar. É igualmente importante que estabelecimentos de saúde e de ensino sejam livres de fumo de tabaco, os primeiros porque representam uma contradição, isto é, os locais de saúde não deveriam ter fumo que é prejudicial; os segundos, porque estamos a educar crianças e jovens acerca do tabaco e damos o melhor exemplo ao não fumar. O setor hoteleiro continua um dos menos regulados, mas há um aumento no que toca a bares e restaurantes por mais de 10

pontos em comparação com 2012, o que reflete não só a implementação de leis, mas também a perceção correta das pessoas de que esta proibição não danifica o comércio<sup>(11)</sup>. Considero que não é de esquecer que pubs, bares e restaurantes são locais de trabalho para várias pessoas, que tem direito a ganhar o seu salário sem prejudicar a sua saúde. A maioria dos veículos privados não tem nenhuma proibição, todavia são locais fechados que servem de potencial transporte de crianças, idosos e grávidas, três grupos de maior suscetibilidade aos problemas causados pelo fumo passivo.

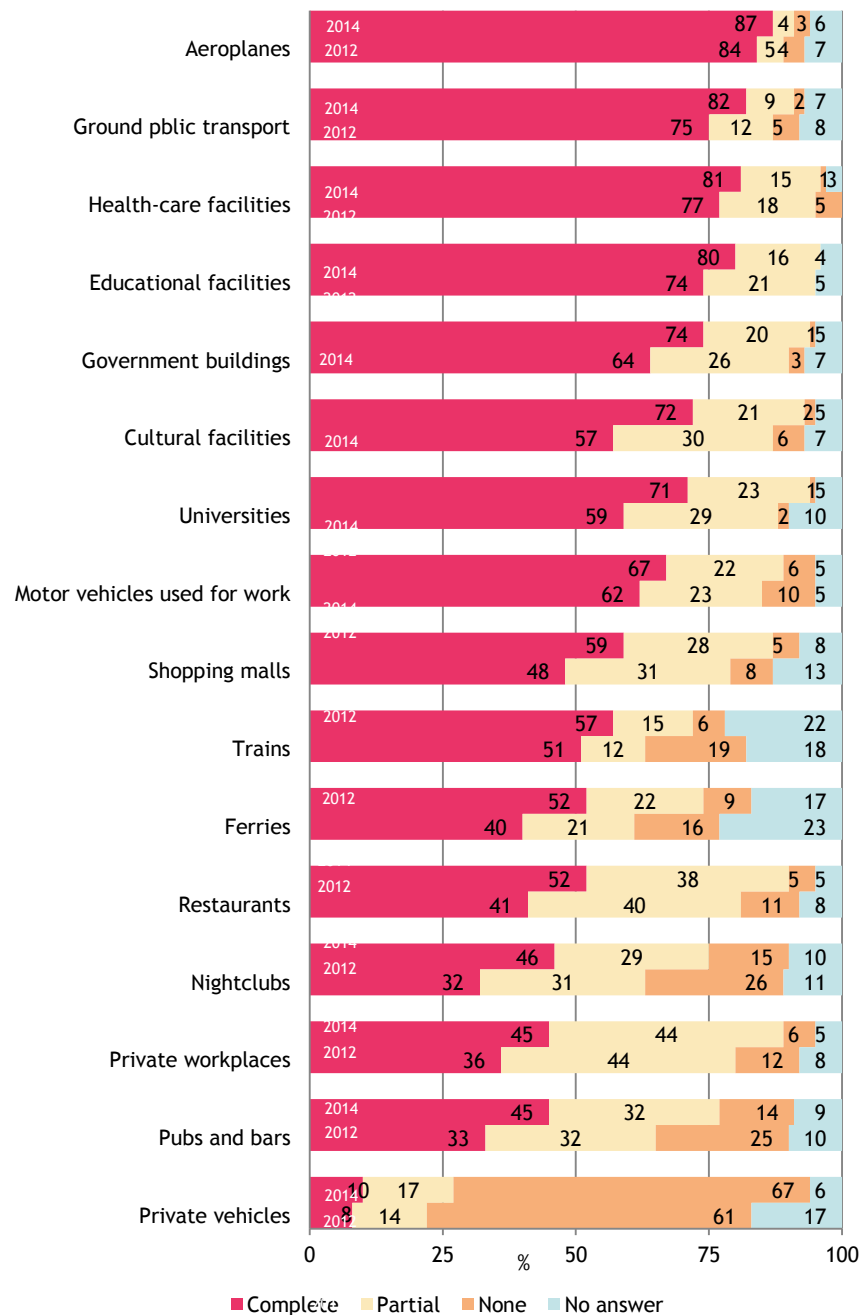


Figura 10: Proibições sobre o consumo de tabaco em 2014 e 2012. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

Na Europa, alguns países já tinham leis antitabágicas antes da implementação da MPOWER: a Irlanda tornou-se o primeiro país europeu a instituir uma proibição de fumar no local de trabalho em março de 2004; vários outros países seguiram este exemplo. A União Europeia realçou a importância de assegurar espaços sem fumo de forma a proteger as pessoas da morbidade e mortalidade causadas pelo fumo passivo e validou a Resolução do Parlamento Europeu P7\_TA(2009)0100<sup>(39)</sup> e a Diretiva 2009/C 296/02<sup>(40)</sup>, de 26 e 30 de novembro de 2009, respetivamente, ambas relativas à criação de espaços sem fumo.

## Portugal

A lei portuguesa 37/2007<sup>(18)</sup> regula vários aspetos do consumo, venda e controlo do tabaco em Portugal. Esta lei proíbe o fumo em todos os edifícios governamentais, bem como nos locais de trabalho, transportes públicos, escolas e instalações desportivas, hospitais, museus, estabelecimentos de alimentação e bebidas, parques de estacionamento cobertos, teatros, bibliotecas, e bares e restaurantes, onde só é permitido fumar em áreas destinadas a fumadores.

As normas impostas pela Lei são<sup>(18, 57)</sup>:

- Empresas com mais de 100m<sup>2</sup> (incluindo bares e restaurantes) devem designar claramente áreas para fumadores, que não podem exceder 30m<sup>2</sup>, e que devem ter uma ventilação adequada;
- Empresas com menos de 100m<sup>2</sup> podem escolher entre serem um local de fumadores ou não fumadores e a opção deve ser claramente visível e rigorosamente respeitada e com sistemas de ventilação em locais de fumadores;
- A lei também restringe onde os cigarros são vendidos: não estão disponíveis em edifícios públicos, instituições de ensino, lares e estabelecimentos de saúde;
- A idade legal para fumar é 18 anos e menores estão proibidos de usar máquinas de venda de cigarros;
- As pessoas que querem parar de fumar podem receber ajuda através do Serviço Nacional de Saúde Português;
- As penalizações estão também definidas na lei: fumadores que violem as restrições podem ser multados entre 50 e 750€, e os proprietários entre 50 e 1.000€ por não impedirem os clientes de fumar no seu estabelecimento.

Vários especialistas da área da saúde já se pronunciaram sobre este assunto numa tentativa de atualizar a lei de forma a incluir todos os espaços fechados nas proibições<sup>(58)</sup>. O Dr. José Calheiros, membro do conselho da Autoridade de Saúde, reafirma que uma proibição total “é

a única maneira de salvar vidas sem quaisquer custos” e, da mesma maneira, o presidente da Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo Luís Rebelo assegura que “temos de defender aqueles que não fumam e ajudar aqueles que querem parar de fumar”. Por outro lado, Ana Jacinto, porta-voz da associação hotéis e restaurantes contesta que “a lei não deve ser tocada ... alguns empresários fizeram investimentos [para garantir que os seus estabelecimentos respeitam as leis] e não concordamos que deveria ser mudada”. As fiscalizações também são um ponto-chave nesta atualização da lei que entrou em vigor em 2008: de acordo com Francisco George, Diretor Geral da Saúde, o nível de inspeção não é suficiente e “não pode ser apenas a ASAE a fiscalizar”, acrescentando que uma solução poderia “envolver as autoridades de saúde pública, uma vez que o tabagismo é um problema de saúde pública”.

Assim, seria de esperar que quando o Governo português reviu a lei antitabágica em abril de 2015 a cobertura fosse total, sem exceções. Com a nova lei pretende-se alargar a proibição de fumar a todos os espaços públicos fechados, mas a mesma continua a incluir várias exceções<sup>(61)</sup>, nomeadamente nos aeroportos, hospitais, centros psiquiátricos e de reabilitação, unidades de tratamento da dependência de drogas, lares de idosos e cuidados continuados e prisões. Para além desta grave falha, esta atualização acrescenta ainda uma moratória de 5 anos, até 2020, para permitir que os espaços públicos que investiram em obras para serem espaços com fumo se adaptem<sup>(59)</sup>. Esta revisão pretende também proibir os cigarros eletrónicos com nicotina, incluir imagens nos maços de tabaco e devolver ao ex-fumador o valor monetário gasto no tratamento da sua dependência<sup>(60)</sup>. As organizações não-governamentais europeias pronunciaram-se sobre esta decisão e mostraram-se “desiludidas com a revisão da lei do tabaco aprovada ... pelo Governo português”<sup>(59)</sup>. A *Smoke Free Partnership*, uma parceria entre a *European Respiratory Society*, *Cancer Research UK* e o *Institut National du Cancer*, afirma que estas revisões da lei não tiveram em conta as “recomendações da comunidade científica ou médica” e são o “resultado da pressão da Indústria Tabaqueira sobre o Governo Português”. A diretora desta parceria, Florence Berletti, reconhece que a maioria dos países têm “excelentes leis para ambientes livres de fumo de tabaco” e, como tal, seria de esperar “que Portugal fizesse melhor”<sup>(59)</sup>. É de lamentar que o nosso país, depois de 7 anos com uma lei que não protege os seus cidadãos, tenha deixado escapar a oportunidade de corrigir tal situação.

A *Smoke Free Partnership* desenvolveu o *Smoke Free Map*<sup>(63)</sup>, uma representação visual única da legislação antitabágica a nível nacional da Europa, que será a base para a comparação de Portugal com os países do sul e do norte da Europa já selecionados (tabela 1).

País	Data de implementação	Proibições		
		Bares e restaurantes	Locais de trabalho	Transportes públicos
Portugal	2008	Incompleta <sup>(a)</sup>		Total
<b>Países do Sul da Europa</b>				
Espanha	2011 <sup>(b)</sup>	Total		Total
França	2008	Total <sup>(c)</sup>		Total
Itália	2005	Total <sup>(c)</sup>		Total
Grécia	2010	Total <sup>(d)</sup>		Total
<b>Países do Norte da Europa</b>				
Finlândia	2007	Total <sup>(c)</sup>		Total
Suécia	2005	Total <sup>(c)</sup>		Total
Noruega	2004	Total	Total <sup>(c)</sup>	Total
Dinamarca	2007	Incompleta <sup>(a)</sup>		Total
Reino Unido	2007 <sup>(e)</sup>	Total		Total
Irlanda <sup>(f)</sup>	2004	Total		Total

Tabela 1: Legislação antitabágica na Europa - comparação de Portugal com alguns países europeus

<sup>(a)</sup> exceções permitem áreas para fumadores.

<sup>(b)</sup> lei implementada em 2005 com proibição parcial em locais públicos: restaurantes e bares podiam criar áreas para fumadores ou permitir fumar se fossem pequenos - menos de 100m<sup>2</sup>. No entanto, a legislação em bares e restaurantes era fraca e ineficaz, por isso a proibição completa em todos os locais fechados foi aprovada em 2011.

<sup>(c)</sup> áreas para fumadores fechadas e ventiladas são permitidas.

<sup>(d)</sup> o cumprimento da lei é problemático.

<sup>(e)</sup> as proibições foram implementadas em 2006 na Escócia e em 2007 no País de Gales, Irlanda do Norte e Inglaterra.

<sup>(f)</sup> embora a Irlanda não seja um dos países comparados neste estudo, a sua legislação deve ser enfatizada uma vez que foi o primeiro país a implementá-la.

Portugal, França e Itália permitem exceções perigosas para a saúde; Espanha e Grécia são as únicas com proibições totais, apesar de algumas dificuldades em cumpri-las. Segundo o último *Smoking Eurobarometer 2012*<sup>(19)</sup>, a Grécia é o país europeu com maior percentagem de fumadores (40%), enquanto Portugal tem a segunda mais baixa (23%). A tabela 2 mostra a prevalência de fumadores na Europa segundo este estudo.

Os países do Norte da Europa começaram mais cedo a introduzir proibições; quase todos têm proibições totais, todavia permitem áreas para não fumadores. O Reino Unido é o único a não permitir exceções à sua lei. A implementação em Portugal é muito semelhante à Dinamarca.

Todos estes países ficam abaixo da média europeia de prevalência de fumadores (tabela 2), e a Suécia tem o valor mais baixo alcançado<sup>(19)</sup>.

País	%
Grécia	40
Espanha	33
EU	28
França	28
Reino Unido	27
Dinamarca	26
Finlândia	25
Itália	24
Portugal	23
Suécia	13

Tabela 2: Prevalência (em percentagem) de fumadores na Europa, 2012. EU representa a média europeia. Fonte: Special Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans towards tobacco report, May 2012

Em muitos países há áreas para fumadores ao ar livre, onde fumar permanece geralmente permitido. Há poucos locais públicos fechados onde os fumadores podem fumar, mas eles existem; fumar em locais públicos na Itália e na Suécia tem que ser em salas separadas e ventiladas. Esta é uma excelente aposta dos governos italiano e sueco uma vez que protege os seus cidadãos mesmo em locais públicos abertos e o fato de obrigar o fumador a entrar nessas salas incute nele um sentimento de exclusão social.

Conquistas recentes em reforçar ambientes livres de tabaco foram feitas por eventos desportivos<sup>(2)</sup>. A *Union of European Football Associations* (UEFA), organizou o 14º Campeonato Europeu de Futebol (Euro 2012) na Polónia e Ucrânia como um evento completamente livre de tabaco. Esta decisão reafirmou a ligação entre o desporto e a saúde. Mais recentemente, os Jogos Olímpicos de inverno de 2014 em Sochi, Federação Russa, foram os 14º Jogos Olímpicos sem fumo consecutivos. O tabagismo foi proibido em todos os locais dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos, incluindo todos os bares e restaurantes, nenhum produto de tabaco foi vendido, e esta política foi exibida nos painéis de pontuação e na rádio. Esta medida protegeu mais de 155.000 atletas e representantes, assim como milhões de espetadores, da exposição ao fumo passivo<sup>(56)</sup>. Sochi é também um membro da Iniciativa Aliança de Cidades sem fumo (*Alliance of Smoke-free Cities Initiative*) que existe na Rússia desde 2012.

### 5.2.2. Estado de implementação do Artigo 8 *Passive Smoking*

Em 2008, a COP adotou diretrizes para implementar este artigo dentro de um prazo máximo de cinco anos e talvez este limite temporal reflita a elevada percentagem de Partes que tomaram medidas para proteger os seus cidadãos: 96% (125 países) adotaram proibições

(completas ou parciais) sobre o consumo de tabaco em locais de trabalho fechados, transportes públicos, locais públicos fechados e outros para conseguir uma proteção universal contra a exposição ao fumo passivo<sup>(4)</sup>. No entanto, a maioria dos países ainda só garante 1 a 2 locais públicos completamente livres do fumo do tabaco<sup>(2)</sup>. O grande destaque vai para os países de rendimentos médios, que têm o maior número de proibições em todos os locais públicos.

**Na Europa**, apenas nove países proíbem o tabaco em todos os locais públicos, ocupando o penúltimo lugar entre as regiões da OMS<sup>(4)</sup>, um desempenho melhor do que apenas a região Africana (tabela 3).

WHO Region	Countries	
	nº	%
Americas	14	40
South-East Asia	3	27
Western Pacific	7	26
Eastern Mediterranean	5	22
Europe	9	17
Africa	5	11

Tabela 3: Países que implementaram a proibição do tabagismo em todos os locais públicos nas regiões da OMS, 2012. Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

Penso que apenas 17% dos países europeus a terem proibições em todos os locais públicos é muito pouco uma vez que este é o artigo com maior taxa de implementação, mas se tomarmos em conta apenas proibições parciais, este número sobe consideravelmente. Dado que apenas uma proibição total é capaz de proteger a saúde dos cidadãos<sup>(11)</sup>, as parciais devem ser revistas e tornadas mais abrangentes de forma a não permitirem exceções. A proteção contra a exposição ao fumo passivo continua a ser insuficiente e varia muito dependendo do lugar público, um padrão que a Europa segue tal como as outras regiões<sup>(5)</sup>.

### 5.3. Oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco

Esta intervenção é baseada no Artigo 14 da Convenção-Quadro: “Each Party ... shall take effective measures to promote cessation of tobacco use and adequate treatment for tobacco dependence. Each Party shall endeavour to design and implement effective programmes aimed at promoting the cessation of tobacco use [and to] include diagnosis and treatment of tobacco dependence and counselling services on cessation of tobacco use in national health and education programmes, plans and strategies ...” (3).

A maioria das pessoas quer parar de fumar quando informadas dos riscos para a saúde<sup>(12)</sup> (figura 11). Suporte durante a cessação e a medicação aumentam a probabilidade de que um fumador desistir com êxito, mas poucos recebem a ajuda e apoio que precisam para superar a sua dependência<sup>(1)</sup>.

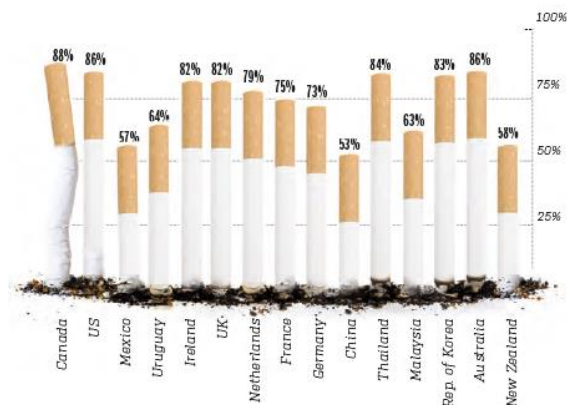


Figura 11: Percentagem de fumadores que já tentaram desistir. Dados de 2010. Fonte: Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Ross, Hana. The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012

Existem três tipos de tratamento que devem ser incluídos em qualquer programa de controlo do tabagismo: conselhos de cessação incorporados nos serviços de cuidados de saúde primários, linhas telefónicas facilmente acessíveis e gratuitas (conhecidas como *quitlines*), e acesso gratuito ou de baixo custo a medicação<sup>(1)</sup>.

O primeiro salienta a responsabilidade primordial que os profissionais de saúde têm na promoção da cessação tabágica. Para começar, não devem fumar; eles são mais eficazes em ajudar pacientes a parar quando eles próprios servem como modelos ao não fumarem<sup>(12)</sup>. A elevada proporção de médicos que fumam, para além darem um exemplo mortal aos seus pacientes, arruinam as mensagens e políticas de controlo de tabaco. Conselhos deles de uma forma clara e breve (1-3 minutos) sobre os perigos do tabaco são bem recebidos e aumentam as taxas de cessação<sup>(2)</sup>, pelo que todos os profissionais de saúde deveriam questionar rotineiramente os seus pacientes sobre o consumo de tabaco e oferecer ajuda para desistir.

A segunda forma de tratamento gira em torno das *quitlines*. Estas devem ser gratuitas, fornecer informações semelhantes às recebidas no aconselhamento em pessoa, serem operadas por pessoas (e não mensagens pré-gravadas), e serem acessíveis em horários convenientes<sup>(1)</sup>; financiamento e formação de pessoal são as principais desvantagens. Também podem ser utilizadas para follow-up e verificar o progresso, incentivar a desistir, manter a abstinência ou mesmo para tentar novamente se se deu uma recaída<sup>(12)</sup>. Elas aumentam a probabilidade de manter as pessoas comprometidas com a cessação a longo prazo.

Finalmente, a medicação de cessação aumenta duas a três vezes as probabilidades de desistir com sucesso<sup>(12)</sup> (figura 12). Existem dois tipos principais de medicação: a terapia de reposição de nicotina (NRT), tais como adesivos, pastilhas, gomas, inaladores orais e spray nasal; e medicamentos sujeitos a receita médica, como a bupropiona e vareniclina. NRT devem estar disponíveis em farmácias sem receita médica.

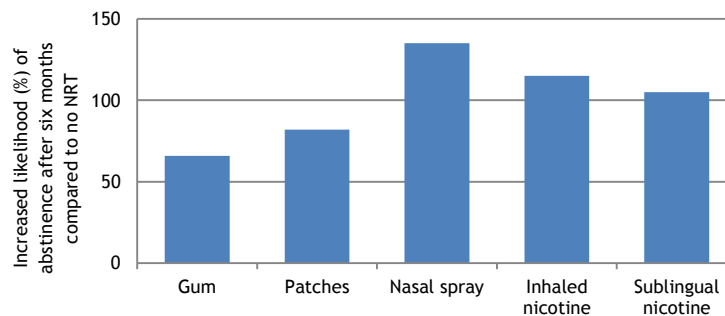


Figura 12: Terapia de reposição de nicotina pode duplicar as taxas de cessação. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008

Apesar dos obstáculos que enfrentam, os programas de cessação são politicamente possíveis<sup>(12)</sup> e permitem aos governos ajudar os que são mais diretamente afetados pela epidemia, utilizando, por exemplo, o dinheiro dos impostos sobre o tabaco para apoiar os serviços de cessação. Embora os serviços de cessação tenham um impacto menor sobre a população do que outras intervenções MPOWER, eles têm um grande impacto na saúde individual<sup>(12)</sup>, uma vez que os riscos de desenvolver uma doença relacionada com o tabaco são significativamente reduzidos dentro de alguns anos entre aqueles que param de fumar, independentemente da sua idade. Para além disso, eles ajudam os fumadores mais pesados e mais dependentes, que têm mais dificuldade em desistir e que colocam o fardo mais pesado nos serviços de saúde<sup>(32)</sup>.

### 5.3.1. Cinco anos de progresso ao oferecer ajuda para deixar o consumo de tabaco

Mais de 1 bilião de pessoas (15% da população mundial) vivem nos 21 países que fornecem suporte para cessação apropriado<sup>(2)</sup> (figura 13). Isso é duas vezes mais do que há quatro anos, quando apenas 502 milhões de pessoas<sup>(1)</sup> (7% da população mundial) tinham ajuda para desistir. Este apoio vem principalmente de países de médios e altos rendimentos; nenhum país de baixo rendimento fornece suporte para cessação ao mais alto nível<sup>(2)</sup>.



Figura 13: Tratamento da dependência do tabaco - países com maiores êxitos em 2012. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

Dos países selecionados, apenas a França, Reino Unido e Dinamarca obtiveram êxitos no último estudo da WHO. Como discutido adiante, Portugal tem uma *quitline* sujeita a taxação, e pouco progresso no tratamento da dependência com medicação.

Apesar deste progresso, desde 2010 muito pouco tem sido feito acerca dos serviços de cessação; apenas quatro países (Dinamarca, El Salvador, Kuwait e Tailândia) providenciaram acesso a serviços custo-cobertos incluindo uma *quitline*<sup>(2)</sup>. Em 2011, a OMS publicou um manual de *quitlines*, *Developing and improving national toll-free tobacco quit line services*, principalmente para ajudar os MLIC nas fases iniciais do desenvolvimento de uma *quitline*<sup>(2)</sup>.

Eventos locais, como o Dia Mundial Sem Tabaco, são considerados por 115 Partes a oportunidade mais atrativa para transmitir mensagens sobre a cessação tabágica<sup>(4)</sup>. A figura 14 mostra outras opções.

## Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

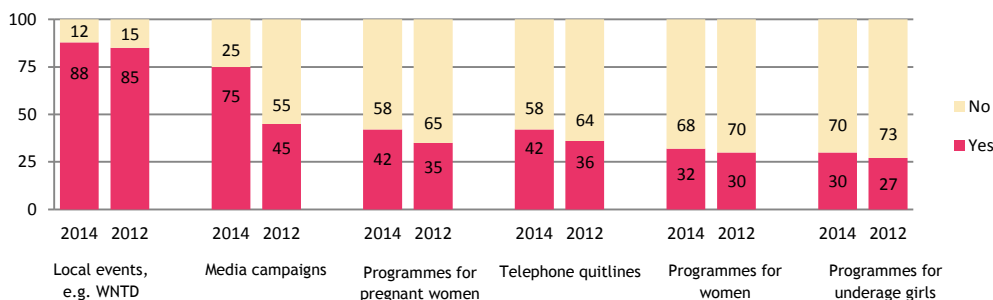


Figura 14: Oportunidades para promover a cessação tabágica, em 2014 e 2012. WNTD: World No Tobacco Day. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

O principal avanço deu-se nas campanhas de *media*, que 75% das Partes afirmam utilizar. As *quitlines* são importantes e vão ser abordadas mais adiante. Penso que eventos direcionados ao público geral, como os eventos locais, atraem mais atenção uma vez que programas para, por exemplo, raparigas menores implicam uma abordagem diferente, direcionada para este grupo, pelo que naturalmente os esforços se convergem para o maior número de pessoas que podem beneficiar da mensagem.

Os estudos revelam que os médicos, enfermeiros e médicos de família são os profissionais de saúde mais envolvidos no tratamento do tabagismo (figura 15). A inclusão do tratamento da dependência do tabaco nos currículos de um profissional de saúde ainda é subutilizado, com apenas metade das Partes a fazê-lo<sup>(4)</sup>.

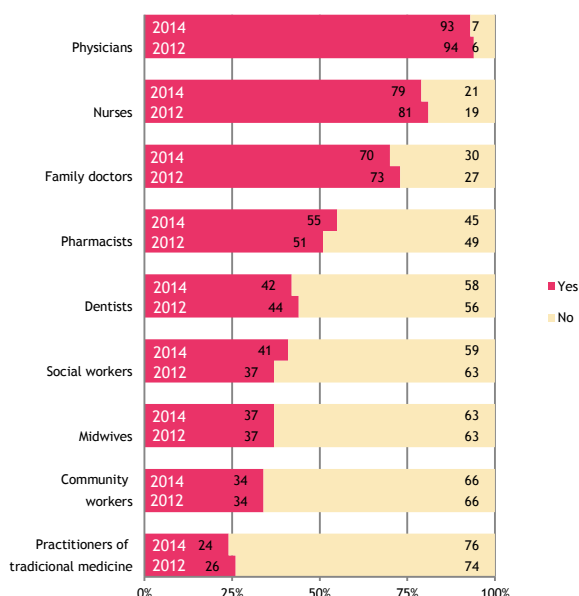


Figura 15: Profissionais de saúde e de outros serviços no tratamento e aconselhamento em 2014 e 2012. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

## Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

Apesar do médico de família estar em terceiro lugar nesta lista, na minha opinião ele está na melhor posição para promover e tratar esta dependência, mas é do dever de qualquer profissional de saúde pelo menos a primeira. Isto porque o médico de família conhece o doente de uma forma mais holística e saberá a melhor maneira de ajudá-lo a compreender os malefícios do tabaco e os benefícios da cessação. Incluir tal competência no currículo é relevante, não mostra um comportamento presunçoso pelo profissional de saúde, pelo contrário demonstra aptidões de tratamento de um vício que causa imensa morbidade e mortalidade.

**Em Portugal**, a maioria dos profissionais de saúde não são treinados para ajudar os fumadores a desistir, mas esforços estão a ser feitos para contrariar esta situação. Existem consultas de cessação tabágica, onde os fumadores podem ser ajudados, mas a maioria dos profissionais de saúde apenas os direciona quando eles estão empenhados em deixar de fumar, tendo como falha principal a falta de promoção da cessação.

Sobre as linhas telefónicas de apoio, há uma linha SOS - parar de fumar (808 20 88 88), criada em 2002, que informa o público sobre o tabagismo e os seus efeitos nocivos e aconselha e apoia os fumadores que querem deixar de fumar; é formada por uma equipa de especialistas treinados<sup>(64)</sup>. A linha telefónica Saúde24, do Serviço Nacional de Saúde, deverá ter consultas de cessação tabágica por telefone no início de 2015. Também neste ano se esperam notícias sobre a contribuição do Ministério da Saúde para comparticipar 40% da medicação<sup>(65)</sup>.

A *European Smoking Cessation Helplines Evaluation Project* analisou 9 *quitlines* europeias e o seu relatório<sup>(20)</sup> serve de base para a comparação de Portugal com outros países europeus neste domínio (tabela 4).

País	Quitline	Data de implementação	Gratuita	Notas
Portugal	SOS Deixar de Fumar	Abril 2002	não, chamadas têm taxa local	A equipa precisa de um diploma universitário na área da saúde ou ciência social e deve ter feito treino específico antes de começar a trabalhar.
<b>Países do Sul da Europa</b>				
França	Tabac Info Service	Julho 2003	não, chamadas têm taxa local	As equipas consistem em <i>advisors</i> (formação em educação social e dois anos de universidade) e <i>counsellors</i> (especialistas em cessação, medicina ou psicologia)
Itália	S.O.S. FUMO	Junho 1999	sim	A equipa consiste em voluntários, psicólogos, médicos e um advogado, com conhecimento na área; há follow-ups a cada dois meses.
<b>Países do Norte da Europa</b>				
Noruega	Røyketelefonen	Mai 1996	sim	A equipa é composta por pessoal de campanha (fazem duas campanhas por ano e não realizam aconselhamento pró-ativo) e <i>counsellors</i> (formação em aconselhamento, área de saúde ou psicologia)

Dinamarca	STOP-liniens Rådgivning	Novembro 1999	sim	A equipa tem formação em saúde, comunicação e educação; aconselhamento de acordo com protocolos da <i>quitline</i> ; ser ex-fumador é considerado uma vantagem.
Reino Unido	várias <sup>(a)</sup>	1987	sim	<i>Counsellors</i> com um curso de aconselhamento completo de pelo menos um ano de duração

Tabela 4: *Quitlines* europeias - comparação de Portugal com alguns países europeus

<sup>(a)</sup> há várias *quitlines* no Reino Unido: uma ligada ao fármaco Zyban® (Bupropiona), outra à Nicotinell (Nicotina em gomas, adesivos), uma orientada para grávidas, a Freefone Asian line, e a QUIT.

Alguns países já implementaram *quitlines* há alguns anos, e a sua eficácia foi já estudada e comprovada, por isso é de lamentar que não estejam mais disseminadas. Portugal e França são os únicos países que cobram uma taxa local por este tipo de atendimento; chamadas gratuitas podiam aumentar o número de fumadores que utilizam esta ajuda para deixar de fumar. Outros dois países a destacar são a Itália, que fornece chamadas de follow-up, importantes para motivar os fumadores, e a Noruega, que realiza campanhas que divulgam os malefícios do tabaco e fomentam as taxas de desistência.

### 5.3.2. Estado de implementação do Artigo 14 *Addiction and Cessation Programs*

A média da taxa de implementação deste artigo é de 51%, um pouco acima de 2012 (45%) e está na faixa intermediária de implementação quando comparado com todos os outros<sup>(4)</sup>.

Noventa e oito Partes integraram o tratamento da dependência do tabaco nos seus sistemas de cuidados de saúde primários, mas apenas metade asseguram cobertura monetária<sup>(4)</sup>; quinze deram um passo importante ao estabelecerem as primeiras clínicas de cessação<sup>(4)</sup>. Penso que este passo não só atribui ao problema a relevância que ele merece, mas também mostra aos cidadãos que o tabaco deve ser encarado como uma doença e que tem tratamento. Uma ideia para divulgar a cessação tabágica seria promovê-la em vários lugares, especialmente locais de ensino, trabalho e lazer.

Acerca do tratamento farmacêutico da dependência do tabaco, mais de metade das Partes asseguraram tanto o acesso como a cobertura monetária ao tratamento. Oitenta e sete Partes têm disponível NRT, mas apenas 60 a vareniclina e 66 a bupropiona<sup>(4)</sup>. A questão financeira é um grande obstáculo já que a medicação não comparticipada é mais cara e torna-se um fator de má adesão terapêutica, prováveis tentativas de cessação falhadas e hesitação em tentar uma nova.

Na Europa, apenas 13% dos países opera uma *quitline* nacional e assegura a cobertura dos custos tanto para NRT como para alguns serviços de cessação, em comparação com 8% em 2007. Esta percentagem representa 7 países (Dinamarca, França, Irlanda, Israel, Roménia, Turquia e Reino Unido) e classifica a Região Europeia como média comparada às outras regiões da OMS<sup>(5)</sup> (tabela 5).

WHO Region	Countries	
	nº	%
Americas	6	17
Western Pacific	4	15
Europe	7	13
Eastern Mediterranean	3	13
South-East Asia	1	9
Africa	0	0

Tabela 5: Países que fornecem uma *quitline* nacional e cobertura monetária de NRT e alguns serviços de cessação nas regiões da OMS, 2012. Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

O estudo da *European Tobacco Control* de 2013 salienta Israel, Roménia e Turquia como os três MLIC que implementaram este artigo ao mais alto nível<sup>(5)</sup>, o que mostra ser possível dispender recursos humanos e monetários mesmo com poucos rendimentos.

As *quitlines* exigem recursos financeiros e humanos treinados, pelo que podem parecer mais difíceis de implementar do que NRT. No entanto, a terapia farmacológica por si só já faz a diferença para muitas pessoas cujos países não operam *quitlines*, pelo que precisam de ser mais divulgadas entre os fumadores e a sua cobertura ser uma prioridade da economia do país.

## 5.4. Avisar sobre os perigos do tabaco

Esta intervenção é baseada no Artigo 11 da Convenção-Quadro: “Each Party shall ... ensure that tobacco product packaging and labelling do not promote a tobacco product by any means that are false, misleading [or] deceptive ... Each Party shall ... ensure that... tobacco products ... carry health warnings describing the harmful effects of tobacco use”, e no Artigo 12: “Each Party shall promote and strengthen public awareness of tobacco control issues, using all available communication tools”<sup>(3)</sup>.

A maioria das pessoas subestimam a dependência e o perigo do tabaco e muitos fumadores acreditam que podem reduzir ou parar antes de ficarem doentes, isto porque poucas pessoas percebem os riscos implicados para a saúde<sup>(13)</sup>. Por esta razão é primordial avisar acerca dos malefícios do tabaco, e as três principais formas de o fazer são<sup>(1)</sup>: avisos eficazes nos maços de tabaco, publicidade antitabaco e uso da *media*.

A primeira é definitivamente uma das medidas mais eficazes para controlar o consumo do tabaco<sup>(2)</sup> e esclarecer os seus riscos. Os avisos alcançam todos os fumadores e encorajam-nos a desistirem enquanto dissuadem os não-fumadores de começar, e são praticamente livres de custo<sup>(13)</sup>. Também ajudam a ganhar a aceitação do público para outras medidas de controlo do tabagismo. As características adequadas para avisos eficazes incluem as seguintes<sup>(5,13)</sup>: avisos que incluem imagens nos pacotes individuais a descrever os efeitos nocivos do tabaco; grandes, claros, visíveis e legíveis, que cobrem 50% ou mais das principais áreas visíveis do pacote (frente e verso) e não menos do que 30%; rodam periodicamente para continuar a atrair atenção; estão escritos na (em todas) principal língua (s) do país; e não usam termos enganosos, como “light” ou “tara baixa”, uma vez que criam a falsa impressão de que o produto é menos nocivo. O *Tobacco Atlas*<sup>(36)</sup> refere que em 2006, 70% dos fumadores chineses, independentemente da idade, educação ou rendimentos, acreditavam que cigarros com “low tar” ou “light” eram menos nocivos que os restantes.

Outra forma de comunicar os riscos do tabagismo é através da publicidade antitabaco; campanhas com imagens que mostram o dano físico causado pelo tabaco são especialmente eficazes a convencer os fumadores a desistirem, mas devem ser mantidas por longos períodos de tempo (3 semanas no mínimo) para terem um efeito a longo prazo, embora campanhas mais limitadas possam ter algum impacto<sup>(17)</sup>. Países onde a questão financeira é mais pronunciada podem criar programas na televisão ou na rádio e educar o público a um preço barato<sup>(13)</sup>.

#### 5.4.1. Cinco anos de progresso a avisar sobre os perigos do tabaco

O número de pessoas expostas a avisos de saúde eficazes e ilustrados nos maços de cigarros quase triplicou nos últimos cinco anos, passando de 356 milhões (5% da população mundial) em 10 países em 2007 para mais de 1 bilião de pessoas (14% da população mundial) em 30 países até 2012(2) (figura 16). Países de rendimentos médios mostram liderança nesta área ao serem responsáveis por 22 destes 30 países.

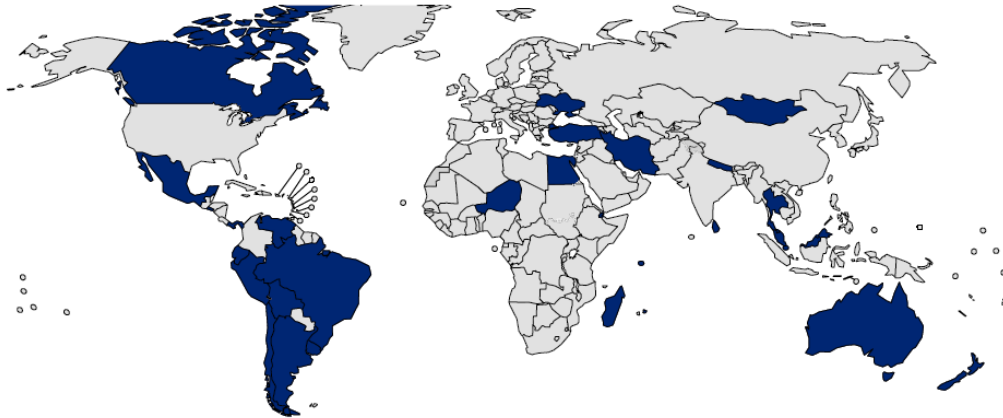


Figura 16: Avisos acerca dos perigos do tabaco - países com maiores êxitos em 2012. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

Na Europa, nenhum país ingressa na lista de maiores êxitos apesar de alguns já terem avisos que cumprem os requisitos impostos pelo artigo 11 da FCTC. É de salientar a Austrália, que já optou por pacotes genéricos, isto é sem logos, imagens da marca ou informação promocional<sup>(2)</sup>.

No entanto, apesar desta maioria das Partes terem avisos de saúde, geralmente grandes, visíveis e sem termos enganosos, apenas metade exige avisos ilustrados, e menos ainda que estes devem ocupar 50% ou mais das principais áreas da embalagem<sup>(4)</sup> (figura 17). Na minha opinião, ao não utilizarmos dois dos requisitos que têm grande impacto no fumador estamos a desperdiçar oportunidades de os avisar, isto porque os maços com avisos continuam a ser impressos e distribuídos, mas sem estas características, não são tão eficazes a servirem o seu propósito.

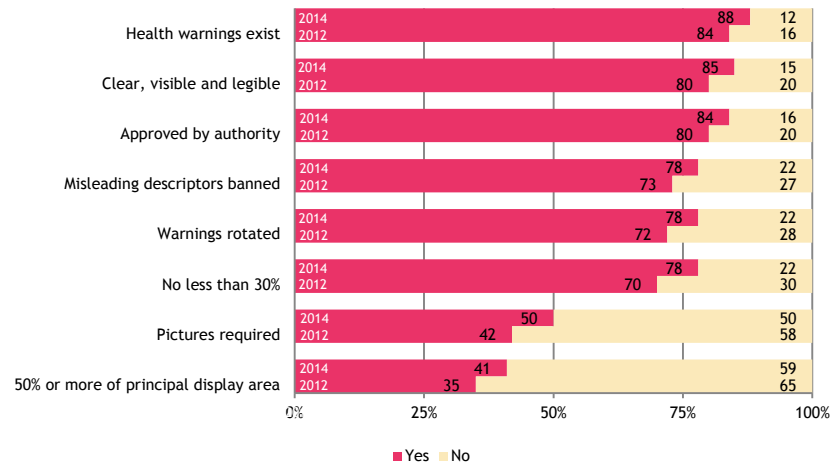


Figura 17: Implementação dos requisitos previstos no artigo 11, 2012 e 2014. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

Portugal não tem nenhum aviso ilustrado ou proibições de termos enganosos (figura 18); tem as 10 seguintes advertências:

- Fumar mata.
- Fumar provoca cancro pulmonar mortal.
- Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar.
- Fumar provoca o envelhecimento da pele.
- Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam.
- Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho.
- Os fumadores morrem prematuramente.
- Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes.
- Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência.
- Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais.



Figura 18: um maço de cigarros português típico

Estes avisos já existem há muitos anos e terão muito pouco impacto. É necessário mudar profundamente os maços em Portugal, começando não só por acrescentar imagens, mas

também por alterar o conteúdo dos avisos. Segundo a Associação Portuguesa de Luta Contra o Cancro do Pulmão (Pulmonale), Portugal mantém as suas mensagens mesmo depois de vários países já terem optado por avisos mais eficazes<sup>(69)</sup>; a mesma fonte afirma que em 2010 cerca de 20 médicos subscreveram um manifesto onde defendiam “melhorar a informação do consumidor através da adoção de avisos de saúde com imagens a cores nas embalagens dos produtos de tabaco”, no entanto os maços permanecem iguais.

Muitos países têm trabalhado nos maços com avisos ilustrados. Destes, a Austrália salienta-se por introduzir legislação inovadora e os avisos mais violentos nos maços de tabaco até à data<sup>(66)</sup>; o Brasil também se destaca por causa do tamanho dos seus avisos ilustrados.

A figura 19 salienta a vermelho os países que já implementaram avisos ilustrados nos seus produtos de tabaco.

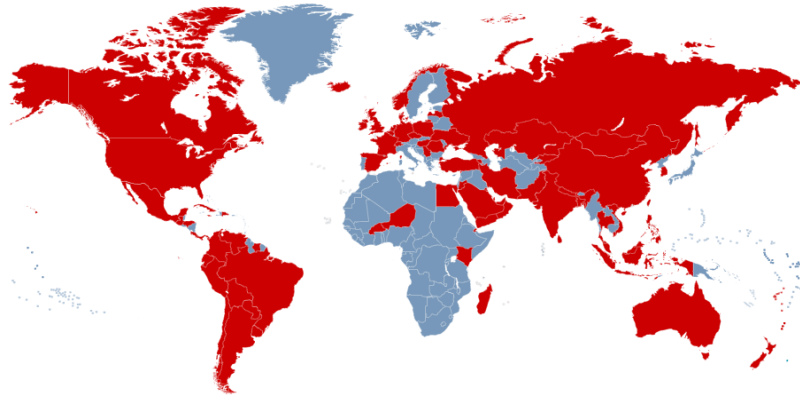








Figura 19: Países com avisos ilustrados nos seus produtos de tabaco. Fonte:

<http://www.tobaccolabels.ca/world-map/>

Na Europa, há três do Sul que não têm este tipo de avisos, Portugal, Itália e Grécia, mas talvez a maior surpresa seja a Suécia e a Finlândia que também não o têm. Isto porque estes dois países têm um desenvolvimento superior aos países do Sul e salientam-se exatamente por não utilizarem uma das medidas mais simples e efetiva. No entanto, estes países, especialmente a Suécia, têm uma elevada taxa de consumo de produtos de tabaco sem fumo (figura 9), que nem sempre estão sujeitos às mesmas proibições que os cigarros e talvez por essa razão não estejam selecionados no mapa a vermelho. Apesar disto, a Noruega tem uma taxa de consumo destes produtos semelhante à Suécia e já utiliza avisos ilustrados em todos os produtos de tabaco.

A CTFK e a *Tobacco Labelling Resource Centre* compilaram todos os avisos gráficos existentes nos diferentes países mundiais nos seus sites<sup>(67, 68)</sup>, que será a base para a comparação de Portugal com os países do sul e do norte da Europa já selecionados (tabela 6).

Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

País	Data de implementação	% Cobertura da embalagem	Notas	Exemplo da ilustração
Portugal	—	—	—	—
<b>Países do Sul da Europa</b>				
Espanha	2011	avisos cobrem 30% da frente e 40% da parte de trás do pacote (total de 35% do espaço da embalagem)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há quatorze avisos que rodam entre si</li> <li>• foram proibidos termos enganosos</li> </ul>	
França	2011	avisos cobrem 30% da frente (apenas texto) e 40% da parte de trás do pacote (com imagem), num total de 35% do espaço da embalagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há quatorze avisos que rodam entre si</li> </ul>	
<b>Países do Norte da Europa</b>				
Noruega	2011	avisos cobrem 30% da frente e 40% da parte de trás do pacote (total de 35% do espaço da embalagem).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há quatorze avisos que rodam entre si</li> <li>• foram proibidos termos enganosos</li> </ul>	
Dinamarca	2012	avisos cobrem 30% da frente e 40% da parte de trás do pacote (total de 35% do espaço da embalagem).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há quatorze avisos que rodam entre si</li> <li>• foram proibidos termos enganosos</li> </ul>	
Reino Unido	2008	avisos cobrem 43% da frente (apenas texto) e 53% da parte de trás do pacote (com imagem), num total de 48% do espaço da embalagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há quinze avisos que rodam entre si</li> <li>• foram proibidos termos enganosos</li> </ul>	
<b>Outros Países de destaque</b>				
Austrália	2006, 2012	avisos cobrem 75% da frente e 90% da parte de trás do pacote (total de 82,5% do espaço da embalagem).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há catorze avisos que rodam entre si</li> <li>• foram adotadas embalagens genéricas<sup>(c)</sup> e proibidos termos enganosos</li> </ul>	

<b>Brasil</b> <sup>(d)</sup>	2002, 2004, 2009, 2016	avisos cobrem 100% da parte da frente ou de trás do pacote <sup>(e)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há dez avisos que rodam entre si <sup>(f)</sup></li> <li>• desde 2003 que todas as embalagens têm o mesmo aviso escrito <sup>(g)</sup></li> </ul>
<b>Canada</b> <sup>(h)</sup>	2001, 2012	avisos cobrem 75% da frente e 75% da parte de trás do pacote, um lado em Inglês e o outro em Francês (as duas línguas canadianas oficiais), num total de 75% do espaço da embalagem; também aparecem no interior da embalagem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• há dezasseis avisos que rodam entre si</li> <li>• termos enganosos não são proibidos por lei, mas uma ordem judicial proíbe algumas empresas de tabaco (mas não todas) de os utilizar.</li> <li>• está a considerar embalagens genéricas.</li> </ul>



Tabela 6: Avisos ilustrados - comparação de Portugal com alguns países

<sup>(a)</sup> røyking er sterkt avhengighetsskapende: ikke begynn å røyke - smoking is highly addictive: do not start to smoke

<sup>(b)</sup> Rygning forårsager dødelig lungekræft - Smoking causes fatal lung cancer

<sup>(c)</sup> embalagens genéricas contêm apenas o nome do produto em letras padronizadas e o aviso ilustrado, todas as marcas e logotipos foram retirados.

<sup>(d)</sup> o Brasil foi o segundo país do mundo e o primeiro da América Latina a adotar imagens obrigatórias nas embalagens de cigarros.

<sup>(e)</sup> em 2016 os avisos vão passar a cobrir 30% da frente (apenas texto) e 100% da parte de trás do pacote (com imagem), num total de 65% do espaço da embalagem.

<sup>(f)</sup> o Brasil produziu três conjuntos de avisos: o primeiro conjunto com 9 avisos foi usado de 2002 a 2004, o segundo, com 10, de 2004 a 2009, e, finalmente, um terceiro conjunto de 10 imagens desde 2009, este dirigido a fumadores jovens.

<sup>(g)</sup> “Este produto contém mais de 4,7 mil substâncias tóxicas e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para o consumo dessas substâncias”.

<sup>(h)</sup> O Canadá foi o primeiro país a implementar os avisos ilustrados nos maços de cigarros.

Os artigos 9 e 10 abordam os conteúdos dos produtos de tabaco e a transmissão dessa informação ao público. O objetivo de testar e divulgar informações sobre o tabaco não é só informar o público, mas também ajudar as políticas de controlo a serem mais aceites<sup>(4)</sup>. Ao ter conhecimento dos conteúdos tóxicos que o fumador inala ao fumar poderíamos assumir que se avizinhava uma diminuição na prevalência do tabagismo, no entanto, segundo o Smoking Eurobarometer de 2012, *Tobacco Packaging Health Warning Labels*<sup>(16)</sup>, a maioria das



Já em Portugal foi organizada uma campanha de voluntariado com a duração de um mês (de 29-10-2012 a 28-11-2012) nas escolas de Lisboa, destinada a promover a cessação e abstinência tabágicas<sup>(70)</sup>. O tema “Fumar fica-te a matar” (figura 22) pretendia sensibilizar para o elevado número de mortes que ocorrem como consequência do tabagismo. Este projeto foi divulgado pela Associação Portuguesa de Luta Contra o Cancro do Pulmão (Pulmonale) durante novembro com um duplo significado: é o mês do Cancro do Pulmão e, no dia 17, Dia do Não-fumador. De salientar apenas que esta campanha já ocorreu há 2 anos e abrangeu somente uma pequena área de Portugal.



Figura 22: Campanha antitabágica portuguesa, 2012.

As mensagens destas campanhas centram-se fortemente nos riscos para a saúde do consumo de tabaco e nos benefícios em desistir; consequências económicas e ambientais recebem menos cobertura<sup>(4)</sup> (figura 23).

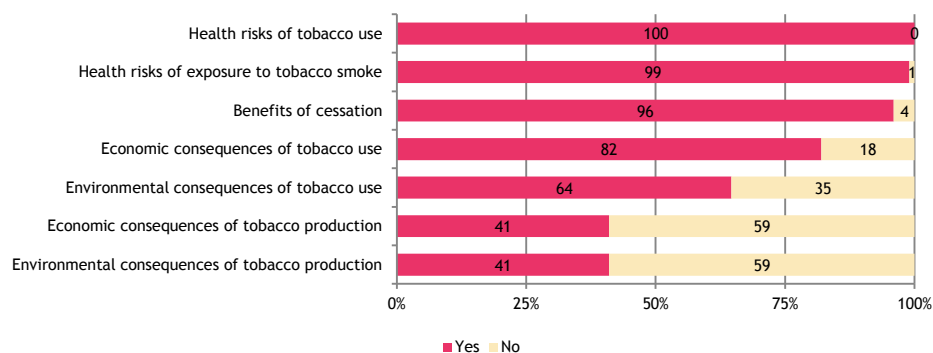


Figura 23: Áreas cobertas por programas de consciencialização pública, 2014. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

Embora algumas áreas precisem de mais cobertura, as áreas fundamentais, isto é, salientar os malefícios do tabaco e do seu fumo passivo e os benefícios da cessação são bastante

reforçados, e trarão resultados positivos ao pôr o público a pensar duas vezes nas suas escolhas.

Os principais alvos das campanhas são as crianças, os adultos ou o público em geral<sup>(4)</sup>; outros grupos foram escolhidos com menos frequência (figura 24), especialmente os grupos.

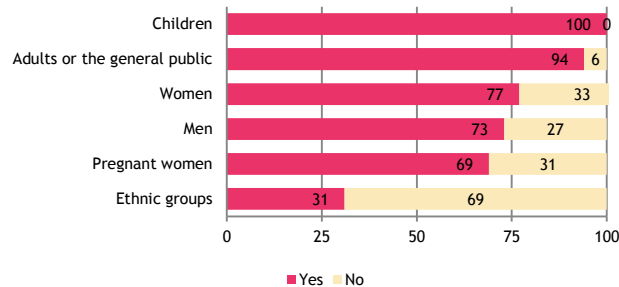


Figura 24: Grupos alvo em campanhas de conscientização pública, 2014. Fonte: 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014

É necessário escolher alvos principais uma vez que não podemos priorizar todos. Na minha opinião, dar prioridade às crianças e jovens é uma jogada inteligente, pois estes são facilmente influenciáveis e começam a fumar imprudentemente. Privilegiar mulheres é também perspicaz uma vez que elas estão a fumar cada vez mais em virtude da sua independência financeira e social crescente<sup>(2)</sup>; as grávidas são outro alvo com particular atenção, porque nesta fase as mulheres estão especialmente decididas a deixar de fumar por causa do seu bebé, pelo que é uma excelente altura para incidir na cessação. Campanhas dirigidas a grupos étnicos não terão muita importância nos países escolhidos para este estudo, mas sim para países do Médio Oriente, Norte de África e Ásia, onde o tabagismo é transmitido como algo cultural, pelo que as prioridades estarão bem orientadas.

Existem algumas organizações que criam campanhas publicitárias antitabagismo que destacam os perigos de fumar e mostram as suas consequências. Estes anúncios costumavam ser macabros, com partes do corpo a apodrecer, que assustavam o público, mas agora estas organizações estão a usar abordagens diferentes, com anúncios criativos e inspiradores; as próximas figuras (figuras 25 e 26) mostram alguns exemplos.



Figura 25: Anúncio anti-tabagismo da Child Health Foundation: children of parents who smoke, get to heaven earlier.



Figura 26: Anúncio anti-tabagismo da CPAA: second-hand smoke kills.

A *Cancer Society of Finland* criou o *Tobacco Body*<sup>(71)</sup>, uma ferramenta especialmente desenhada para os professores mostrarem aos alunos como o tabaco muda o corpo (figura 27). O objetivo é fazer os adolescentes pensarem criticamente acerca do tabagismo<sup>(72)</sup> e como tal tem uma linguagem acessível a esta faixa etária.

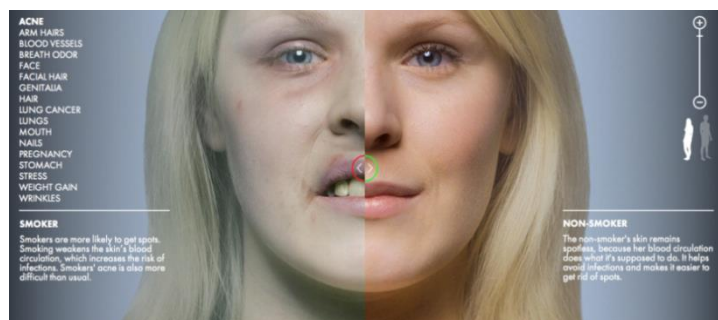


Figura 27: *Tobacco Body* - exemplo da aplicação

#### 5.4.2. Estado de implementação do Artigo 11 *Packaging and labeling*

Este artigo tem um bom progresso: a média da taxa de implementação é de 70%, uma das mais altas<sup>(4)</sup>. No entanto, deve notar-se que as medidas referentes a este artigo têm um prazo de três anos, que já passou para a maioria das Partes, e que poderá refletir a elevada percentagem subjacente: quase 90% das Partes (84% em 2012) exigem avisos de saúde nas embalagens dos produtos de tabaco.

Na Europa, apenas 4% dos países têm grandes avisos com todas as características adequadas, a menor percentagem entre todas as regiões (tabela 7). No entanto, se avaliarmos os avisos de tamanho grande ou médio sem algumas das características, este número sobe para 32%<sup>(5)</sup>.

WHO Region	Countries	
	nº	%
Americas	12	34
South-East Asia	3	27
Western Pacific	6	22
Eastern Mediterranean	3	13
Africa	4	9
Europe	2	4

Tabela 7: Países que exigem avisos grandes com todas as características adequadas sobre os produtos de tabaco nas regiões da OMS, 2012. Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

Apenas 4% é muito pouco e mesmo tendo em conta a ausência de algumas características adequadas, a Europa tem várias medidas a implementar para alcançar os objetivos deste artigo. Os avisos nos pacotes de produtos de tabaco são uma forma de informar os fumadores e de incentivá-los a deixar ou pelo menos a reduzir o consumo de tabaco<sup>(13)</sup>.

Os países europeus estão sujeitos a uma lei acerca do fabrico, apresentação e venda de produtos de tabaco<sup>(5)</sup>, a Diretiva de 2001 relativa aos produtos de tabaco (2001/37/EC), que obriga à exibição de avisos de saúde, o seu tamanho e formato e à proibição de qualquer descrição (como "light") que sugera que um produto é menos prejudicial do que outro<sup>(6)</sup>. Esta Diretiva foi revista em 2014 para cobrir novos aspetos desta epidemia, tais como a proibição de cigarros aromatizados/com sabores, a regulamentação dos cigarros eletrónicos, avisos combinados com imagens, e a introdução de embalagens genéricas. No entanto, a regulamentação sobre a embalagem e rotulagem dos produtos de tabaco difere entre países europeus e é mais encorajada nos HIC.

#### 5.4.3. Estado de implementação do Artigo 12 *Public awareness*

A média da implementação deste artigo é de 70%, que apesar de ser uma das mais altas, mantém a mesma percentagem desde 2012<sup>(7)</sup>. Um total de 125 Partes implementaram programas educacionais desde 2012<sup>(4)</sup>. A maioria considera a idade e o género nos seus programas (94% e 75%, respetivamente), e em menor percentagem a educação, a cultura e o estado socioeconómico<sup>(4)</sup>.

**Na Europa**, apenas 15% dos países realizaram campanhas nacionais com pelo menos sete das oito características adequadas em 2012 (tabela 8), uma diminuição de 26% em 2010<sup>(5)</sup>.

As características apropriadas de campanhas nacionais nos *mass media* são<sup>(5)</sup>:

1. A campanha faz parte de um programa de controlo de tabagismo.
2. Antes da campanha, foi realizada ou revista pesquisa para compreender o público-alvo.
3. Os materiais de comunicação da campanha foram pré-testados com o público-alvo e aperfeiçoados de acordo com os objetivos da campanha.
4. O tempo de antena (na rádio ou televisão) e/ou localização (letreiros de publicidade/billboards, publicidade impressa, etc.) foi comprado ou garantido.
5. A equipa responsável pela campanha trabalhou com os jornalistas para ganhar publicidade ou cobertura de notícias.
6. O processo foi mensurado para avaliar quão eficazmente a campanha foi implementada.
7. Os resultados foram mensurados para avaliar o impacto da campanha.
8. A campanha apareceu na televisão e/ou rádio.

WHO Region	Countries	
	nº	%
Western Pacific	10	37
South-East Asia	3	27
Americas	6	17
Eastern Mediterranean	4	17
Europe	8	15
Africa	6	13

Tabela 8: Países que conduziram uma campanha nacional com, pelo menos, sete características apropriadas nas regiões da OMS, 2012. Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

Apenas oito países realizaram estas campanhas com sete das características apropriadas, no entanto, a região que está em primeiro lugar só conta com apenas 10 países a realiza-las, por isso a Europa não estará assim tão longe de alcançar um bom ranking. Estas campanhas podem ter um grande impacto nos fumadores e nos não fumadores porque são diferentes e cativam o público, vão para além dos avisos nos maços que os fumadores vêm vezes sem conta e dos conselhos médicos que ouvem, pelo que devem ser ativamente fomentadas. São os MLIC que lideram nesta medida uma vez que as campanhas realizadas pelos HIC diminuíram em 2012<sup>(5)</sup>, aspeto lamentável e pouco compreensível, pois deveriam ser os MLIC a terem mais dificuldades em criar estas campanhas. Todavia, isto reflete uma oportunidade para os países mais ricos perceberem que podem fazer campanhas eficazes sem gastar muito dinheiro.

## 5.5. Impor a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco

Esta intervenção é baseada no Artigo 13 da Convenção-Quadro: “... a comprehensive ban on advertising, promotion and sponsorship would reduce the consumption of tobacco products. Each Party shall ... undertake a comprehensive ban of all tobacco advertising, promotion and sponsorship”<sup>(3)</sup>.

A Indústria Tabaqueira gasta biliões em táticas de marketing para comercializar os seus produtos, que matam mais de metade dos seus consumidores<sup>(14)</sup>. Desta forma, a Indústria Tabaqueira consegue normalizar o uso do tabaco, o que por sua vez aumenta a sua aceitabilidade social e dificulta a educação do público<sup>(2)</sup>.

De acordo com o artigo 1 da Convenção-Quadro, a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco (TAPS) significa “qualquer forma de comunicação (...) com o objetivo, efeito ou efeito provável de promover um produto de tabaco ou o uso de tabaco, direta ou indiretamente”<sup>(3)</sup>. A exposição a TAPS está associada a taxas de prevalência de tabagismo mais elevadas<sup>(21)</sup>, e com iniciação e continuação entre os jovens<sup>(22)</sup>: um terço da experimentação dos jovens ocorre como resultado da exposição a TAPS<sup>(2)</sup> (figura 28).

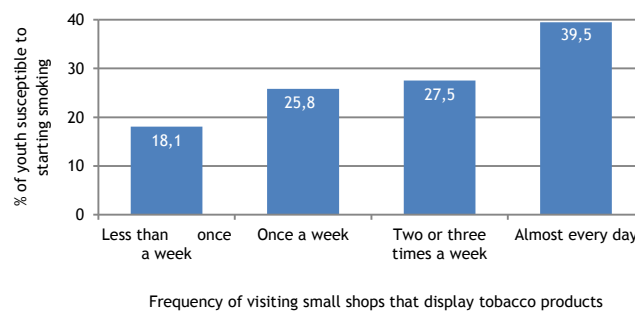


Figura 28: Jovens expostos à exibição de produtos de tabaco em lojas são mais suscetíveis de começar a fumar (dados do Reino Unido). Fonte: Spanopoulos D et al. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. Tobacco Control, 2013

As populações-alvo das TAPS são os jovens e as mulheres, que ainda não fumam tanto quanto os homens na maioria dos países<sup>(23)</sup>. A exposição a TAPS ocorre propositadamente numa idade muito jovem - antes dos 11 anos, de forma a aumentar a perceção positiva e curiosidade sobre o tabaco, o que se reflete numa maior probabilidade dos adolescentes começarem a fumar<sup>(23)</sup>. As mulheres, que em muitos países tradicionalmente não usavam tabaco, são vistas como um potencial mercado emergente devido à sua crescente independência financeira e social; como resultado, espera-se que o tabagismo entre as mulheres duplique mundialmente

até 2025<sup>(24)</sup>. A Indústria Tabaqueira também tem como importante alvo os MLIC, onde usa as táticas aperfeiçoadas ao longo de décadas em HIC<sup>(25)</sup>(figura 29).

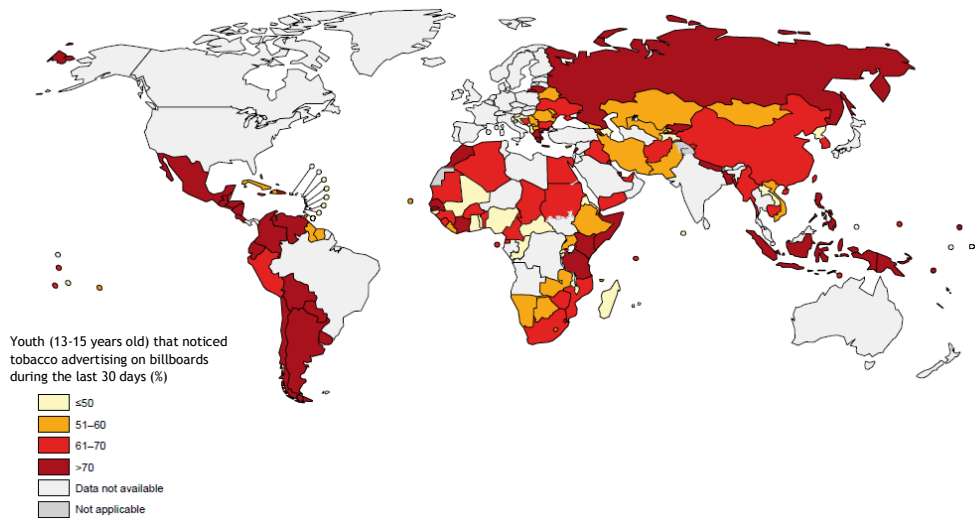


Figura 29: A exposição de adolescentes a propagandas de tabaco. Informação da *Global Youth Tobacco Survey*, 2004-2011. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

De forma a proteger as pessoas e a reduzir o consumo de tabaco, as proibições devem ser abrangentes e aplicáveis a todos os tipos de TAPS, tanto diretos como indiretos. Formas diretas de TAPS são<sup>(5)</sup>: publicidade na televisão e rádio nacionais, em revistas e jornais locais, na internet, nos cinemas (anúncios antes do filme), exposições ao ar livre (painéis publicitários/billboards, veículos e estações), nos pontos de venda (publicidade e exposição de produtos), e publicidade trans-fronteiriça. As formas indiretas de TAPS incluem<sup>(5)</sup>: distribuição gratuita de produtos de tabaco, descontos promocionais, *brand stretching* (produtos não derivados do tabaco identificados com nomes de marcas de tabaco), *brand sharing* (marcas de produtos não derivados do tabaco utilizados para produtos de tabaco), *product placement* (aparecimento de marcas de tabaco na televisão e/ou filmes), promoção por celebridades e eventos patrocinados (musicais, culturais ou desportivos), e programas de responsabilidade social corporativa (RSC).

Há três pontos chave relativamente à proibição de TAPS. Em primeiro lugar, estas proibições têm que ser totais; proibições parciais nunca funcionam porque a Indústria desvia recursos para outros tipos de publicidade para compensar<sup>(23)</sup>. Em segundo lugar, é fundamental ter uma legislação forte, anunciada antes de ser implementada para permitir às empresas encontrar novos patrocinadores, e ser atualizada periodicamente para ter em conta as novas táticas da Indústria<sup>(14)</sup>. Por fim, o monitoramento e fiscalização destas proibições são a solução para alcançar esta medida MPOWER.



mundial, respetivamente. Este relatório informa ainda que a publicidade na televisão, rádio, jornais e revistas internacionais é proibida com uma frequência duas vezes superior nos MLIC em comparação com HIC<sup>(5)</sup>. As formas menos reguladas de TAPS incluem *brand stretching*, *brand sharing*, e divulgação da responsabilidade social das empresas<sup>(5)</sup>.

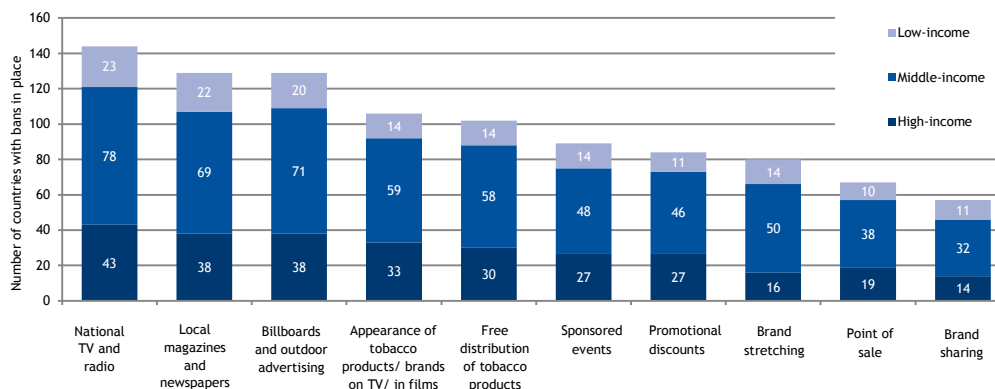


Figura 31: Formas de TAPS mais comumente banidas nos países europeus, 2012. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

Penso que proibir a publicidade do tabaco na televisão e rádio é essencial, uma vez que estes dois meios de comunicação formam a opinião de muitas pessoas, que estão expostas a eles diariamente. Mas acho que a televisão e rádio poderiam ser utilizadas para o oposto, isto é, para avisar acerca dos perigos do tabaco, como já foi abordado na secção 5.4. Nesta figura também percebemos que os países de rendimentos intermédios são os que mais proíbem a publicidade ao tabaco. Por outro lado, os MLIC precisam de fortalecer os seus esforços na proibição da distribuição gratuita de produtos de tabaco e descontos promocionais, banida em menor frequência nestes países<sup>(5)</sup>. A distribuição gratuita e os descontos promocionais são convenientes porque atraem clientes: as pessoas aceitam de bom grado as ofertas e as promoções, fazem parecer o tabaco mais inofensivo e mais socialmente aceite; uma estratégia engenhosa que deve ser proibida em mais países.

Os estudos mostram que a publicidade nos pontos de venda e a exposição de produtos nas lojas são responsáveis por mais de 75% das despesas de marketing da Indústria Tabaqueira<sup>(14)</sup>, o que indica que são formas bastante eficazes de vender produtos de tabaco, mas apenas foram proibidas em 67 países<sup>(2)</sup>. Manter os produtos atrás do balcão e fora da vista do público, de forma a que os clientes tenham especificamente que pedi-los, pode diminuir o consumo de tabaco em 7%, independentemente de qualquer outra intervenção<sup>(36)</sup>. Segundo Kim AE *et al*, os jovens são menos propensos a comprar se os produtos estão fora da sua vista<sup>(26)</sup>. Na Europa, a Irlanda proibiu a exposição de tabaco nos pontos de venda em 2009, o que ajudou a des-normalizar o tabaco e reduziu as probabilidades de iniciação<sup>(27)</sup>. Na Noruega, esta proibição em 2010 foi vista como uma barreira para os compradores mais jovens e diminuiu o

valor da marca na decisão da compra<sup>(28)</sup>. No Reino Unido, as vendas de cigarros caíram 3% em lojas que tinham colocado o tabaco fora de vista<sup>(29)</sup>.

Apenas 25% dos países europeus proíbem publicidade nos locais de venda, o que é muito pouco tendo em conta a eficácia desta medida. Desta forma, legislação neste sentido iria diminuir as taxas de consumo, especialmente entre os grupos que são mais influenciados pela publicidade, como os jovens.

Os estudos consideram ainda que as máquinas de venda automática constituem publicidade pela sua própria existência, e foram banidas em 89 países<sup>(2)</sup>. O *European Tobacco Control Status Report 2013* afirma ainda que os MLIC estão particularmente bem neste aspeto uma vez que estas máquinas estão proibidas em 91% destes países em comparação com apenas 32% dos HIC<sup>(5)</sup>. Podemos reforçar esta intervenção ao manter os produtos fora da vista do público.

É necessário restringir a imagem do tabaco na *media* de entretenimento (*product placement*) e proibir o uso de marcas de tabaco em roupas e outros itens; em muitos MLIC, mais de um terço dos jovens tem um objeto com um logotipo de uma marca de cigarros (figura 32)<sup>(14, 36)</sup>.

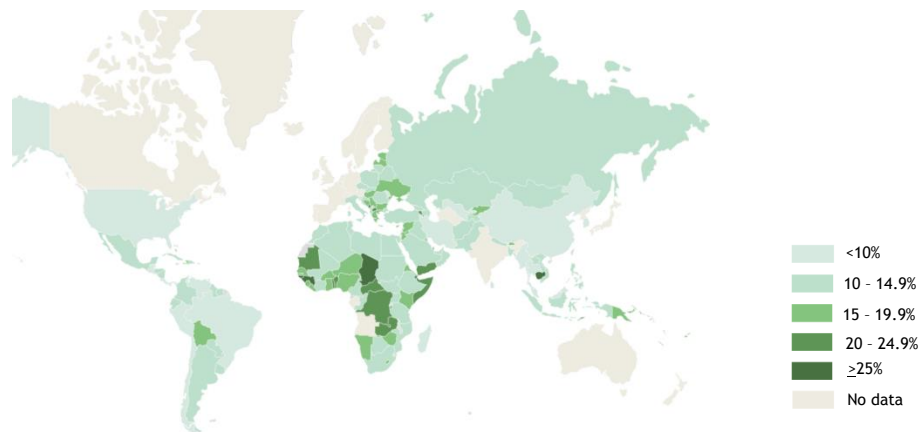


Figura 32: Percentagem de jovens que têm algo com um logotipo de tabaco (t-shirts, canetas, mochilas, etc). Adaptado de: Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Ross, Hana. *The Tobacco Atlas. Fourth Edition*. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012

É cada vez mais comum as empresas de tabaco retratar-se como bons cidadãos corporativos<sup>(2)</sup>, fazendo contribuições solidárias (responsabilidade social corporativa). A RSC destina-se a tornar o tabaco socialmente aceitável e a persuadir os governos a não implementarem políticas que possam reduzir as suas vendas<sup>(14)</sup>. Há 29 países (8% da população mundial), que proíbem a "responsabilidade social corporativa" da Indústria do Tabaco e 28 ainda impedem outras entidades de divulgar as atividades da Indústria<sup>(2)</sup>.

Portugal é muito influenciado pela responsabilidade social corporativa da Indústria Tabaqueira, através de projetos e contribuições de caridade; a tabela 9 mostra alguns exemplos da empresa tabaqueira *Philip Morris*.

Nome da Organização	Projeto	Capital em US \$
C.E.C.D. Mira Sintra - Centro de Educação para o Cidadão Deficiente	Programa de reabilitação	21,999
CVP - Comunidade Vida e Paz	Entrega de refeições e necessidades para pessoas sem abrigo em Lisboa	6,971
CSRIA - Centro Social para Reformados e Idosos de Albarraque	Suporte para os idosos	10,000
DariAcordar	Entrega de refeições a pessoas sem abrigo em Sintra	35,814
Mother's Centre	Assistência e apoio a mães jovens	34,925
Caritas Açores	Fundo Social de Emergência - cestas de alimentos	34,925

Tabela 9: Contribuições de caridade da tabaqueira *Philip Morris* feitas a Portugal em 2013. Fonte: [http://www.pmi.com/eng/about\\_us/corporate\\_contributions/Documents/2013\\_Contributions.pdf](http://www.pmi.com/eng/about_us/corporate_contributions/Documents/2013_Contributions.pdf)

Esta tabela reflete apenas as contribuições feitas a Portugal e no ano de 2013. Esta empresa é responsável por doações a inúmeros países, sejam de altos, médios ou baixos rendimentos, e já desde há vários anos, o que nos mostra como as doações são um meio produtivo para as empresas de tabaco.

A adoção de proibições totais tem acelerado: em 2010, havia 18 países com esta proibição e em 2012 esse número aumentou para 24; há apenas uma outra medida MPOWER foi implementada mais rapidamente: proteger as pessoas do fumo passivo. Diretivas da UE, vinculantes para os países da União Europeia, têm contribuído para estes bons resultados: a Diretiva 2003/33/EC<sup>(8)</sup>, relativa à publicidade e patrocínio dos produtos de tabaco (proíbe todas as formas de publicidade ao tabaco na *media* impressa, no rádio e na Internet, e proíbe o patrocínio pela indústria do tabaco); e a Diretiva 2007/65/EC<sup>(9)</sup>, que proíbe a publicidade ao tabaco em todas as formas de comunicações audiovisuais.

### 5.5.2. Estado de implementação do Artigo 13 *Tobacco advertising*

A taxa média de implementação do artigo 13 é de 63%, uma subida pequena dos 59% de 2012<sup>(4)</sup>, o que reflete uma proibição abrangente dos TAPS de 70% pelas Partes<sup>(4)</sup>. No entanto, os restantes 30% ainda não o fizeram, o que nos diz que há uma percentagem significativa de Partes que não cumpriram esta medida que tem um limite temporal. Os resultados indicam que as Partes dedicam mais atenção a fortalecer as suas leis; um quarto só aplica restrições

em vez de uma proibição total e, desta forma, apenas restringe algumas formas diretas de TAPS<sup>(4)</sup>.

A **Região Europeia** não fez muitos avanços na implementação de proibições completas (tabela 10).

WHO Region	N° of countries	
	2007	2012
Africa	4	9
Americas	0	3
South-East Asia	0	1
Europe	1	3
Eastern Mediterranean	3	5
Western Pacific	0	3

Tabela 10: Países que aplicam proibições completas em TAPS nas regiões da OMS, de 2007 a 2012.

Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

Em 2012, apenas três países europeus tinham adotado uma proibição abrangente a cobrir todas as formas de publicidade direta e indireta<sup>(5)</sup>: Albânia, Espanha e Turquia. Apenas três países são obviamente pouco, no entanto são os três de salientar. Em primeiro lugar, a Espanha, o único HIC entre eles, marcando pontos à frente de países mais desenvolvidos, como os países nórdicos; Portugal tem assim um bom padrão a seguir vindo do país vizinho. Em segundo lugar, a Albânia e a Turquia que são países de médios rendimentos mas que mesmo assim têm um avanço mais positivo do que vários países com mais rendimentos.

## 5.6. Aumentar os impostos sobre o tabaco

Esta intervenção é baseada no Artigo 6 da Convenção-Quadro: “Price and tax measures are an effective and important means of reducing tobacco consumption ... Each Party should ... adopt ... tax policies and ... price policies on tobacco products, so as to contribute to the health objectives aimed at reducing tobacco consumption”, e Artigo 15: “Elimination of all forms of illicit trade in tobacco products, including smuggling, illicit manufacturing and counterfeiting ... are essential components of tobacco control”<sup>(3)</sup>.

Existe uma relação muito simples entre preços e consumo: quando o preço do tabaco sobe, o consumo desce (figura 33). Para além disto, há três vantagens adicionais: quando o imposto aumenta, menos pessoas usam tabaco, porque mesmo aquelas que continuam a fumar consomem menos; pessoas que já pararam são menos propensas a recomeçar e os jovens são menos suscetíveis a começar<sup>(15)</sup>. Assim, o aumento do preço de venda de produtos de tabaco através de impostos mais altos é a maneira mais eficaz de diminuir o consumo e incentivar os fumadores a parar<sup>(15)</sup>. E, surpreendentemente, estes impostos são bem aceites, talvez porque a maioria das pessoas entende que o tabaco é prejudicial.

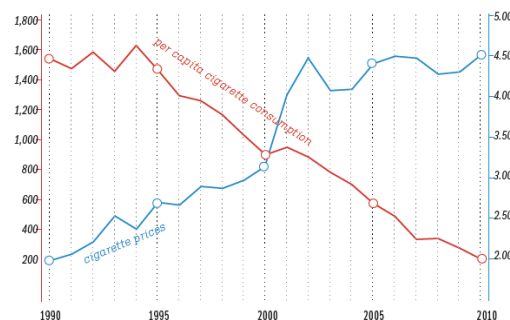


Figura 33: Relação entre o consumo *per capita* de cigarros e o seu preço. Fonte: Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Ross, Hana. The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012

Esta medida é particularmente eficaz entre os mais afetados pelo aumento dos preços, os jovens e as pessoas mais pobres, as quais podem redirecionar o seu dinheiro para bens essenciais<sup>(15)</sup>, como alimentação, educação e cuidados de saúde, e melhorar a sua produtividade ao diminuir as doenças relacionadas com o tabaco. Em HIC, um aumento de 10% nos preços do tabaco irá reduzir o consumo em cerca de 4%; o efeito é ainda maior em MLIC, com 8%<sup>(2)</sup>.

É necessário consultar um especialista para estabelecer um sistema de taxas simples<sup>(15)</sup>. As receitas podem ser geradas por dois impostos principais<sup>(5)</sup>: impostos específicos, calculados por quantidade de tabaco, e impostos *ad valorem*, baseados nos preços do *wholesaler* ou de



Os países de médios e baixos rendimentos, que têm maior necessidade de financiar os seus programas, são os menos propensos a terem taxas suficientemente elevadas<sup>(2,4)</sup> e apenas 27% dos MLIC têm esta medida implementada ao mais alto nível, em comparação com 61% dos HIC<sup>(5)</sup>. Mas embora estejam bastante atrás, os MLIC tiveram uma melhoria significativa ao subirem 22 pontos percentuais desde em 2008.

A OMS criou o modelo *Tobacco Tax Simulation* (TaXSIM) para ajudar os países com a sua análise de impostos sobre o tabaco, o seu impacto e a sua execução. Foi lançado on-line em dezembro de 2012<sup>(62)</sup>. Esta ferramenta analisa os resultados e permite saber como as políticas fiscais podem afetar diferentes segmentos do mercado de tabaco<sup>(2)</sup>.

Na Europa há uma grande disparidade entre os preços de venda de cigarros (figura 35).

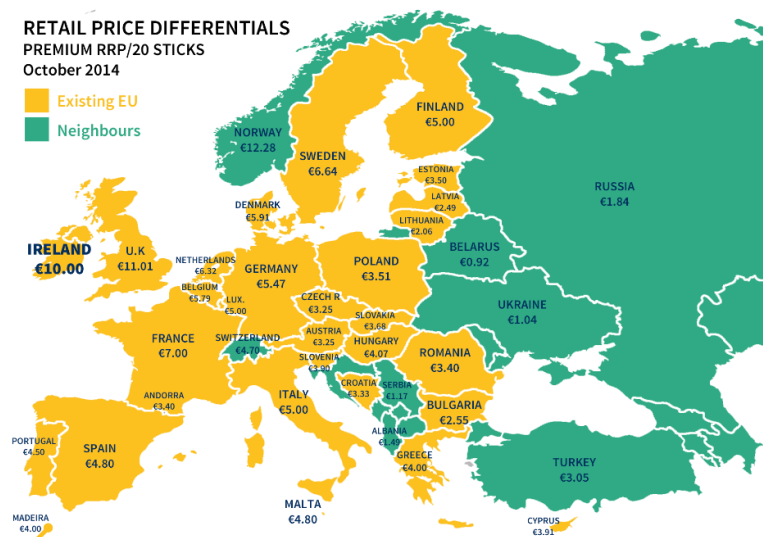


Figura 35: Preços de venda na Europa, outubro de 2014. A Noruega tem o preço mais elevado.

Os países do Sul da Europa têm um preço semelhante entre si, exceto a França, com um preço mais elevado. No entanto, no Norte da Europa, apenas o Reino Unido e a Noruega têm os preços efetivamente mais altos; a Finlândia, Dinamarca e Suécia, apesar de terem um valor mais alto, este não difere tão significativamente do Sul da Europa. Dos países selecionados, Portugal é o país com o preço de venda mais baixo e a Noruega o país com o preço mais elevado.

O Governo Português anunciou alterações nos preços dos produtos de tabaco a entrar em vigor em janeiro de 2015, contudo as subidas não foram iguais em todos os produtos. Em Portugal, o imposto sobre o tabaco varia de acordo com as características do produto e é aplicado consoante o preço final e o número de gramas de cada embalagem<sup>(80)</sup>. O Orçamento

de Estado manteve as componentes *ad valorem* e específica estáveis, mas subiu o imposto mínimo por grama a que estes produtos estão sujeitos.

Assim sendo, em 2015 o tabaco de enrolar sofreu um aumento de 14% e é um dos produtos mais afetados por estas medidas do Orçamento de Estado<sup>(80)</sup>; este produto tinha atraído muitos fumadores devido ao seu baixo preço de venda, pelo que esta medida pode ajudar a reduzir a prevalência de fumadores. Os cigarros eletrónicos começaram a ser taxados como um produto de tabaco<sup>(81)</sup> e o seu preço aumentou. Os charutos e as cigarrilhas passaram também a ter um imposto mínimo, que não pode ser inferior a 60 euros por cada mil unidades<sup>(81)</sup>, pelo que o preço final aumentou de cerca de 2,60 para 3,50 euros<sup>(79)</sup>. Os cigarros não sofreram alterações nos seus preços, mas algumas fontes revelaram um aumento de 10 a 20 cêntimos<sup>(79)</sup>. Também os cachimbos de água não tiveram aumentos de preços<sup>(81)</sup>.

Segundo esta proposta do Orçamento de Estado para 2015, o Governo prevê não só recolher cerca de 1505,1 milhões de euros com os impostos sobre os produtos de tabaco<sup>(81)</sup>, mas também reduzir o consumo destes.

### 5.6.2. Estado de implementação do Artigo 6 *Demand reduction*

Grandes sucessos foram alcançados nas medidas fiscais. A cobrança de impostos aumentou para 92% (em comparação com 85% em 2012)<sup>(4)</sup>.

A **Região Europeia** está em melhor posição do que todas as outras regiões da OMS<sup>(5)</sup>. O número de países europeus onde o imposto representa mais de 75% do preço de venda aumentou de 15 (em 2008) para 25 em 2012, o que representa 47% dos países (tabela 11).

WHO Region	Countries	
	nº	%
Europe	25	47
Eastern Mediterranean	3	13
Americas	2	6
Western Pacific	1	4
Africa	1	2
South-East Asia	0	0

Tabela 11: Países com impostos que representam mais de 75% do preço de venda nas regiões da OMS, 2012. Fonte: European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013

Apesar da Europa está a fazer melhor que as outras regiões, nem metade dos seus países tem este imposto tão vantajoso, o que é mal ponderado porque aumentar o preço do tabaco é a melhor maneira de diminuir o seu consumo<sup>(15)</sup>.

## 5.7. Visão global MPOWER

Podemos traçar uma visão global do que foi conseguido para deter esta epidemia nestes cinco anos de sucesso desde que o MPOWER foi implementado pela primeira vez.

Os últimos resultados do relatório da OMS<sup>(2)</sup> mostram que mais de 2,3 biliões de pessoas (92 países) - mais de um terço da população mundial - estão agora cobertas por pelo menos uma medida eficaz MPOWER (figura 36), um aumento em relação aos 480 milhões cobertos em 2007 (26 países) (figura 37). No entanto, isto diz-nos que quase dois terços do mundo ainda não são protegidos por uma única política MPOWER eficaz, indicando que, apesar do progresso que está a ser feito, há muito mais trabalho a ser feito.

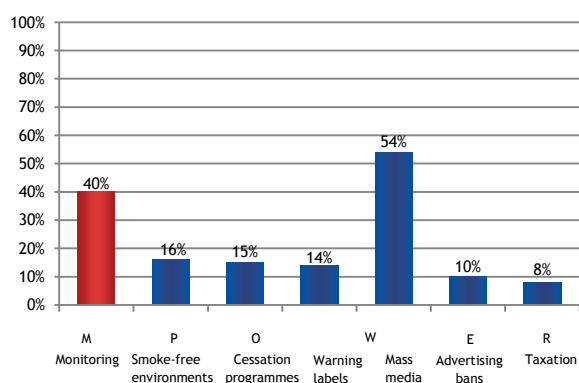


Figura 36: Percentagem da população global coberta por MPOWER em 2012. As políticas de controlo de tabagismo descritas correspondem ao mais alto nível de implementação. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

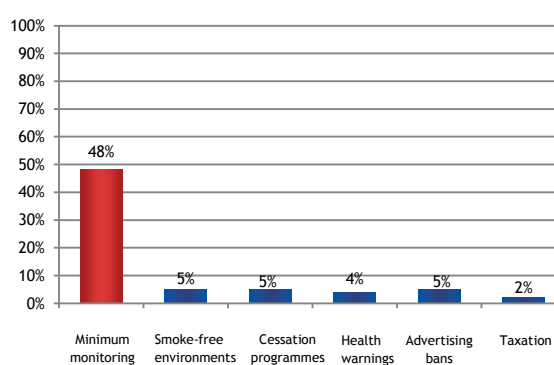


Figura 37: Percentagem da população global coberta pela MPOWER em 2007. As políticas de controlo de tabagismo descritas correspondem ao mais alto nível de implementação. Fonte: WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008

Quase 1 bilião de pessoas estão cobertas por duas ou mais medidas implementadas ao mais alto nível<sup>(2)</sup>. Oito países puseram em prática pelo menos três medidas MPOWER, cinco são MLIC; nenhum HIC aplicou ainda mais de três medidas ao mais alto nível<sup>(2)</sup>. Três países (Brasil, República Islâmica do Irão e Panamá) implementaram quatro medidas ao mais alto nível<sup>(2)</sup>. Apenas um país - a Turquia, protege a sua população de 75 milhões de habitantes com todas as medidas MPOWER implementadas ao mais alto nível. Todos estes quatro países são de baixos ou médios rendimentos. Em 2007, nenhum país protegia a sua população com as cinco ou mesmo quatro das medidas.

Avanço como este é possível porque os países, independentemente do seu tamanho ou do seu rendimento, estão empenhados em tomar as medidas necessárias para reduzir o consumo do

## Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

tabaco e das suas doenças associadas. A maior parte do progresso em estabelecer as medidas MPOWER foi alcançado em MLIC; isto é extremamente importante uma vez que o uso do tabaco tem aumentado em muitos desses países<sup>(2)</sup>. No entanto, os HIC não podem permitir-se ficarem para trás em proteger a sua população contra os malefícios do tabaco.

Há necessidade de maior investimento nestes programas: os governos recolhem quase 145 biliões em impostos sobre o tabaco a cada ano, mas gastam menos de 1 bilião no controlo do tabagismo<sup>(2)</sup>, 96% deste valor é gasto por HIC. A implementação das medidas PWER do MPOWER custa anualmente US \$ 0,11 per capita em MLIC<sup>(30)</sup>. Há também necessidade de um maior financiamento; até 2005, apenas o Reino Unido gastou mais de € 2 por habitante por ano no controlo do tabagismo<sup>(32)</sup>.

Os países europeus selecionados neste estudo tiveram diferentes progressos na implementação das medidas e a tabela 12 mostra um sumário destas execuções.

País	Smoking prevalence (%)	M Monitoring	P Smoke-free Policies	O Cessation Programmes	W		E Advertising Bans	R Taxation
					Health Warnings	Mass Media		
Portugal	19							76%
<b>Países do Sul da Europa</b>								
Espanha	26							79%
França	31							80%
Itália	21							75%
Grécia	36							82%
<b>Países do Norte da Europa</b>								
Finlândia	17							80%
Suécia	11							74%
Noruega	19							73%
Dinamarca	20							79%
Reino Unido	14							80%

### Prevalência diária do tabagismo em adultos

	Estimativa não disponível
	> 30%
	20 - 29.9%
	15 - 19,9%
	< 15%

### P: Smoke-free Policies

	Dados não reportados/não categorizados
	Até 2 locais públicos completamente livres de fumo
	3 - 5 lugares públicos completamente livres de fumo
	6 - 7 lugares públicos completamente livres de fumo
	Todos os locais públicos completamente livres de fumo (ou pelo menos 90% da população coberta por legislação antitabágica)

### W: Health Warnings on cigarette packages

	Dados não reportados
	Nenhum aviso ou avisos pequenos
	Avisos de tamanho médio a que faltam algumas características apropriadas ou avisos grandes a que faltam várias características apropriadas
	Avisos de tamanho médio com todas as características apropriadas ou avisos grandes a que faltam algumas características apropriadas
	Avisos grandes com todas as características apropriadas

### M: Monitoring

	Sem dados conhecidos ou recentes
	Dados recentes e representativos para adultos ou jovens
	Dados recentes e representativos para adultos e jovens
	Dados recentes, representativos e periódicos para adultos e jovens

### O: Cessation Programmes for treatment of tobacco dependence

	Dados não reportados
	Nenhum
	NRT e/ou alguns serviços de cessação (nenhum custo coberto)
	NRT e/ou alguns serviços de cessação (pelo menos um custo coberto)
	Quitline nacional, NRT e alguns serviços de cessação com custo coberto

### W: Mass Media anti-tobacco campaigns

	Dados não reportados
	Nenhuma campanha nacional realizada entre janeiro de 2011 e junho de 2012 com duração de pelo menos três semanas
	Campanha nacional realizada com 1-4 das características adequadas
	Campanha nacional realizada com 5-6 das características adequadas
	Campanha nacional realizada com pelo menos 7 características adequadas, incluindo a ser exibida na televisão e/ou rádio

## Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

E: Bans on advertising, promotion and sponsorship		R: Taxation in the retail price of the most widely sold brand of cigarettes	
	Dados não reportados		Dados não reportados
	Ausência completa de proibições, ou proibições que não cobrem televisão nacional, rádio e <i>media</i> impressa		≤ 25% do preço de venda é imposto
	Proibições na televisão nacional, rádio e <i>media</i> impressa		26 - 50% do preço de venda é imposto
	Proibições na televisão nacional, rádio e <i>media</i> impressa e em outras mas não todas as formas de publicidade direta e/ou indireta		51 - 75% do preço de venda é imposto
	Proibições em todas as formas de publicidade direta e indireta		> 75% do preço de venda é imposto

Tabela 12: Sumário da implementação das medidas MPOWER nos países europeus seleccionados. Prevalência randomizada por idade para fumadores diários adultos de ambos os sexos, 2011. Adaptado de WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013

O MPOWER mostra que iniciativas globais para enfrentar os fatores de risco de doenças não transmissíveis funcionam<sup>(30)</sup>. Aprendendo com este sucesso, foi adotada em Nova Iorque em 2011, a *United Nations Political Declaration on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases*<sup>(5)</sup> para enfrentar outros fatores de risco na luta contra as doenças não transmissíveis - incluindo a dieta, consumo de álcool e falta de exercício físico, para além do tabaco. Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o plano de ação da OMS para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis 2013-2020, que inclui uma redução de 30% no consumo de tabaco em 2025 como um dos seus nove objetivos<sup>(5)</sup> (figura 38).

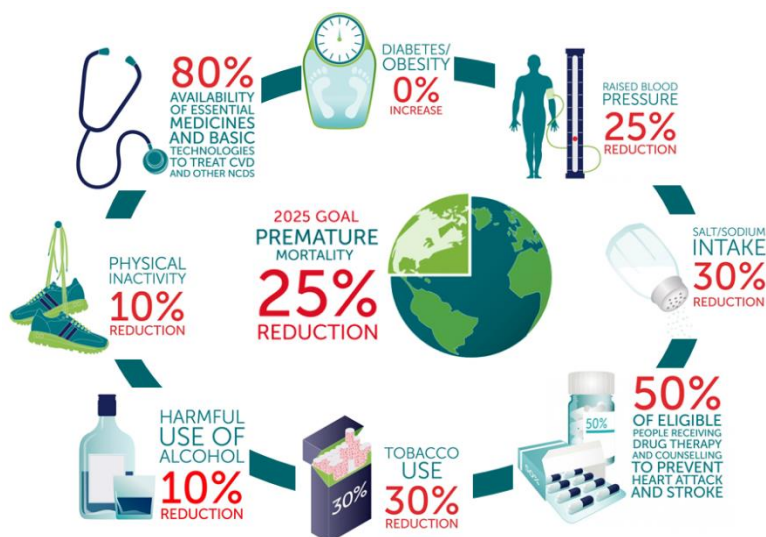


Figura 38: NCD Global Monitoring Framework: os nove alvos para 2025

## 6. Tobacco Control Scale

Há evidências de que os programas de controlo do tabagismo reduzem a sua prevalência<sup>(31)</sup>; no entanto, houve poucas tentativas de medir a implementação dessas políticas<sup>(32)</sup>: existe pesquisa pouco rigorosa, que não é suficientemente precisa para permitir comparações fáceis entre países. A pesquisa que realmente existe é extremamente fragmentada<sup>(33)</sup> e esta falta de rigor é surpreendente tendo em conta o enorme impacto do tabagismo sobre os gastos na saúde.

Em 2004, a ENSP deu a Luk Joossens e a Martin Raw a responsabilidade de medirem a atividade do controlo de tabagismo em vários países da Europa<sup>(32)</sup>, através de um questionário que pontua seis intervenções económicas descritas pelo Banco Mundial em 2003 no seu relatório *Tobacco control at a glance*<sup>(31)</sup>. A primeira delas é a medida mais rentável: aumento de preços através de impostos mais altos sobre os produtos de tabaco; a segunda são as proibições ou restrições ao fumo em locais públicos e de trabalho. Melhor informação ao consumidor é a terceira intervenção, por meio de programas de controlo do tabagismo em grande escala, tais como campanhas de *mass media*, programas escolares e *quitlines*. Proibições abrangentes que cobrem todas as formas de publicidade direta e indireta também são uma medida eficaz; a quinta intervenção gira em torno da embalagem, com avisos grandes e diretos sobre o produto como uma forma eficaz de informar os fumadores. A última intervenção é o tratamento de fumadores dependentes. Estas seis políticas são muito semelhantes às do MPOWER, provando mais uma vez a sua eficácia.

No entanto, apesar da ampla evidência de que as intervenções são eficazes, não foi fácil decidir qual o peso a ser dado a cada uma; para tal, a ENSP reuniu especialistas com mais de 20 anos de experiência no controlo do tabagismo para discriminar os pontos na escala. Estes profissionais concordaram que os preços dos produtos de tabaco e locais sem fumo deveriam receber o maior número de pontos, uma vez que têm o potencial de reduzir a prevalência do tabagismo em 10% ou mais<sup>(32)</sup>. A Escala de Controlo do Tabaco, com uma pontuação máxima de 100, é mostrada na figura 39. Foi inicialmente enviada a 28 países em 2004: Áustria, Bélgica, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Noruega, Polónia, Portugal, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido. Em 2005, foram adicionados dois países: Bulgária e Roménia, sem alterações em 2007. A Turquia foi introduzida em 2010 e três anos depois, a Ucrânia, Sérvia e Croácia foram incluídas na escala, que conta agora os rankings de 34 países.

Sistemas de pontuação foram desenvolvidos por outros, mas nunca foi criado um sistema de comparação sistemática para ser usado em tantos países como a TCS. No entanto, ela tem algumas limitações uma vez que não quantifica algumas componentes das políticas, como os gastos com a pesquisa e a cobertura da *media*<sup>(32)</sup>.

The Tobacco Control Scale	
<b>Price of cigarettes and other tobacco products</b>	<b>30</b>
Price of Marlboro, and price of most popular price category, in January 2005 – additive	
The price of Marlboro in January 2005, taking into account Gross Domestic Product per capita expressed in Purchasing Power Standards (PPS). Country with highest price ratio receives 15 points. (see notes)	15
The price of a packet of cigarettes in the most popular price category in January 2005, taking into account Gross Domestic Product per capita expressed in the PPS. Country with highest price ratio receives 15 points.	15
<b>Smoke free work and other public places on 1 July 2005</b>	<b>22</b>
Workplaces excluding cafes and restaurants – <b>one only of</b>	
Complete ban without exceptions (no smoking rooms); enforced	10
Complete ban, but with closed, ventilated, designated smoking rooms; enforced	8
Complete ban, but with ventilated, designated smoking rooms; enforced	6
Meaningful restrictions; enforced	4
Legislation, but not enforced	2
Cafes and restaurants – <b>one only of</b>	<b>8</b>
Complete ban; enforced	8
Complete ban, but with closed, ventilated, designated smoking rooms; enforced	6
Meaningful restrictions; enforced	4
Legislation, but not enforced	2
Public transport and other public places – additive	<b>4</b>
Complete ban in domestic trains without exceptions	1
Complete ban in other public transport without exceptions	1
Complete ban in educational, health, government and cultural places without exceptions	2
OR Ban in educational, health, government and cultural places, but with designated smoking areas or rooms	1
<b>Spending on public information campaigns in 2004</b>	<b>15</b>
Tobacco control spending by the government in 2004, as a proportion of Gross Domestic Product (GDP). Country with highest ratio receives 15 points (see notes).	
<b>Comprehensive bans on advertising and promotion on 1 July 2005</b>	<b>13</b>
Points for each type of ban included – additive	
Complete ban on tobacco advertising on television	3
Complete ban on outdoor advertising (e.g. posters)	2
Complete ban on advertising in print media (e.g. newspapers and magazines)	2
Complete ban on indirect advertising (e.g. cigarette branded clothes, watches, etc)	2
Ban on point of sale advertising	1
Ban on cinema advertising	1
Ban on sponsorship	1
Ban on internet advertising	½
Ban on radio advertising	½
<b>Large direct health warning labels on 1 July 2005</b>	<b>10</b>
Rotating health warnings	
Size of warning – <b>one only of</b>	<b>4</b>
10% or less of packet	1
11 – 25% of packet	2
26 – 40% of packet	3
41% or more of packet	4
Contrasting colour (e.g. black lettering on white background)	1
A picture	3
<b>Treatment to help dependent smokers stop</b>	<b>10</b>
Quitline – <b>one only of</b>	
Well funded national quitline or well funded quitlines in all major regions of country	2
OR National quitline with limited funding or a patch work of small local quitlines	1
Network of smoking cessation support	3
Reimbursement of treatment	3
Cessation support network covering whole country (3); free (3)	6
Cessation support network, but only in selected areas, e.g. major cities (2); free (3)	5
Cessation support network covering whole country (3), partially free (2)	5
Cessation support network, but very limited, just a few centres (1), free (3)	4
Cessation support network, but only in selected areas, e.g. major cities (2), partially free (2)	4
Cessation support network covering whole country (3), not free (0)	3
Cessation support network, but very limited, just a few centres (1), partially free (2)	3
Cessation support network, but only in selected areas, e.g. major cities (2); not free (0)	2
Cessation support network, just a few centres (1), not free (0)	1
Reimbursement of medications – <b>one only of</b>	<b>2</b>
Reimbursement of pharmaceutical treatment products	2
OR Partial reimbursement of pharmaceutical treatment products	1
<b>Maximum possible score</b>	<b>100</b>

Table notes. **Cigarette price:** Gross Domestic Product can be expressed in PPS (purchasing Power Standard). PPS per capita has been used to take account of real purchasing power in different countries; points are awarded using the same method as for public information campaign spending. **Public information campaign spending:** the top country, the UK, is awarded 15 points; the UK ratio (spending/GDP) is then divided by 15 and the resulting number gets 1 point; countries achieve points for multiples of that number. For a more detailed explanation please see [tobcon url](#). **Advertising:** television is the medium most used for tobacco advertising in countries with no advertising restrictions; outdoor advertising (e.g. posters) is a prominently used medium when television advertising is banned; indirect advertising (e.g. clothing, watches, or other products with cigarette branding, is the industry's favoured loophole when there are otherwise comprehensive advertising bans. **Why rankings for price and spending?** PPS takes account of affordability within a country. This introduces a (constantly changing) ratio, rather than absolute figures. In order to simplify this abstract ratio ranking system, we attributed the highest score to the country with the highest ratio. The method is best understood by consulting the raw data and resulting points scored, on the website.

Figura 39: A Escala de Controlo do Tabaco 2004. Fonte: Joossens L, Raw M. The tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Brussels 2006; 15: 247-253

Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

A última TCS (tabela 13) é de 2013 e permite a comparação entre 34 países.

Country	Ranking	Change in rank	Price (30)	Public place bans (22)	Campaign spending (15)	Advertising bans (13)	Health warnings (10)	Treatment (10)	Total (100)
UK	1	=	27	21	3	10	4	9	74
Ireland	2	=	24	21	1	12	5	7	70
Iceland	3	▲ 1	20	17	12	12	4	1	66
Norway	4	▼ 1	20	17	3	12	4	5	61
Turkey	5	▼ 1	21	19	--	7	5	5	57
France	5	▲ 1	20	17	1	9	4	6	57
Spain	7	▲ 6	15	21	1	9	4	6	56
Malta	7	=	17	18	--	10	4	7	56
Finland	9	▼ 2	15	17	3	12	2	6	55
Ukraine	10	----	20	17	--	12	4	--	53
Sweden	11	▼ 2	17	15	--	10	1	5	48
Hungary	11	▲ 16	15	13	--	11	3	6	48
Netherlands	13	=	16	13	1	9	1	7	47
Belgium	13	▼ 3	14	13	2	8	4	6	47
Italy	15	▼ 3	15	15	2	8	1	5	46
Denmark	15	▼ 2	15	11	2	8	4	6	46
Bulgaria	15	▲ 9	18	15	--	10	1	2	46
Switzerland	18	▼ 7	13	11	7	2	5	7	45
Romania	19	▼ 3	19	7	--	8	3	7	44
Slovenia	20	▼ 3	12	15	--	9	1	6	43
Estonia	20	▼ 1	14	12	--	10	1	6	43
Poland	20	▼ 1	14	11	--	9	1	8	43
Serbia	23	----	18	11	--	9	1	3	42
Latvia	24	▼ 7	14	14	--	8	3	2	41
Portugal	24	▼ 5	14	11	--	8	1	7	41
Croatia	26	----	14	12	--	11	1	2	40
Slovakia	27	▼ 5	13	10	--	9	1	6	39
Luxemburg	28	▲ 1	5	15	--	9	1	7	37
Lithuania	29	▼ 7	12	12	--	8	1	2	35
Greece	29	▲ 1	15	7	--	6	1	6	35
Czech Rep	31	▼ 4	12	9	--	8	1	4	34
Cyprus	32	▼ 8	15	7	--	10	1	--	33
Germany	33	▼ 7	14	11	--	4	1	2	32
Austria	34	▼ 4	11	8	--	7	1	4	31

Tabela 13: Países europeus classificados pela pontuação total da TCS em 2013

-- : dados não disponíveis

Fonte: Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brussels, March 2014

Há quatro líderes (Reino Unido, Irlanda, Islândia e Noruega) com mais de 60 pontos no ranking, com uma diferença de quatro pontos para o próximo grupo: seis países que estão razoavelmente bem com pontuações à volta dos 50 (Turquia, França, Malta, Espanha, Finlândia e Ucrânia), mas mesmo estes dez têm muitas melhorias para pôr em prática. Joossens e Raw afirmam que estes países têm em comum preços elevados, uma legislação antitabágica abrangente, proibição de publicidade completa e, com a exceção da Finlândia, avisos ilustrados<sup>(34)</sup>. A Ucrânia vai diretamente para os dez primeiros na tabela mesmo sendo a sua primeira vez na TCS.

Vinte e quatro países pontuam abaixo de 50, o que representa quase 71% dos países<sup>(34)</sup>. Segundo os autores, os países que não conseguiram delinear novas iniciativas perderam pontos e caíram no ranking. Suíça, Letónia, Portugal, Eslováquia, Lituânia, Chipre e Alemanha têm as maiores quedas, devido à falta de atividade durante 2010-2013.

Os autores da TCS apontam a falta de financiamento para o controlo do tabaco como uma grande preocupação<sup>(34)</sup>: há uma diminuição dos recursos financeiros e esta tendência parece continuar. Dois terços dos países investem menos de 10 cêntimos por habitante por ano e apenas um país, a Islândia, gasta quase € 2 per capita, nenhum atingindo a recomendação do Banco Mundial de um mínimo de € 2 per capita por ano<sup>(35)</sup>.

A figura 40 mostra um mapeamento da última Escala de Controlo de Tabaco.

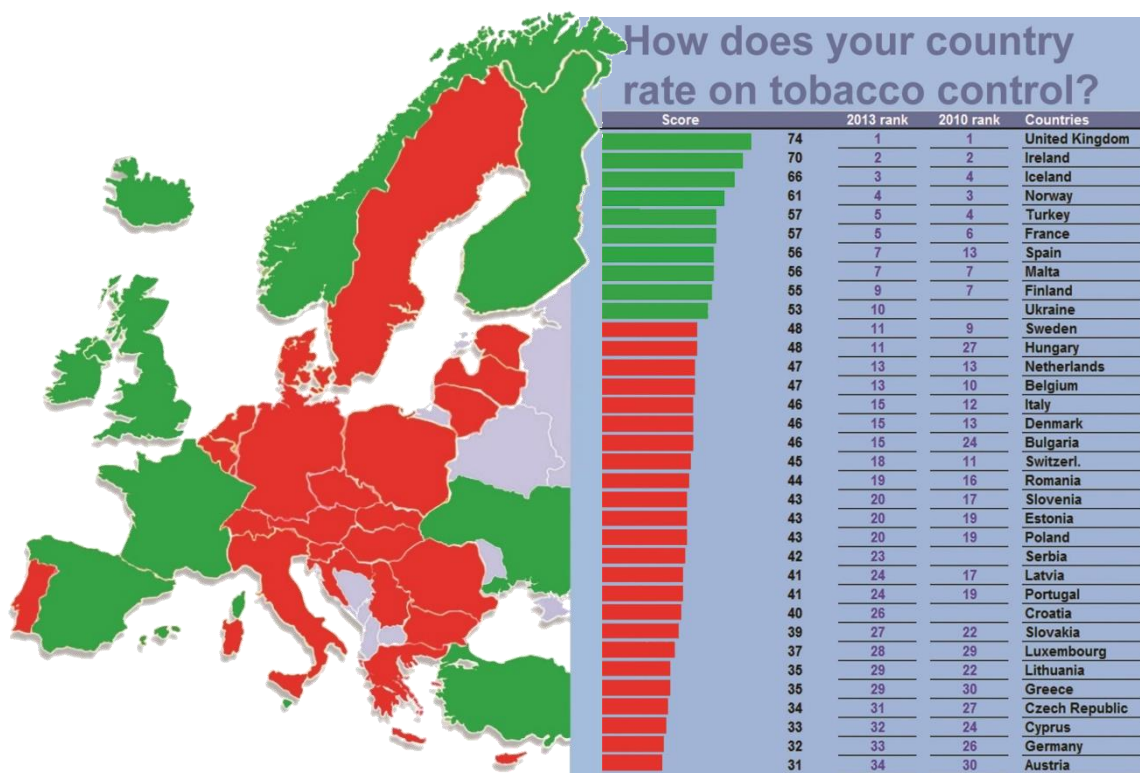


Figura 40: Escala de Controlo do Tabaco 2013: Qual é o ranking do seu país? Os países *top ten* estão coloridos a verde. Portugal tem vindo a atingir um ranking cada vez mais baixo e pontua ainda pior do que em 2010; ele permanece em cores vermelhas ao lado de outros 23 países.

## Avaliação da implementação das Políticas de Controlo de Tabagismo em Portugal e na Europa

Dos países do Sul da Europa selecionados, a França e a Espanha ocupam a quinta e sétima posições, respetivamente, ambas subindo em relação ao ranking de 2010. Estes dois países seguem a tendência dos quatro melhor classificados ao terem melhores pontuações nas duas primeiras medidas - preço e proibições em locais públicos. Já nas restantes medidas, estes países alcançam exatamente as mesmas pontuações, e o seu score total apenas difere de um ponto entre eles. Já os restantes países do Sul, Portugal, Grécia e Itália, estão marcados a vermelho e os dois primeiros têm uma pontuação particularmente má. Portugal teve uma queda no ranking de 5 pontos, tem uma das pontuações mais baixas em termos de avisos de saúde nos pacotes de cigarros e não dispense gastos em campanhas de informação pública; no entanto, este país marca 7 pontos em 10 em termos do tratamento da dependência do tabaco, uma das mais altas.

Dos países do Norte da Europa, o Reino Unido e a Noruega salientam-se e ocupam o primeiro e quarto lugares, respetivamente. O primeiro país obtém uma pontuação quase total na maioria das medidas, exceto nas campanhas de informação pública. A Finlândia também faz parte dos países coloridos a verde, apesar de ter tido uma queda de 2 pontos em relação a 2010. Já a Suécia e a Dinamarca juntam-se à lista dos países a vermelho, com um ranking que diminuiu dois pontos para ambas em três anos. Em comparação com os países do Sul, a Dinamarca apenas pontua melhor do que Portugal e Grécia, apesar da grande diferença no ranking destes países.

Esta última TCS mostra que muito mais tem que ser feito, mas também o progresso já alcançado. A tabela 14 resume a pontuação dos rankings desde 2004 dos países selecionados e destaca alguns países como modelos no controlo do tabagismo.

Country	TCS 2013 34 countries	TCS 2010 31 countries	TCS 2007 30 countries	TCS 2005 30 countries	TCS 2004 28 countries
UK	1	1	1	2	2
Ireland	2	2	2	1	4
Iceland	3	4	2	4	1
Norway	4	3	4	3	3
Turkey	5	4	--	--	--
France	5	6	7	9	7
Spain	7	13	12	26	24
Finland	9	7	8	7	9
Sweden	11	9	6	6	6
Italy	15	12	10	8	16
Denmark	15	13	20	17	16
Portugal	24	19	23	19	20
Greece	29	30	28	20	18

Tabela 14: Rankings da Escala de Controlo do Tabaco dos países selecionados 2013 - 2010 - 2007 - 2005 - 2004. Fonte: Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brussels, March 2014

O Reino Unido lidera o ranking europeu por três anos seguidos. A Irlanda, Islândia e Noruega têm competido entre si pelo segundo lugar, com o primeiro a oferecer a melhor luta. Estes quatro países têm as melhores políticas: preços elevados dos produtos de tabaco e proibições totais; estas medidas são consideradas as duas mais eficazes e por isso recebem a pontuação mais alta<sup>(35)</sup>. A Turquia também faz parte da lista por ser o único país a ter implementado as 5 medidas MPOWER ao mais alto nível; na TCS ocupou o quinto e quarto lugares, em 2013 e 2010, respetivamente, pelo que realmente é um dos países com mais progressos no controlo do tabagismo.

De forma a avaliar o progresso feito por Portugal desde 2004, a figura 41 mostra as oscilações deste país.

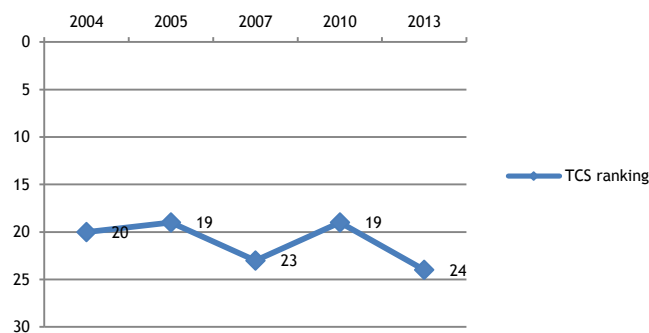


Figura 41: Ranking de Portugal 2004-2013. TCS: Tobacco Control Scale

Portugal tem pontuações muito baixas na Escala e o seu ranking tem vindo a diminuir, segundo os autores da TCS, devido à falta de atividade em implementar as medidas. No entanto, de acordo com o *Smoking Eurobarometer 2012*<sup>(19)</sup>, Portugal tem a segunda taxa de prevalência de fumadores mais baixa (tabela 2), pelo que outros critérios de controlo do tabagismo têm que ser tidos em conta para compararmos este país com outros. Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa, o que ajuda a diluir a taxa de fumadores; também terá contribuído para isto o fato das mulheres portuguesas terem começado a fumar mais tardiamente que outras mulheres europeias e de Portugal ser um dos países europeus com menor taxa de fumadoras.

A melhor posição que Portugal classificou foi 19 em 2005 (em 30) e em 2010 (em 31). Isso mostra como as políticas de controlo estão fracamente empregues em Portugal e como há necessidade de uma estratégia sustentada. Tal como em qualquer país, as seis intervenções têm vindo a receber atenção diferente desde 2005 (figura 42). A primeira medida pode marcar muitos mais pontos com o aumento de preço dos produtos de tabaco; outra estratégias positiva será a reformulação das embalagens para passarem a incluir avisos ilustrados.

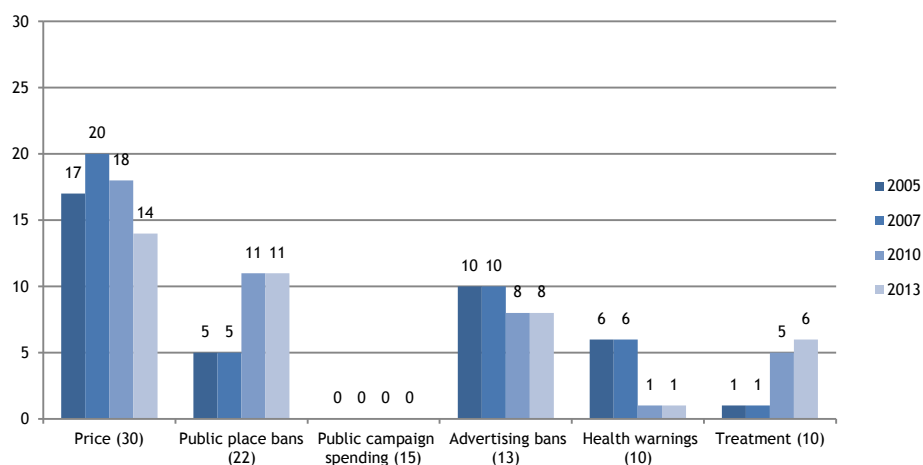


Figura 42: Variação das seis intervenções desde 2005.

A Lei do Tabaco a respeito do fumo em locais públicos entrou em janeiro de 2008, mas limita-se a locais públicos fechados e não proíbe o fumo em todas as áreas; há também uma execução muito fraca da legislação e um consentimento muito comum dos cidadãos que permitem que os fumadores transgridam a lei. O *Smoking Eurobarometer 2012*<sup>(19)</sup> mostra uma diminuição da exposição ao fumo passivo na Europa em bares e restaurantes (tabela 15): em 2012 havia uma prevalência de fumo passivo nos bares de 35% e nos restaurantes de 15%; em 2009, estas percentagens eram de 39% e 17%. Desta forma, a exposição ao fumo passivo continua a ser comum nestes locais.

The last time you visited a drinking establishment such as a bar in the last 6 months, were people smoking inside? Answer: yes

2012: 35%

2009: 39%

The last time you visited an eating establishment such as a restaurant in the last 6 months, were people smoking inside?

Answer: yes

2012: 15%

2009: 17%

Tabela 15: Exposição ao fumo passivo em locais públicos. Adaptado de Special Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans towards tobacco report, May 2012

Quanto à exposição ao fumo passivo nos locais de trabalho, a maioria dos portugueses (82%) refere nunca ou quase nunca estar exposto ao fumo, mas uma percentagem não desprezível (11%) refere que esta exposição é ocasional (tabela 16).

	Nunca ou quase nunca	Ocasionalmente	< 1 hora / dia	1 - 5 horas/dia	> 5 horas/dia
Portugal	82	11	2	3	2
EU 27	72	17	4	4	3

Tabela 16: Exposição ao fumo passivo no local de trabalho. Valores em percentagem. Adaptado de Special Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans towards tobacco report, May 2012

Muito trabalho precisa de ser feito acerca de campanhas públicas, que nem sequer tem dados para mostrar; na minha opinião, a participação e envolvimento dos cidadãos em tais campanhas é bastante escassa. Outro problema prende-se com o fato de Portugal ser muito influenciado pela responsabilidade social corporativa, como já foi abordado.

O tratamento tem a melhor pontuação das seis políticas, talvez refletindo os profissionais de saúde cada vez mais conscientes da epidemia e os seus esforços para o seu confinamento. Apesar disto, grande parte dos profissionais de saúde não serve como modelo, seja por serem fumadores ou por incentivarem pouco um compromisso com a cessação tabágica. No entanto, 45% dos fumadores portugueses já tentaram desistir pelo menos uma vez<sup>(19)</sup>, mas a maioria tenta fazê-lo sem ajuda, tendência que não é só portuguesa (tabela 17).

País	Sem ajuda	NRT	Ajuda médica	Cigarros eletrónicos	Terapias alternativas	Quitlines	Serviços na Internet	Snus ou snuffs
Portugal	84	10	5	1	1	1	0	1
Países do Sul da Europa								
Espanha	74	11	4	5	2	0	1	0
França	66	32	9	8	11	0	0	0
Itália	78	4	6	5	3	1	0	0
Grécia	79	7	2	13	2	0	0	0
Países do Norte da Europa								
Finlândia	55	40	7	6	1	0	1	2
Suécia	47	49	15	8	4	5	1	16
Dinamarca	66	37	7	9	9	0	3	1
Reino Unido	48	42	13	9	1	1	1	0

Tabela 17: Ajudas para tentar deixar de fumar nos países europeus selecionados, 2012. Dados em percentagem. Dados da Noruega não existentes, uma vez que este país não faz parte dos estudos do Smoking Eurobarometer. Adaptado de Special Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans towards tobacco report, May 2012.

Ajuda médica inclui suporte de qualquer profissional de saúde. Terapias alternativas incluem hipnose, acupuntura e outras. Snus: tabaco em pó para uso oral. Snuff: tabaco em pó para inalar.

Portugal é o principal país cujos fumadores não procuram ajuda para tentarem deixar a sua dependência; esta tendência é menos marcada nos países do Norte da Europa. A Suécia, como já abordado, tem uma alta taxa de utilização de produtos de tabaco sem fumo (snus ou snuffs). Divulgar o tratamento e a sua alta probabilidade de tornar o indivíduo fumador num não fumador seria uma boa opção das campanhas de informação ao público.

## 7. Perspetivas futuras: estratégias *endgame*

Nos últimos anos tem surgido interesse pelas chamadas estratégias *endgame* para o tabaco. A palavra inglesa aplica-se a jogos como o xadrez e significa a fase final deste, quando só sobram algumas peças no tabuleiro. Esta analogia expressa uma estratégia para reduzir a prevalência do tabagismo para um nível próximo do zero<sup>(5)</sup>.

Neste sentido, foi organizada a Conferência Internacional sobre Prioridades Públicas na Saúde no Século XXI: O *Endgame* do Tabaco (*International Conference on Public Health Priorities in the 21st Century: The Endgame for Tobacco*)<sup>(74)</sup> em Nova Delhi, Índia, de 10 a 12 de setembro de 2013. Esta conferência pretendia apelar para a redução do consumo e disponibilidade do tabaco na sociedade para níveis mínimos.

No entanto, as opiniões sobre esta ideia ousada são controversas. A Doutora Margaret Chan, diretora-geral da OMS, esclarece a importância de estratégias *endgame*<sup>(75)</sup>: “We learned the importance of [endgame strategies] when global goals were set for disease eradication or elimination.” Na sua perspetiva, uma *endgame* para esta pandemia serviria como um impulso para o desenvolvimento tanto da saúde como económico. No entanto, ela questiona “what are the realistic chances of success?” e aponta duas barreiras para tal: as estratégias *endgame* implicam cumprimento e fiscalização das mesmas, que não existe no mundo em desenvolvimento; e requerem a cooperação de vários setores do governo, desde o comércio, finanças, agricultura, educação, e sistema judicial, e muitos países dão mais importância ao tabaco como um problema para o comércio do que como uma ameaça para a saúde.

Por fim, a Doutora Chan refere que alguns defensores das estratégias de controlo do tabagismo argumentam que a FCTC já fez tudo o que podia fazer e que as quedas dramáticas no consumo de tabaco que se observaram começaram a estabilizar, pelo que haveria necessidade de algumas abordagens radicalmente diferentes. De facto, Kenneth Warner afirma no seu artigo *An endgame for tobacco?*<sup>(47)</sup> que as doenças produzidas pelo tabaco dificilmente vão ceder às intervenções atuais. No entanto, a Doutora Chan não concorda com estas opiniões<sup>(75)</sup> e relembra que a FCTC entrou em vigor há menos de uma década e há evidências abundantes do impacto das suas medidas.

As origens destas propostas *endgame* encontram-se num artigo publicado em 1994, em que Benowitz e Henningfield propuseram reduzir gradualmente a nicotina nos cigarros para níveis não viciantes. Quase uma década depois, Borland defendeu um Modelo de Mercado Regulamentado para suprimir o marketing do tabaco e Callard sugeriu abolir qualquer incentivo ao lucro com o tabaco<sup>(47)</sup>. No entanto, foi apenas nos últimos três anos que as estratégias *endgame* ganharam popularidade na literatura académica. Mas apesar da tendência crescente em torno destas, nunca houve uma discussão pelos peritos de controlo do tabagismo sobre o que seria a vitória final sobre este: seria uma redução nas mortes

produzidas pelo tabaco para 5%, uma redução da prevalência do tabagismo para 5% ou mesmo o fim de todas as formas de consumo de tabaco<sup>(47)</sup>.

As propostas para estratégias *endgame* são várias e algumas já estão a ser utilizadas por alguns países:

- Banir todas as vendas e importações de produtos de tabaco<sup>(5)</sup>, com o objetivo de reduzir o consumo para perto de zero. O Butão proibiu a venda e importação de todos os produtos de tabaco em 2004<sup>(5)</sup>.
- Criar uma *Smoke-free generation* ao proibir as vendas a pessoas nascidas após 1 de janeiro de 2000<sup>(5)</sup>. Esta estratégia foi proposta pela *Singapore advocacy group* em 2011<sup>(76)</sup>, sendo implementada no mesmo ano; é seguida também na Tasmânia desde 2012<sup>(77)</sup>. Esta proposta, ao atuar nos indivíduos cujo consumo ainda não começou, é um caminho certo para a erradicação do tabaco<sup>(49)</sup>.
- Licença para fumar, isto é, exigir um cartão obrigatório para comprar tabaco, que só pode ser adquirido após conhecimento dos riscos e do fumador ter acordado um consumo limitado. Esta estratégia foi proposta por Chapman em 2012<sup>(5, 78)</sup>. Esta medida está em vigor na Austrália, com um retorno das taxas pagas pelo cartão se o fumador decidir parar<sup>(47)</sup>.
- Regulação do conteúdo através da proibição de aditivos e sabores, redução da nicotina para níveis não-dependentes e eliminação dos filtros ventilados. Esta estratégia foi proposta por Benowitz e Henningfield em 2013<sup>(50)</sup>. O Canadá e o Brasil proíbem os aditivos desde 2010 e 2012, respetivamente<sup>(5)</sup>, e a União Europeia decretou a Diretiva 2014/40/EU de 3 de abril de 2014<sup>(51)</sup> com o mesmo propósito.
- Reduzir a disponibilidade ao reduzir progressivamente os estabelecimentos que vendem tabaco. Esta estratégia foi proposta por *Wilson et al.* em 2013<sup>(52)</sup>.
- Limitar os lucros ao criar um sistema de regulação para um preço máximo. Esta estratégia foi proposta por Branston e Gilmore<sup>(43)</sup>.
- Criar um inalador pulmonar de nicotina, que serviria como um substituto para os cigarros. Esta estratégia foi proposta pela Philip Morris International<sup>(47)</sup>. Apesar da nicotina não ser isenta de riscos, é surpreendentemente menos perigosa do que o tabaco queimado.
- Embalagens genéricas, eliminando o papel desta como uma forma de propaganda<sup>(5)</sup>, já implementadas pela Austrália<sup>(47)</sup>.
- Avisos gráficos que cobrem a grande maioria da frente e do verso do pacote de cigarros. A Austrália e o Uruguai têm os avisos de maiores dimensões<sup>(47)</sup>.

A Austrália é o país que mais implementa estas estratégias, para além do sucesso que tem alcançado nas medidas estabelecidas pela FCTC. Para além deste país, a Nova Zelândia está empenhada nestas estratégias desde 2009 e estabeleceu como meta uma prevalência de tabagismo perto de zero até 2020 <sup>(48)</sup>. A Tasmânia pretende criar a *tobacco-free millenium generation* e proíbe o uso de cigarros para todos os indivíduos que nasceram depois de 2000, seguindo a proposta da Singapura<sup>(5)</sup>.

Quanto à Europa, embora alguns países tenham demonstrado interesse nestas estratégias, um compromisso de estratégia *endgame* foi apenas feito pela Finlândia, Irlanda e Escócia, que estão empenhados em reduzir o consumo de tabaco para menos de 5% até ao ano alvo definido<sup>(5)</sup>. A Finlândia criou a *Tobacco Act* No. 693/1976 para abolir o tabagismo, impedindo que as crianças e adolescentes comecem a fumar através de várias medidas que restringem a comercialização de tabaco, incluindo a proibição da venda de snuffs<sup>(73)</sup>. Este país tem 2040 como o prazo potencial do *endgame* com uma perspetiva de redução anual de 10% <sup>(44)</sup>, embora o governo recente aponte este objetivo para 2030<sup>(5)</sup>.

A Irlanda reviu as suas estratégias de controlo do tabagismo em 2013 e propôs cerca de 60 recomendações a atingir até 2025 de forma a que menos de 5% da população fume<sup>(45)</sup>. A Escócia criou uma nova estratégia de controlo também em 2013, onde definiu uma geração livre de tabaco até 2034, definida como uma prevalência de tabagismo de 5%<sup>(46)</sup>.

Apesar de alguns países já ponderarem uma estratégia *endgame* para o tabaco, a maioria dos países ainda se debate para implementar as medidas impostas pela FCTC e pela MPOWER, pelo que esta visão de estarmos prestes a fazer *checkmate* sobre o tabaco é na verdade utópica. Aplicar integralmente as diretrizes da FCTC é o primeiro grande passo uma vez que estas medidas são o mínimo a ser feito para enfrentar a epidemia.

## 8. Conclusão

O tabagismo não é apenas uma prática ou um mau hábito, é uma doença que contribui para a causa de muitas outras, de tal forma que foi qualificada na Classificação Internacional de Doenças na secção F17 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo (CDI F17). Se tentarmos especificar esta doença, podemos rotulá-la como uma patologia pediátrica, crónica, transmissível e mesmo contagiosa. Pediátrica uma vez que 83% dos fumadores começam a fumar antes do 18 anos. Crónica porque causa dependência; a maioria dos fumadores quer parar, mas muito poucos conseguem. Podemos dizer que é transmissível graças à publicidade e patrocínio dos produtos de tabaco pela Indústria Tabaqueira, que gasta biliões por ano em marketing. Por fim, o tabaco é também uma “doença contagiosa” uma vez que o fumo passivo é ele próprio responsável por várias doenças.

No século XX as doenças infecciosas eram a principal causa de mortalidade mundial; as melhores condições de vida e de higiene e mesmo a vacinação vieram mudar esta realidade. Agora o paradigma centra-se nas doenças crónicas, para as quais há fatores de risco conhecidos. O uso do tabaco é uma das principais causas de morte em todo o mundo e o maior fator de risco evitável, com repercussão sobre muitos cancros e doenças cardiovasculares e respiratórias. Daqui saem dois conceitos fundamentais: em primeiro lugar, esta epidemia de doenças causadas pelo tabaco é feita pelo Homem e da mesma forma são os cidadãos que a podem reverter. Em segundo, a palavra evitável é uma palavra chave porque a morbidade e mortalidade podem ser prevenidas através das políticas de controlo do tabagismo. A FCTC é uma marca mundial nesta luta e conta com dez anos de progressos; o MPOWER é, como o próprio nome indica, a força motriz deste tratado. Em conjunto, conseguiram já reverter 7,4 milhões de mortes prematuras. Estes bons resultados significam que está em funcionamento um compromisso para combater o tabaco, independentemente do tamanho, da estrutura política ou do nível de rendimentos dos países. Desta forma, milhões de fumadores estão protegidos contra os malefícios do tabaco e outros tantos não fumadores são menos propensos a começarem a fumar.

Saber estes números é possível graças ao monitoramento da epidemia do tabaco. Dos países selecionados, Portugal é o único que não faz a sua parte e não realiza pesquisas acerca do tema, pelo que as tendências em Portugal não estão a ser vigiadas.

Proteger as pessoas do fumo passivo é fundamental, e Portugal tem em curso uma lei antitabágica, mas esta, à semelhança da imposta na Dinamarca, é parcial e permite exceções. Para além desta falha na legislação, os cidadãos portugueses permitem igualmente regalias aos fumadores. Os restantes países europeus têm leis totais, mas só o Reino Unido e a Espanha têm leis sem qualquer exceção, assegurando aos seus cidadãos a proteção máxima. É crucial para Portugal renovar a lei de forma a abranger todos os espaços fechados e assegurar o seu cumprimento.

Oferecer ajuda para deixar o consumo do tabaco torna esta difícil tarefa mais fácil. Os profissionais de saúde têm um papel primordial, no entanto as suas ações ficam aquém do seu desempenho, seja por não servirem como modelos para os seus pacientes, seja por não os questionarem e oferecerem ajuda. O tratamento da dependência aumenta a probabilidade de desistir com êxito, no entanto, Portugal investe pouco neste campo: há poucos profissionais de saúde que sabem prescrever Terapia de Substituição de Nicotina e acompanhar o paciente durante esta fase, e os medicamentos não são totalmente comparticipados; há também pouco conhecimento e grande estigma das pessoas acerca do tabaco ser uma doença e de ter tratamento e seriam úteis campanhas para divulgar ambos. Com efeito, apenas o Reino Unido, Dinamarca e França alcançaram com êxito as medidas propostas pela FCTC. No que respeita a *quitlines*, outra forma de ajudar o fumador, vários países utilizam este recurso eficaz: Portugal, França, Itália, Noruega, Dinamarca e Reino Unido; destes, os dois primeiros países cobram por este serviço, o que pode diminuir a taxa de utilização de um meio já provado eficaz.

Os maços de tabaco serão uma das melhores maneiras de educar os fumadores, e mesmo os não fumadores, acerca dos riscos para a saúde. Os maços que têm avisos ilustrados têm mais valor e são mais eficazes em fazê-lo. Neste sentido, a Espanha, França, Noruega, Dinamarca e Reino Unido já começaram a imprimir imagens nos seus produtos de tabaco e proibiram termos enganosos (exceto a França). Portugal, para além de não ter tais imagens ou proibições, mantém as mesmas advertências desde há vários anos, pelo que o progresso que fez neste sentido foi muito pouco. O Reino Unido e a Noruega destacam-se ainda por realizarem campanhas antitabágicas com forte impacto na comunidade.

Proibir a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco é uma das medidas mais eficazes, no entanto, ela é subadotada e apenas a Espanha tem progressos para mostrar. Portugal, apesar de algumas proibições, continua a permitir a interferência da Indústria Tabaqueira.

Portugal tem os maiores êxitos de implementação de medidas nesta última, ao aumentar os preços dos produtos de tabaco. Da mesma forma, todos os países europeus, exceto a Noruega e Suécia, utilizam esta medida para diminuir a prevalência de fumadores; seria útil utilizá-la também para aumentar os êxitos de outras medidas e investir no tratamento e campanhas antitabágicas.

Para além disto, se compararmos a implementação destas medidas de acordo com a pontuação estabelecida pela Escala de Controlo de Tabaco, conseguimos relacionar o ranking destes países. O Reino Unido, Noruega, França, Espanha e Finlândia estão entre os dez países com a melhor pontuação, alcançando o primeiro, quarto, quinto, sétimo e nono lugares, respetivamente. Já os restantes países têm maior necessidade de dinamizar e fortalecer as suas políticas, especialmente Portugal e Grécia que ao terem o vigésimo quarto e vigésimo nono lugares, respetivamente, separam-se imenso dos restantes países.

Assim, percebemos facilmente que o Reino Unido lidera na Europa ao ter os maiores níveis de implementação das medidas propostas. A Espanha, apesar de estar em sétimo lugar, foi o segundo país a alcançar mais êxitos nas intervenções nos últimos estudos. Ao comparar Portugal com países de rendimentos semelhantes e culturas idênticas, este país está a ficar para trás nas políticas de controlo, é pouco dinâmico nas suas ações e nas suas leis e os seus cidadãos são pouco pró-ativos; Espanha e França destacam-se deste subgrupo. Ao comparar Portugal com países de rendimentos superiores e culturas diferentes, percebe-se que não há só distância entre este país e os do Norte: estes últimos são mais dinâmicos, atualizam as suas leis e monitorizam melhor a sua colaboração para a epidemia, de tal forma que mesmo a Dinamarca, que pontua pior na TCS, tem uma grande vantagem sobre Portugal; é de salientar que esse país teve êxitos ao implementar as medidas ao seu mais alto nível em quatro das seis medidas MPOWER, o que mostra como Portugal está mesmo a descuidar-se.

Em termos de exemplos a seguir, junta-se ao Reino Unido a Turquia, que estabeleceu todas as medidas MPOWER ao mais alto nível, e o Brasil, a República Islâmica do Irão e o Panamá, que já o fizeram com quatro.

A maioria dos países mundiais estão ratificados à FCTC e, apesar de visivelmente avançarem na implementação das medidas, a muitos países ainda falta abordar as obrigações do tratado, mesmo depois de uma década da sua entrada em vigor. Muitos consideram este problema como uma responsabilidade do setor da saúde e parte do problema pode estar relacionada a falta de consideração dada à questão por setores não relacionados com a saúde. Outra lacuna prende-se com a questão monetária: a Indústria Tabaqueira é muito melhor financiada e mais politicamente poderosa, mas apenas a publicidade e tratamento antitabágicos exigem recursos financeiros importantes, que em muitos casos podem ser cobertos através de um aumento das receitas fiscais e parcerias.

Este trabalho, que pretendia avaliar o estado de implementação das políticas de controlo do tabagismo, encontrou algumas limitações que dificultaram a sua elaboração. No que respeita à epidemiologia da mortalidade e morbilidade associadas ao tabaco, há diferentes números acerca destas e diferentes opiniões sobre as suas prevalências, assim como a prevalência entre sexos, entre fumadores e não fumadores e mesmo quando associado a doença mais grave ou mais precoce. No entanto, todos os números são demasiado elevados para serem desprezados. De salientar ainda que os últimos estudos que revelam os êxitos alcançados pelos países dizem respeito a 2012.

Baseado no que foi discutido, é adequado um pequeno comentário final da minha opinião acerca do futuro do tabagismo. Para Portugal, o ideal seria atualizar e dinamizar as suas políticas e acompanhar o progresso dos restantes países europeus. As medidas da FCTC têm

que ser plenamente utilizadas e com isso Portugal conseguirá diminuir a prevalência do tabagismo e a mortalidade e morbilidade associadas a ele. As estratégias *endgame* parecem-me radicais, mas surpreendentemente vantajosas e algumas deviam ser impostas para ajudar neste propósito. Do mesmo modo, os países que já têm as medidas da FCTC ao mais alto nível de implementação deveriam pensar seriamente em aplicá-las.

É importante também apostar na formação de profissionais de saúde na cessação e na formação de professores para educar os jovens. Para além dos números de fumadores jovens serem astronómicos, é ainda maior a quantidade que pensa que o tabaco não é assim tão maléfico e que consegue desistir facilmente e antes de ficar doente. Os jovens são os futuros consumidores dos produtos vendidos pela Indústria Tabaqueira e apostar na formação dos seus professores é inteligente e trará benefícios a longo prazo.

É provável que as doenças e morbilidades associadas ao tabaco aumentem e que os profissionais de saúde tenham cada vez mais pacientes a sofrer com elas, por isso é conveniente continuar a investir na sua prevenção e começar a dinamizar as receitas geradas pelos impostos do tabaco para cobrir os tratamentos que vão ser necessários.

Por fim, reforçar que os países estão a aprender com o sucesso uns dos outros e esta troca de conhecimentos deve ser encorajada de forma a criar em grande escala um mecanismo irrefutável de salvar vidas.

## 9. Referências Bibliográficas

1. WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008
2. WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, World Health Organization, 2013
3. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003
4. 2014 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2014
5. European Tobacco Control Status Report 2013. Copenhagen, World Health Organization, 2013
6. Directive 2001/37/EC of the European Parliament and of the Council of 5 June 2001. Official Journal of the European Communities, 2001
7. 2012 Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2012
8. Directive 2003/33/EC of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003. Official Journal of the European Union, 2003
9. Directive 2007/65/EC of the European Parliament and of the Council of 11 December 2007. Official Journal of the European Union, 2007
10. MPOWER Brochures - Monitor tobacco use and prevention policies
11. MPOWER Brochures - Protect people from tobacco smoke
12. MPOWER Brochures - Offer help to quit tobacco use
13. MPOWER Brochures - Warn about the dangers of tobacco
14. MPOWER Brochures - Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
15. MPOWER Brochures - Raise taxes on tobacco
16. Eurobarometer Qualitative Study, Tobacco Packaging Health Warning Labels, Aggregate report, March 2012
17. WHO Report the global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva, World Health Organization, 2011
18. Lei n.º 37/2007 Diário da República, 1.ª série, N.º 156, 14 de agosto de 2007

19. Special Eurobarometer 385, Attitudes of Europeans towards tobacco report, May 2012
20. Willemsen, Marc C.; van der Meer, Regina M.; Bot, Sander. Description, effectiveness, and client satisfaction of 9 European Quitlines: Results of the European Smoking Cessation Helplines Evaluation Project. Den Haag, 2008
21. Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117-1137
22. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2012
23. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2008
24. Amos A et al. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control*, 2012, 21:236-243
25. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The vector of the tobacco epidemic: tobacco industry practices in low- and middle-income countries. *Cancer Causes and Control*, 2012, 23(Suppl. 1):117-129
26. Kim AE et al. Influence of tobacco displays and ads on youth: a virtual store experiment. *Pediatrics*, 2013, 131:e88-e95
27. McNeill A et al. Evaluation of the removal of point of-sale tobacco displays in Ireland. *Tobacco Control*, 2011, 20:137-143
28. Scheffels J, Lavik R. Out of sight, out of mind? Removal of point-of-sale tobacco displays in Norway. *Tobacco Control*, 2013, 22(e1):e37-e42
29. Phillips, B. Cigarette sales already down ahead of tobacco display ban. *The Grocer*, 31 March 2012:5
30. MPOWER in action defeating the global tobacco epidemic. Geneva, World Health Organization
31. World Bank. Tobacco control at a glance, Washington DC, 2003
32. Joossens L, Raw M. The tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. Brussels 2006; 15: 247-253
33. The ASPECT consortium. Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. Luxembourg: European Commission, 2004.

34. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2013 in Europe. Brussels, March 2014
35. Marsja Meijer. United Kingdom tops the European ranking on tobacco control again. Dutch Cancer Society. ECTH, KWF Kanker Bestrijding, 2011
36. Eriksen, Michael; Mackay, Judith; Ross, Hana. The Tobacco Atlas. Fourth Edition. Atlanta, GA: American Cancer Society; New York, NY: World Lung Foundation; 2012
- 37: Your Guide to the 50th Anniversary Surgeon General's Report on Smoking and Health. U.S. Department of Health and Human Services, 2014
38. The Health Consequences of Smoking – 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General 2014. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville 2014
39. P7\_TA(2009)0100 - Resolução do Parlamento Europeu, de 26 de novembro de 2009, sobre a criação de espaços sem fumo
40. Directive 2009/C 296/02 Council recommendation of 30 November 2009. Official Journal of the European Union, 2009
41. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012- 2016. Direção Geral da Saúde, janeiro 2013
42. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2013. Direção Geral da Saúde, Lisboa, outubro 2013
43. Branston, J. Robert; Gilmore, Anna B. The case for ofsmoke: the potential for price cap regulation of tobacco to raise £500m per year in the UK. NIH January 2014.
44. Roadmap to a tobacco-free Finland: Action Plan on Tobacco Control. Ministry of Social Affairs and Health 2014:12 Helsinki, Finland 2014.
45. Tobacco Free Ireland: Report of the Tobacco Policy Review Group. Department of Health October 2013.
46. Creating a tobacco-free generation: a Tobacco Control Strategy for Scotland. Healthier Scotland, Edinburgh 2013.
47. Warner, Kenneth E. An endgame for tobacco? BMJ May 2013 Vol 22 Supp 1
48. Government Response to the Report of the Māori Affairs Committee on its Inquiry into the tobacco industry in Aotearoa and the consequences of tobacco use for Māori. Tobacco Free New Zealand 2020
49. Berrick, A J. The tobacco-free generation proposal. BMJ 13 March 2013; 22:i22-i26

50. Benowitz, Neal L; Henningfield, Lack E. Reducing the nicotine content to make cigarettes less addictive. *BMJ* 15 January 2013; 22:i14-i17.
51. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014. *Official Journal of the European Union*, 2014
52. Wilson, Nick; Thomson, George W; Edwards, Richard; Blakely, Tony. Potential advantages and disadvantages of an endgame strategy: a 'sinking lid' on tobacco supply. *BMJ* 11 December 2012; 22:i18-i21.
53. <http://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop6/en/> última vez visitado a 21-01-2015
54. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/> última vez visitado a 24-01-2015
55. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gyts/en/> última vez visitado a 24-01-2015
56. <http://www.who.int/features/2014/russia-antitobacco-law/en/> última vez visitado a 24-01-2015
57. <http://portugal.angloinfo.com/lifestyle/entertainment/smoking/> última vez visitado a 24-01-2015
58. <http://www.theportugalnews.com/news/view/1094-7> última vez visitado a 24-01-2015
59. <http://www.noticiasaminuto.com/pais/382292/ong-europeias-desiludidas-com-revisao-da-lei-do-tabaco-em-portugal> última vez visitado a 04-05-2015
60. <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/governo-quer-proibir-tabaco-em-todos-os-locais-fechados-1692538?page=-1> última vez visitado a 04-05-2015
61. [http://www.pulmonale.pt/images/FINAL-PT-SFP\\_Press\\_Release\\_PT\\_\\_28.04.15.pdf](http://www.pulmonale.pt/images/FINAL-PT-SFP_Press_Release_PT__28.04.15.pdf) última vez visitado a 04-05-2015
62. <http://www.who.int/tobacco/economics/taxsim/en/index.html> última vez visitado a 02-02-2015
63. <http://www.smokefreepartnership.eu/smokefreemap> última vez visitado a 24-01-2015
64. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/linhas/contactos+de+apoio/deixar+fumar.htm> última vez visitado a 24-01-2015
65. <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/linha-saude24-vai-ter-consultas-telefonicas-para-cessacao-tabagica-no-inicio-do-ano-1677434> última vez visitado a 24-01-2015
66. <http://seatca.org/important-changes-to-the-sale-of-tobacco-products-in-australia/> última vez visitado a 02-02-2015

67. [http://global.tobaccofreekids.org/en/solutions/international\\_issues/warning\\_labels/](http://global.tobaccofreekids.org/en/solutions/international_issues/warning_labels/) última vez visitado a 02-02-2015
68. <http://www.tobaccolabels.ca/healthwarningimages/> última vez visitado a 15-02-2015
69. <http://www.pulmonale.pt/component/content/article/904-frontpage/160-franca-com-imagens-choque-nos-macos-de-tabaco-em-portugal-mantem-mensagens-de-aviso> última vez visitado a 02-02-2015
70. <http://www.pulmonale.pt/component/content/article/316-novembro-mes-do-cancro-do-pulmao-pulmonale-lanca-campanha-fumar-fica-te-a-matar> última vez visitado a 02-02-2015
71. [http://tobaccobody.fi/n\\_en.php](http://tobaccobody.fi/n_en.php) última vez visitado a 02-02-2015
72. [http://adsoftheworld.com/media/online/cancer\\_society\\_of\\_finland\\_tobacco\\_body](http://adsoftheworld.com/media/online/cancer_society_of_finland_tobacco_body) última vez visitado a 02-02-2015
73. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1522179#en> última vez visitado a 17-02-2015
74. <http://www.endgameconference2013.in/> última vez visitado a 17-02-2015
75. [http://www.who.int/dg/speeches/2013/tobacco\\_endgame\\_20130911/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2013/tobacco_endgame_20130911/en/) última vez visitado a 17-02-2015
76. <http://www.tobaccofreeringapore.info/2012/03/tobacco-free-generation-proposal-receives-praise/> última vez visitado a 17-02-2015
77. <http://www.smh.com.au/national/bid-to-ban-cigarettes-for-anyone-born-after-2000-20120822-24liy.html> última vez visitado a 17-02-2015
78. <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001342> última vez visitado a 17-02-2015
79. <http://observador.pt/2014/10/28/tabaco-de-enrolar-pode-ficar-mais-caro-que-cigarros-com-aumento-imposto-em-2015/> última vez visitado a 01-03-2015
80. [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/tabaco\\_de\\_enrolar\\_devera\\_ficar\\_10\\_mais\\_caro\\_em\\_2015.html](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/tabaco_de_enrolar_devera_ficar_10_mais_caro_em_2015.html) última vez visitado a 01-03-2015
81. [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/financas\\_publicas/orcamento\\_do\\_estado/detalhe/cigarros\\_electronicos\\_passam\\_a\\_ser\\_taxados\\_em\\_2015.html](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/financas_publicas/orcamento_do_estado/detalhe/cigarros_electronicos_passam_a_ser_taxados_em_2015.html) última vez visitado a 01-03-2015