

UMA REFLEXÃO NACIONAL

Portugal **sem**
fumo

CONCLUSÕES / RECOMENDAÇÕES
DO GRUPO DE PERITOS DO
“PORTUGAL SEM FUMO 2008”

Organização:

Hospital do Futuro

Enabling Partner:



1468270506-JUN07

Principais conclusões / recomendações do Grupo de Peritos do “Portugal sem Fumo 2008”

O tabagismo ainda não é universalmente aceite como uma doença, apesar de tal ter sido reconhecido pela OMS (305.1 – *Tobacco use disorder, Tobacco dependence - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD – 9 CM, 1996*). Esta constatação é verificável transversalmente nos vários sectores, nomeadamente na saúde, ao nível dos seus profissionais e dos decisores políticos. Este facto continua a ter um forte impacto sobre a reduzida actuação e empenho das entidades governamentais e da sociedade global no controlo e combate deste problema de saúde pública. Em Portugal, tal é visível pela inexistência até à data de um Programa Nacional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo. Não estamos a querer minimizar as actividades de prevenção que durante décadas fizeram parte dos serviços de saúde pública em Portugal com os conhecimentos e os meios disponíveis à data.

Por outro lado, a representação social da dependência tabágica é diferente de outras doenças sociais como as geradas pelo consumo do álcool (objecto do *Estudo Comparativo dos Custos e Carga da Doença do Tabagismo e Alcoolismo em Portugal (1)*), uma vez que esta tem efeitos tóxicos agudos que são muitas vezes devastadores ao nível da perda de saúde, de anos de vida perdidos e de incapacidade e comprometedores da integração social. Parte dos problemas associados ao álcool pode ser explicada pelo número e gravidade dos acidentes de viação ou dos casos de violência doméstica e tem uma natureza tal que os torna fortemente presentes na consciência do público e dos decisores com responsabilidades na política de saúde. Assim, o sistema de saúde português desde há longos anos contempla a existência de instituições e dedica recursos para prevenir, combater e minorar os malefícios do consumo do álcool, incluindo a comparticipação de medicamentos.

O contraste com o consumo de tabaco é grande. Ao contrário do álcool, não há nenhum nível de consumo de tabaco que seja benéfico nem seguro para as pessoas ou para o ambiente, pelo que o nível ideal de consumo numa óptica de saúde terá que ser sempre zero. A dependência, factor essencial a considerar na abordagem destas problemáticas, assume também diferentes dimensões. A dependência da nicotina é a mais prevalente na actualidade (50 a 80% dos fumadores são dependentes), enquanto a dependência do álcool ocorre em 10% dos consumidores. As consequências mais graves do consumo do tabaco, como as neoplasias, as doenças respiratórias e as doenças cardiovasculares, devem-se ao seu consumo crónico e surgem cerca de vinte anos depois de se começar a fumar. Ou seja, manifestam-se discreta e silenciosamente, surgindo mais tardiamente no ciclo de vida. Estes aspectos dificultam o controlo do tabagismo, nomeadamente a sua cessação. Essa menor visibilidade pode levar-nos a compreender que haja um impacto diferente no público.

Em contraste com outras importantes causas de morte, a mortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e cancro do pulmão (doenças atribuídas ao tabaco em cerca de 90% dos casos) está a aumentar. Tal como o alcoolismo, estas doenças respiratórias crónicas são também devastadoras, e socialmente desintegradoras, no que diz respeito aos doentes e às suas famílias. O tratamento do tabagismo é a intervenção em saúde com melhor relação custo eficácia. O estudo apresentado (*Estudo Comparativo dos Custos e Carga da Doença do Tabagismo e Alcoolismo em Portugal* (1)) e a literatura científica mostram-nos que as doenças geradas pelo tabaco representam uma maior carga (tabaco mata 3 vezes mais do que o álcool) e custos (as doenças atribuíveis ao tabaco têm custos 2,6 vezes superiores aos do álcool) do que os mesmos gerados pelo álcool, pelo que é difícil de aceitar que este receba uma menor prioridade no contexto da política de saúde.

Apesar de Portugal ter prevalência de fumadores abaixo dos restantes países europeus, podemos constatar no Inquérito Nacional de Saúde 2005 / 2006 uma estabilização da prevalência de fumadores entre os homens, por contraste com o aumento nas mulheres e nos jovens, indicadores que sugerem que o nosso país não se afasta das fases evolutivas da epidemia tabágica observadas há várias décadas noutros países onde o seu consumo se iniciou cedo. A prevenção primária é um dos pilares mais importantes da intervenção necessária ao controlo das doenças relacionadas com o consumo do tabaco e tem em Portugal uma longa história de intervenção dos serviços de saúde pública ao nível central, regional e local com actuações articuladas com as estruturas do Ministério da Educação. Esta deve começar em idade pediátrica, muito especificamente nos alunos do 1º ciclo, e ser reforçada no início do 2º ciclo. Existem estudos internacionais que suportam a eficácia de intervenção precoce bem estruturada. Estas intervenções devem contar com a participação activa de educadores e profissionais de saúde e devem ser monitorizadas e avaliadas de forma sistemática, como contrapartida do seu financiamento.

Existe carência de informação simples, apelativa, socialmente integradora, estrategicamente dirigida a populações específicas, que apele essencialmente a comportamentos saudáveis, apesar de esclarecedora dos malefícios do tabaco. Continua a ser essencial o desenvolvimento de campanhas de comunicação de uma forma periódica, que apelem directamente aos modelos de identificação (educadores, professores, médicos, figuras públicas, entre outras) das populações-alvo a que se dirigem, que façam uso das tecnologias de comunicação adequadas a esses grupos e estejam presentes nos seus ambientes habituais, que utilizem linguagem simples e adequada a uma correcta apreensão das principais mensagens e, sobretudo, que sejam alvo de avaliação sistemática do impacto das mesmas. O esforço de informação e comunicação deve ser realizado de uma forma integrada com a participação de vários sectores e valências. Os meios de comunicação social podem ser um elemento participativo chave em todo este processo, cujo objectivo final é o aumento da capacidade de cada pessoa para gerir a sua saúde através de uma maior literacia em saúde.

Todavia, existem exemplos internacionais de que estratégias de saúde que não contemplem simultaneamente os 3 vértices do triângulo educação – prevenção – tratamento têm menos eficácia, devido à dinâmica populacional própria desta epidemia. Assim, assume-se também que o tratamento do tabagismo deve ser estrategicamente alvo de acção planeada, concertada do ponto de vista de abordagem multidisciplinar e multisectorial e acessível e equitativo para a maioria dos fumadores.

Recentemente, em termos de política de saúde, a medida de maior importância e visibilidade mediática que procurou responder genericamente a este problema de saúde pública foi a publicação e implementação da Lei 37 / 2007 (Protecção dos cidadãos à exposição involuntária ao fumo do tabaco). Contudo, considera-se que ainda não existe tempo suficiente para uma avaliação efectiva e quantitativa do impacto daquela. Ao nível das percepções, acredita-se que o ar ambiental dos locais públicos melhorou significativamente e que a adesão ao cumprimento do imposto pela Lei foi muito elevada. Todavia, os serviços pediátricos continuam a tratar elevado número de crianças com patologias respiratórias associadas ao fumo passivo, reveladoras de que o comportamento social ao nível das famílias em ambiente domiciliário ainda não mudou. As restrições nos espaços públicos e locais de trabalho e a censura social podem mesmo levar a um aumento da exposição ao fumo de tabaco nos domicílios e transportes particulares. Daí ser fundamental retomar a explicação dos fundamentos da lei (protecção da saúde dos não fumadores).

Considera-se que a publicação de uma legislação deste nível, ainda que não tenha sido totalmente explicada nem debatida antes da sua publicação, se vier a ser correctamente enquadrada num plano de acção estruturado e concertado que envolva medidas não coercivas (informação, educação, prevenção, tratamento), poderá ter um elevado impacto sobre a redução efectiva e sustentada do tabagismo. Pelo contrário, acredita-se que uma medida legislativa isolada não fará mudar comportamentos de forma eficaz e duradoura. Exige-se assim maior envolvimento, dedicação e atribuição / distribuição de recursos a este problema, como a comparticipação de medicamentos e tratamentos para a cessação tabágica, o apoio ao desenvolvimento de outros modelos de intervenção (para além dos modelos patológicos e bio-médicos) reforçando a coesão e o apoio social, o apoio para prevenção e informação/educação, que mostre o empenho governamental neste problema e estimule e dê um verdadeiro sinal e incentivo de mudança à sociedade.

É também reconhecida a importância do aumento do preço do tabaco, sendo que o impacto desta medida é maximizado se a subida de preços também acontecer noutros países. Vivemos num espaço global!

Apesar de tudo, após a publicação da Lei 37 / 2007, acredita-se que a população, de uma forma geral, ficou mais sensível ao problema do tabagismo, e algumas entidades e/ou indivíduos intensificaram a sua actividade profissional nesta área e/ou desenvolveram iniciativas ou projectos relacionados. Alguns exemplos: os Programas “Cuida-te”, “InfoTabaco”, “Conseguí, sou livre”, “Feira do Pulmão”, “Não fume. Nós ajudamos”, “Normas de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica”, www.portugalsemfumo.org, entre outras.

Embora com algumas dificuldades em termos de celeridade de processo e a nível operacional, considera-se que o número de consultas de cessação tabágica disponíveis quer ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, quer ao nível hospitalar tem vindo lentamente a aumentar. Idealmente esta oferta deveria aumentar significativamente, assim como o número de profissionais com habilitação e formação própria para a abordagem ao tabagismo. Além de tudo, torna-se ainda necessária a divulgação da existência desta oferta. Será ainda recomendável que sejam criadas as condições para que estas consultas funcionem de acordo com as melhores recomendações.

Torna-se igualmente evidente a necessidade da abordagem inicial ao fumador ser realizada pelos médicos de clínica geral e familiar e igualmente por pediatras (famílias fumadoras, prevenção primária) e cardiologistas (o tabagismo nem sempre é encarado como os outros factores de risco), para além de outras especialidades médicas, de farmacêuticos e de enfermeiros. Considerado como dependência os técnicos ligados ao comportamento – psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc., devem obrigatoriamente integrar as equipas de reeducação, reabilitação comportamental. Tendo em conta que a abordagem do tabagismo (intervenção breve) é uma obrigação de todos os médicos e que apenas uma pequena percentagem de fumadores têm necessidade de intervenção intensiva (consultas de cessação tabágica), é fundamental adequar a formação pré e pós-graduada dos médicos e outros profissionais de saúde a esta realidade.

Para terminar, concluiu-se que o tabagismo foi um comportamento socialmente aceite como quase inofensivo durante muito tempo e até com reforço publicitário positivo, até ser legalmente reconhecido como um problema de saúde pública. Muito tem sido feito até esta data para combater esta doença, mas o fim do caminho ainda não está no horizonte. Podemos chamar-lhe uma longa travessia, uma grande batalha ou um imenso desafio... mas os sinónimos só reforçam as ideias, estas só são úteis quando promovem a sua própria evolução para objectivos e metas, os quais serão estrategicamente importantes quando se transformam em acção! Acções são verbos que aqui traduzimos por informar, prevenir e tratar o Tabagismo em Portugal com vontade política, recursos adequados e empenho de toda a sociedade. Assim se fazem os bons “sinais de fumo” num Portugal Sem Fumo!

Lisboa, 18 de Setembro de 2008

“Portugal sem Fumo 2008”

GRUPO DE PERITOS

- **Ana Escoval** - Professora Auxiliar, Escola Nacional de Saúde Pública
- **António Araújo** - Coordenador, Clínica de Patologia do Pulmão, Instituto Português de Oncologia – Porto
- **António Vaz Carneiro** – Professor, Faculdade de Medicina de Lisboa
- **Carlos Dias** – Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública
- **Cecília Pardal** – Pneumologista, Hospital Fernando Fonseca; Vice-presidente da Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo-COPPT
- **Cristiana Fonseca** – Liga Portuguesa contra o Cancro
- **Francisco Amaral** – Presidente, Câmara Municipal de Alcútem
- **Helena Febrá** – Núcleo Doenças Cardiovasculares, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
- **Laurinda Ladeiras** – Núcleo Educação para a Saúde, Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Ministério da Educação
- **Ivone Pascoal** – Coordenadora Nacional da Comissão do Tabagismo, Sociedade Portuguesa de Pneumologia
- **José Antunes** – Director, Jornal Tempo Medicina
- **Luís Rebelo**, Presidente da Confederação Portuguesa de Tabagismo
- **Luísa Soares Branco** – Presidente, RESPIRA
- **Margarida Borges** – Professora, Faculdade de Medicina de Lisboa
- **Marta Lima Basto** - Comissão de Coordenação do Programa de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa; Investigadora, Unidade de Investigação de Inovação & Desenvolvimentos em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- **Miguel Gouveia** - Professor, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais, Universidade Católica de Lisboa
- **Pedro Rolo Duarte** – Jornalista
- **Renato Santos** – Médico de Família, ARS Algarve, Centro de Saúde de São Brás de Alportel
- **Rita Santos** – Gestora de Programa, Área do Tabagismo, Associação Nacional de Farmácias
- **Saboga Nunes** – Professor, Escola Nacional de Saúde Pública
- **Sérgio Vinagre** - Coordenador do Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, ARS Norte
- **Sofia Pimenta** - Instituto Português da Juventude
- **Teles de Araújo** – Presidente, Observatório Nacional de Doenças Respiratórias e Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias
- **Teresa Bandeira** – Direcção, Sociedade Portuguesa de Pediatria
- **Victor Gil** – Director de Serviço de Cardiologia, Hospital Amadora-Sintra; Fórum Médicos sem Tabaco