

## O CASO CONTRA O TABACO O TABACO E A SAÚDE EM PORTUGAL

*“Não pode existir qualquer dúvida, entre pessoas informadas, que em qualquer país em que o tabaco é (e foi, durante um período de tempo apreciável) uma prática comum, esse hábito constitui uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura”.*

*W.H.O. “Controlling the smoking epidemic”, Relatório n.º636 da serie de Relatorios Técnicos da O.M.S., Gêneve, 1979.*

### 1. O Tabaco e a Saúde no Mundo

1.1. Nos seis anos que passaram após a publicação deste Relatório da O.M.S., têm-se multiplicado as provas incriminatórias (epidemiológicas e outras) do fumo de tabaco como importante factor exógeno contribuinte de doença, incapacidade e mortalidade prematura. De resto, após os resultados dos primeiros inquéritos epidemiológicos iniciados por Doll & Hill nos anos 50 deste século, um número crescente de sociedades científicas, associações médicas e serviços oficiais de saúde, com início nos da Grã-Bretanha, por volta de 1970, logo seguidos pelos dos EUA, vinham denunciando os riscos do hábito de fumar que se tinha generalizado, sobretudo no Ocidente, após a I e, principalmente, após a II Grande Guerra.

São hoje bem conhecidas e já nem se discutem a nível científico as associações entre o hábito de fumar tabaco e um número importante e até crescente de doenças e respectiva mortalidade, de que se destacam, sobretudo:

- 1) as neoplasias malignas
  - a) das vias respiratórias inferiores (com o carcinoma brônquico à cabeça, mas também o da laringe) e
  - b) das vias digestivas superiores (como os cancros do esófago, da boca e lábios, da língua) e
  - c) ainda alguns outros (como os cancros da bexiga, do pâncreas e do rim);
- 2) as doenças crónicas obstructivas não-malignas das vias respiratórias inferiores (bronquite crónica, enfisema pulmonar);
- 3) certas doenças cárdio-vasculares (principalmente as doenças coronárias e aterosclerose e ainda doenças obstructivas das artérias periféricas e as afecções cerebro-vasculares);

4) o agravamento da morbilidade e da mortalidade fetal, peri-natal e até infantil (nos filhos dos fumadores); e outras afecções ainda.

É extensíssima a bibliografia que, a nível hoje mundial, refere e comprova tais associações, com destaque especial para os numerosos inquéritos epidemiológicos controlados, realizados desde 1950, nas mais diversas populações e para os resultados, que já podemos considerar espectaculares, da aplicação eficaz de estratégias apropriadas de intervenção, que têm conseguido reduzir, durante os últimos 15 anos, em certos países (EUA, Canadá, R.U., alguns países escandinavos) a morbilidade e a mortalidade precoce atribuíveis ao consumo do tabaco. Dada a extensão dessa bibliografia, apenas faremos referência, nesta nota, a algumas das principais, que resumem a maioria das investigações e das conclusões a que foi possível chegar no domínio do binómio *tabaco-saúde*<sup>1-9</sup>

1.2 Apesar de ter sido interditado por alguns governantes do mundo ocidental e dos fumadores terem sido até ameaçados de excomunhão (pelo Papa Urbano VIII), o tabaco, pouco após a sua introdução na Europa, pelos exploradores espanhóis e portugueses do século XVI, rapidamente se espalhou por todo o mundo, sendo presentemente fumado, principalmente sob a forma de cigarros — que estudos epidemiológicos têm sobretudo responsabilizado como a *forma mais nociva* de fumar. No fim da década de 1970 a indústria do tabaco produzia já, diariamente, 2 cigarros por cada habitante do planeta, calculando-se que só a quantidade de nicotina correspondente à produção diária fosse suficiente para eliminar, de uma só vez, toda a população do globo (se tomada por via oral).<sup>10</sup> Por volta de 1980, calcula-se que eram produzidos, à escala mundial, perto de 4 triliões de cigarros, correspondentes a uma despesa da ordem dos 100 biliões de U.S. dollars.<sup>9</sup>

1.3. Nos EUA, o tabaco foi considerado pelo Director dos Serviços de Saúde, no seu relatório de 1979, como a causa principal do aumento da morbilidade e da mortalidade precoce da população norte-americana verificada desde o começo do século.<sup>1</sup> Embora, neste país, só cerca de 2% de substâncias químicas tenham sido comprovadas como cancerígenas e associadas a diversos tipos de neoplasias malignas, o tabaco foi julgado responsável, só por si, por 1/3 de todos os cancros.<sup>6,11</sup>

Pode acrescentar-se que, segundo os responsáveis pela Unidade do Cancro da Organização Mundial de Saúde, em Geneve, Dr. Stanley e Stjernward, presentemente 90% dos óbitos por cancro do pulmão, 75% das mortes atribuíveis a bronquite crónica e suas complicações e 25% dos óbitos por doença coronária são epidemiologicamente imputáveis ao fumo de tabaco (sobretudo de cigarros); enquanto no Sudoeste Asiático o tabaco é responsável por cerca de 90% dos óbitos devidos a cancro da cavidade bucal e da faringe.<sup>11</sup> Ainda nos EUA, em 1980, com base nas estatísticas de causas de morte e em inquéritos epidemiológicos prospectivos, estimam-se em cerca de 325 000 as mortes prematuras devidas anualmente ao hábito de fumar, o que corresponde a um prejuízo que, só em termos económicos, orçaria em 27 biliões de dólares.<sup>12</sup> E, com base no Inquerito Nacional de Saúde dos EUA, só em 1977 o aumento da incapacidade temporária dos indivíduos imputável a afecções devidas ao tabagismo traduzia-se por um acréscimo anual de 77 milhões de dias de trabalho perdidos, 88 milhões de dias passados no leito e 306 milhões de dias de restrição parcial das actividades diárias.<sup>13</sup> Finalmente, segundo Wynder, em 1983, o tabaco seria responsável, a nível mundial, por 25% a 30% de todas as neoplasias malignas no homem e por 5% a 10% das verificadas na mulher, acrescentando aquele conhecido sanitarista que os fumadores de cigarros têm 3 vezes maior risco (do que os não fumadores) de sofrerem um *ictus cerebral*, 2 vezes mais de sofrerem um enfarte do miocárdio e 20 vezes mais de morrerem de um cancro do pulmão.<sup>14</sup>

## 2. O Tabaco e a Saúde em Portugal

E o que se passa em Portugal?

2.1 São já hoje numerosos e importantes os estudos iniciados entre nós, principalmente após 1970, sobre o assunto, embora a habitual escassez de dados estatísticos (sobretudo e dos referentes à morbilidade de inquéritos epidemiológicos englobando milhares de indivíduos não nos permita ter ainda uma noção tão clara da situação como a que podem dispor países como o R.U., os EUA e alguns outros. Foi recentemente feita uma

recompilação dos principais trabalhos nacionais neste domínio durante as II Jornadas Do Tabaco, realizadas em Março de 1975 pelo Instituto Nacional de Agronomia, que consagrou um dia completo à discussão do problema *O Tabaco e a Saúde*.<sup>9</sup> São de destacar os inquéritos e outros estudos pioneiros dos colegas J. Goulão, Maria da Conceição Granate,<sup>18</sup> J. Pereira Miguel<sup>19</sup> e colaboradores J. Medeiros, Luis de Oliveira,<sup>22</sup> Paiva de Carvalho,<sup>23</sup> Eduardo de Magalhães e colaboradores,<sup>24</sup> do Grupo de Trabalho do Inquérito Nacional de Saúde<sup>26</sup> outros incluindo o autor desta nota. Merecem destaque especial os investigadores do grupo liderado pelo Prof. Fernando de Pádua, grande impulsionador da informação e educação da população sobre os riscos do tabagismo e da luta que contra ele deve ser conduzida em Portugal, com especial destaque para as responsabilidades da classe médica.

Os trabalhos destes autores mostraram, não só um aumento crescente e verdadeiramente assustador do consumo de cigarros em Portugal, como também um aumento correspondente da mortalidade por algumas doenças mais estreitamente associadas ao hábito de fumar tabaco.<sup>17,25</sup>

2.2. É de justiça mencionar as posições tomadas publicamente contra o hábito de fumar, pela Direcção Geral de Saúde, desde 1968, bem como pela Escola Nacional de Saúde Pública, sobretudo a partir de 1971, e ainda pelo Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva (do INSA) e pela Fundação Nacional de Cardiologia, para só citar as principais. Destacam-se ainda os primeiros inquéritos de âmbito *universal* sobre o consumo de tabaco e suas características entre nós, empreendidos pelo D.E.P.S., no âmbito do Inquérito Nacional de Saúde,<sup>26</sup> e pelos Prof. Fernando de Pádua e J. Pereira Miguel Dr. Eduardo Magalhães e outros, num inquérito verdadeiramente nacional, com apoio de Euroexpansão.<sup>24</sup>

Finalmente, cumpre salientar a atenção que alguns políticos manifestaram pelo problema, quando prestaram o apoio logístico indispensável ao Conselho Nacional de Tabagismo, criando com base no disposto na Lei 22/82 de 17 de Agosto, que manifestou a intenção da Assembleia da República em iniciar um programa nacional de controle e prevenção do tabagismo.<sup>27</sup>

2.3 Tivemos recentemente a oportunidade de estudar a evolução da importação, exportação produção e consumo do tabaco em Portugal, a partir dos anos 40 deste século, embora tivesse sido possível referir mesmo alguns dados relativos à penúltima década do século XIX, em que o consumo e também os impostos sobre o tabaco, cobrados pelo Estado, duplicaram.<sup>28</sup> Foram igualmente considerados no mesmo estudo os custos da produção do tabaco e estudados os diversos impostos que sobre ele incidem, e são consideráveis, revertendo todos a favor do Estado. Em Portugal, como na maioria dos países, a produção local de tabaco é, como se sabe, monopólio nacional.

2.4 Destacando apenas uma pequena parte da informação estatística que foi possível recolher, tratar e contrastar no trabalho acima referido,<sup>28</sup> pode afirmar-se que se é certo que não atingimos ainda os níveis de consumo de muitos países desenvolvidos, ocupando uma posição intermédia à escala mundial, é inegável que o consumo de tabaco aumentou, em Portugal, de cerca de 4 000 toneladas em 1943 para 13 500 em 1980 (mais do que o triplo, em cerca de uma geração) e que, só nos últimos 15 anos, o consumo de cigarros por cabeça (maiores de 15 anos) duplicou, de perto de 810 para 1782.<sup>28</sup> Os custos da produção do tabaco e o seu preço ao público (sem inclusão dos impostos) têm vindo também naturalmente a aumentar, mas, depois de efectuada uma correcção, por causa da inflação, verifica-se, surpreendentemente, que, a *preços constantes*, o tabaco custava em 1980 relativamente menos do que em 1960.<sup>28</sup>

2.5 Quanto aos impostos sobre o tabaco arrecadados pelo Estado, foi possível demonstrar que, no período de 40 anos que decorreu entre 1930 e 1969, eles se elevaram de 144 250 mil para 1 055 260 mil escudos, a preços correntes, durante um período em que a inflação foi geralmente baixa.

Dados recolhidos mais recentemente demonstram que, só na última década (1970-1980), os impostos aumentaram, a *preços correntes*, quase 12 vezes mais, de cerca de 1 160 000 para 12 530 000 escudos. Corrigidos estes valores, com base nas taxas de inflação e traduzidos em *preços constantes*, mesmo assim se comprova que triplicaram, em valor real, de 1970 para 1980.<sup>28</sup> A maior parte destes impostos (76,5%) é paga pelo consumidor, tendo-se vindo a reduzir, nos últimos anos, a percentagem correspondente

aos *direitos alfandegários*, devido ao aumento da produção nacional de tabaco. Ainda sobre os quantitativos arrecadados pelo Estado com base na produção, importação e venda do tabaco, foi possível demonstrar, que na última década, os *rendimentos do tabaco* representaram entre 5,4% e 6,5% das Receitas Públicas,<sup>28</sup> o que é, sem dúvida, considerável.

2.6 As evoluções comprovadas no estudo acima referido<sup>28</sup> e aqui brevemente resumidas são preocupantes sob o ponto de vista da saúde pública. Mais preocupantes ainda são as evoluções que diversos inquéritos sobre o consumo, realizados em Portugal desde os anos 60 até à presente data,<sup>16-26</sup> têm tido a revelar e que se acentuaram nos últimos anos.

Para só referir alguns valores, pode dizer-se que, com base nos últimos inquéritos por amostragem a população geral<sup>24,26</sup> parece poder afirmar-se que a actual proporção dos fumadores (cerca de 40% entre os homens e de 10% entre as mulheres) traduz os resultados de aumentos apreciáveis, da ordem dos 100%, em relação à população total de mais de 15 anos, só no decurso da última década.<sup>24,28</sup> A propósito, não pode deixar de se apontar que, enquanto nos EUA se verificou, no decurso dos últimos 15-20 anos, um decréscimo da ordem dos 40% entre fumadores do sexo masculino (cuja percentagem é hoje já inferior à dos portugueses), em Portugal, durante o mesmo período, o consumo praticamente duplicou.<sup>8,9,28</sup> Os últimos inquéritos nacionais mostram que nos últimos 3-5 anos, se parece esboçar uma certa estabilização do consumo (ou mesmo uma pequena redução, da ordem dos 0,5%) entre os homens; por outro lado, é nítido um progressivo aumento (da ordem de pelo menos 4%) entre as mulheres.<sup>24</sup> Além disso, é igualmente aparente que, nestes mesmos últimos anos, tem vindo a baixar a idade em que o hábito se inicia, mesmo no sexo feminino, ao mesmo tempo que aumentaram a propagação de fumadores nos grupos etários mais jovens e a média de cigarros fumados por dia.<sup>24,26</sup> Outra característica negativa, até *desanimadora*, dos nossos padrões de consumo de tabaco consiste no facto de, entre nós, o consumo aumentar com o nível sócio-económico e até cultural,<sup>24,26</sup> em ambos os sexos, mas de forma ainda mais acentuada no sexo feminino, justamente ao contrário do que se vem verificando nos países mais desenvolvidos (R.U., EUA, Canadá, países escandinavos e outros até).

Ainda mais preocupante é a percentagem muito elevada de fumadores entre estudantes de medicina e enfermagem e, pior ainda, entre profissionais de saúde. Por exemplo, inquéritos recentes, realizados sobretudo em Coimbra, mostraram que, no início da presente década, fumavam 51% dos médicos e 46% das médicas, acompanhados de 50% dos enfermeiros e 21% das enfermeiras, e que, entre estudantes universitários (incluindo os de medicina), aquelas percentagens atingiam quase 60% e 40%, respectivamente.<sup>20,23</sup>

2.7 Quanto à evolução verificada, entre nós, no decurso dos últimos 15-20 anos, as taxas de mortalidade devidas a algumas doenças cujo impressionante aumento de frequência, no século XX, tem sido associada ao hábito de fumar,<sup>1,9</sup> pode dizer-se com reservas impostas apenas pela qualidade das nossas estatísticas de causas de morte, que entre 1960 e 1982:

— A taxa de mortalidade específica por 100 000 habitantes por *cancro do pulmão* (*carcinoma primitivo da traqueia, brônquios e pulmão*) subiu de 5,4 para 15,8, isto é, quase 3 vezes mais, sendo o aumento ainda superior no sexo masculino e sobretudo no grupo etário de 65 anos e mais anos (28).

Enquanto estes valores correspondem a um aumento de 193% (208% no sexo masculino), no cancro do estômago, a neoplasia por ora ainda mais frequente em Portugal, o aumento verificado durante o mesmo período de tempo foi apenas de 16% (22% no sexo masculino), comprovando-se mesmo decréscimos em alguns grupos etários, como no de 35-64 anos, em que as taxas de mortalidade por cancro do pulmão foram de 119% (133% no sexo masculino).<sup>28</sup>

— Em relação ao *cancro do esófago*, cuja frequência aumenta, como se sabe, com a intensidade do hábito de fumar, como no cancro do pulmão, durante o mesmo período de tempo, as taxas específicas de mortalidade, subiram de 3,5 para 4,9, isto é, um aumento de cerca de 40%.<sup>28</sup>

— É da ordem dos 30% o aumento verificado nas taxas de mortalidade por *cancro da laringe*: 3,0 para 3,9 (de 5,7 para 7,3 no sexo masculino) por 100 000, de 1960 para 1982.<sup>28</sup>

— Os dados disponíveis referentes a *doenças cardio-vasculares*, dadas as alterações de classificação introduzidas durante o período de observação, não permitem um estudo seguro da evolução da respectiva mortalidade, por causas. Apenas se pode garantir um

aumento constante da mortalidade por *afecções cerebro-vasculares*, sobretudo mais acentuada no sexo feminino e no grupo 15-34 anos.<sup>2 8</sup>

— Finalmente, quanto à mortalidade por *bronquite crónica e enfisema pulmonar*, igualmente associada e agravada pelo hábito de fumar tabaco, as respectivas taxas por 100 000 subiram de 18,9 para 26,0 (de 23,5 para 34,0, no sexo masculino) durante o mesmo período, o que corresponde a aumentos das ordens dos 40% e dos 45%, respectivamente.

Os dados acima resumidos comprovam o aumento paralelo das taxas de mortalidade por afecções epidemiologicamente associadas ao uso do tabaco e das taxas de consumo de tabaco em Portugal.

2.8 Em nossa opinião, os *objectivos da luta anti-tabágica*, que os factos acima referidos justificam, podem resumir-se como segue:

1º Reduzir o consumo do tabaco nos fumadores, levando-os, se possível, à abstenção — em especial no que diz respeito aos fumadores em alto risco — e prestando-lhes o necessário apoio clínico, psicológico e social;

2º. Aconselhar formas e maneiras menos nocivas de fumar àqueles que não consigam abandonar ou reduzir o hábito;

3º. Procurar que os jovens não se iniciem no hábito de fumar;

4º. Defender os não-fumadores do fumo de tabaco *secundário* produzido pelos fumadores.

Quanto às *medidas de acção* que se propõem para se procurar reduzir e/ou evitar os riscos do tabagismo, destacam-se as seguintes.<sup>2 8</sup>

#### A. Educação sanitária das populações;

A. 1 Sobretudo junto dos jovens (com início nas famílias e no Ensino Primário)\* e dos indivíduos em alto risco (ex. grandes fumadores com queixas bronco-pulmonares e/ou cardíacas, alterações do E.C.G., dislipidémias, sobretudo nos homens de 35-64 anos; mulheres de mais de 35 anos tomando medicamentos anti-concepcionais).

A. 2 Junto dos grupos sócio-profissionais mais relevantes sob o ponto de vista educacional.

Com a colaboração particular dos serviços de saúde, dos professores e outros educadores, dos meios de comunicação social (imprensa, rádio, TV, etc.) e dos *ídeos públicos* (desportistas, artistas musicais e outros, políticos).

B. *Conseguir o exemplo e apoio dos médicos e trabalhadores de saúde, professores e educadores, desportistas, "ídeos públicos" e outros indivíduos particularmente relevantes* — acção exemplificativa e educativa persistente sobre a comunidade, visando sobretudo os jovens.

#### C. *Proibição (progressiva e reforçada)* de\*\*:

C.1 Fazer a propaganda do tabaco (começando pela TV e rádio, jornais desportivos e para a juventude, estádios e salas de espectáculo, cartazes de parede, revistas, jornais, etc.)

C.2 Máquinas de venda automática de tabaco (sobretudo perto das escolas, cinemas teatros, etc.)

C.3 Venda de tabaco a menores.

C.4 Fumar num número crescente de lugares públicos, tais como:

C.4. 1 Meios de transporte colectivos (casos especiais de camionetas, comboios, aviões).

\* O objectivo principal será sempre o de convencer os jovens a não começarem a fumar, ou a abandonar rapidamente o hábito, com a finalidade de se vir a conseguir uma primeira geração de não fumadores, até ao ano 2000.

\*\*Algumas das proibições abaixo discriminadas já foram consignadas na nossa legislação (ver acima). Mas torna-se indispensável, não só alargá-las, como aqui se indica, como também impô-las com o maior rigor, o que ainda se não verifica.

C.4.2 Hospitais, consultórios, salas de espera e outros locais públicos dos serviços de saúde.

C.4.3 Quaisquer locais de trabalho (especialmente se confinados, mal ventilados e/ou com produção de poeiras, fumos ou vapores).

C.4.4 Salas de espectáculos e de diversões colectivas (cinemas teatros, circos, etc.).

C.4.5 Salas de conferências e reuniões, de exposições, museus, etc.

C.4.6 Repartições públicas.

C.4.7 Refeitórios, salas colectivas de jantar, salas de repouso, etc. (com redução progressiva das áreas em que se pode fumar).

C.4.8 De uma maneira geral, todos os locais confinados e/ou com ventilação deficiente.

C.5 Venda ao público de cigarros com taxas de nicotina e alcatrão de tabaco superiores a um nível *máximo permíssivel* a definir pelos serviços de saúde, com base em normas recomendadas internacionalmente.

D. *Imposição de:*

D.1 Avisos bem claros de *perigos e riscos para a saúde*, nos envólucros de tabaco.

D.2 Indicação bem visível, nas embalagens de tabaco, da concentração (por grama) de nicotina, alcatrão do tabaco e outros produtos tóxicos.

D.3 Informação sobre formas menos perigosas de fumar (uso de filtro, não inalar, fumar devagar, não conservar o cigarro na boca entra as fumaças, não reacender cigarros apagados, não fumar até ao fim).

D.4 Informação sobre os riscos que se faz correr aos fumadores *passivos* e o direito destes à sua protecção, em casa e nos locais de trabalho, repouso ou diversão.

E. *Aumento progressivo dos impostos sobre o tabaco:*

E.1 Incidindo especialmente sobre os cigarros.

E.2 E subindo com a concentração de produtos nocivos (nicotina, alcatrão e acroleínas presentes no tabaco).

Para além dos impostos já cobrados pelo Estado deveria considerar-se a inclusão de uma taxa adicional que seria totalmente utilizada para programas de educação (contra o tabagismo e outros) e de saúde.

De qualquer forma, deveria ser assegurado que grande parte dos impostos cobrados pelo Estado com o tabaco (segundo o Prof. Pádua, cerca de 32 milhões de contos por ano, ou 90 000 contos por dia) fosse encaminhada para os serviços de saúde, a fim de contribuir para a prevenção, tratamento e recuperação das vítimas do tabagismo (\*). Uma verba adicional por cigarro, charuto, etc. deveria ser ainda cobrada, como acima se disse, para fins educativos.

F. *Defesa da saúde e dos direitos dos não fumadores:*

Sobretudo pelos métodos acima referidos na alínea C

G. *Medidas de apoio aos fumadores que queiram deixar de fumar*

G.1 Por apoio técnico aos médicos assistentes dispostos a colaborar em programas de desabitação tabágica.

G.2 Por intermédio de clínicas e métodos de desintoxicação tabágica.

G.3 Por outros métodos apropriados e já bem conhecidos e avaliados.

G.4 Pela investigação de novos métodos mais eficazes e eficientes da desabitação tabágica.

H. *Atribuição de louvores, prémios e outras regalias aos não fumadores:*

Como, por exemplo: prémios mais baixos de seguros de vida, de segurança de trabalho e até de seguro de automóvel, aos não fumadores; acesso aos melhores lugares nos restaurantes, salas de espectáculos, meios de transporte colectivo, etc.

I. *Prosseguimento da Investigação Científica, designadamente no sentido de:*

I.1 Continuar a aprofundar os estudos da influência do tabaco sobre a saúde (física e psíquica) dos indivíduos.

I. 2 Estudar melhor os mecanismos de comportamento e das motivações que contribuem para se começar a fumar, se manter a habitação e se reduzir ou se suspender o hábito de fumar tabaco.

I. 3 Estudar novos métodos de desabitação.

I. 4 Estudar, em pormenor, os custos económicos do tabagismo, entrando em linha de conta com as suas consequências sobre a saúde (incapacidade, morbidade e mortalidade precoce).

---

(\*) Enquanto o Estado gasta presentemente apenas cerca de 5 600 contos por ano com a prevenção do tabagismo, cobra cerca de 32 milhões de contos de impostos do tabaco por ano (informação do Dr. Manuel Barão, do Concelho de Prevenção do Tabagismo).

I. 5 Estudar, em colaboração com profissionais da agricultura, biologia, indústria, economia e outros:

I. 5.1 Tipos de tabaco menos ricos em nicotina e alcatrão de tabaco.

I. 5.2 Substitutos, menos nocivos, do tabaco.

I. 5.3 Melhores envólucros (ex.: tipos mais permeáveis de papel, que reduzam a concentração de monóxido de carbono), filtros mais eficazes, etc.

I. 5.4 Culturas vegetais alternativas às do tabaco, se possível com interesse nutritivo e com rendimento aproximado do da cultura do tabaco (\*).

I. 5.5 Outras investigações relevantes.

J. *Outras medidas a estudar* (especialmente apropriadas ao nosso país e suas diferentes regiões, comunidades e grupos sócio-profissionais).

Trata-se naturalmente de uma esquematização pessoal que se oferece à consulta e apreciação dos responsáveis. Pensamos que as medidas sugeridas podem contribuir, ainda que de forma modesta, para a elaboração, pelo órgão coordenador nacional (o Concelho de Prevenção do Tabagismo) de um plano de acção — o Plano Nacional de Luta contra o Tabagismo, a que acima nos referimos. Esperamos ainda que a lista contenha também sugestões que possam ser aproveitadas para a concepção e realização de investigações complementares que possam contribuir para um melhor conhecimento da situação, das características e da evolução do hábito entre nós, da composição dos tabacos, dos modos de fumar, das motivações (para se fumar e para se deixar de fumar), dos métodos da desabitação tabágica e mesmo de uma mais eficaz educação sanitária da população.

2.9 Os dados hoje disponíveis em Portugal sobre o que podemos designar por *Tabaco e Saúde* são suficientes e suficientemente alarmantes para que se intensifique e se reforcem as medidas já tomadas, ultimamente, contra o tabagismo, isto é, afinal, para defesa da saúde dos fumadores e protecção da dos não-fumadores, que sofrem riscos hoje já irrefutáveis por causa do fumo *secundário*, passivamente inalado em ambientes poluídos pelos fumadores.

Propõe-se que, com base nesses dados e nos recursos disponíveis, que facilmente se podem reforçar pela imposição de uma taxa adicional ao tabaco (sobretudo aos cigarros), que reverta obrigatoriamente e exclusivamente a favor dos serviços de saúde, o Conselho Nacional do Tabagismo elabore e ponha quanto antes em prática um verdadeiro Programa Nacional de Luta contra o Tabagismo.

Parece desnecessário salientar a responsabilidade e a relevância, científica e ética, que a classe médica portuguesa tem neste campo, e que não deve ignorar. Como se afirma, no termo do trabalho em referência (28), “porque podemos actuar com eficácia (neste campo) devemos actuar imediatamente”.

L. Cayolla da Mota

Prof. Catedrático (Epidemiologia) da Escola Nacional de Saúde Pública.

Assessor do Ministério da Saúde (Dept. de Estudos e Planeamento).

Escola Nacional de Saúde Pública

Av. Padre Cruz

1699 Lisboa Codex Portugal

(\*) Trata-se de problemas que cumpre investigar com prioridade, uma vez que parece estar a incrementar-se a cultura do tabaco em Portugal.

## BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Dept. of Health and Welfare — "Smoking & Health". A Report of the Surgeon General. U.S. Publ. Health Services, *DHEW Publications* — diversos volumes anuais, desde 1964 a 1984. Destaca-se, pela sua particular importância, o Relatório de 1979: *DHEW Publication* n° (PHS) 79-50066, Washington, 1979.
2. USA Office of Smoking & Health — Diversos números do "Smoking & Health Bulletin", desde o início da sua publicação até 1985. *U.S. Dept. of Health and Human Services*, Washington, 1970-1985.
3. World Health Organization. "Smoking and effects on health". Report of WHO Committee. *World Health Organ. Technical Report Series* n°568; Genève, 1975.
4. Ibid. "Controlling the Smoking Epidemic". *World Health Organ. Technical Report Series* n°636; Geneve, 1979.
5. RAMSTROM, L. M. (editor). "The smoking epidemic. A matter of worldwide concern". Proceeding of the 4th World Conference on Smoking & Health, Stockholm, 1979. *Almqvist & Wiksell Int.*, Estocolmo, 1980
6. USA Center for Disease Control. "Smoking & Cancer" *C.D.C. Weekly Morb. and Mortal. Rep.*, 31 (7): 77; Atlanta, 1982.
7. USA Dep. of Health and Human Services. "A Bibliography on Smoking and Health" *Office on Smoking & Health* (1983), Rockville, Md.; 1983.
8. Ibid. "Promoting Health and Preventing Diseases. Objectives for the nation", *U.S. Publ. Health Office, Dept. of Health and Human Services*; Washington, 1980.
9. CAYOLLA DA MOTTA, L. — "O Tabaco e a Saúde" (Ponto da situação). Comunicação, por convite, às II Jornadas do Tabaco, Lisboa 12-14 Março, 1985. *Ed. do Grupo de Agronomia Tropical do Inst. Sup. de Agronomia*, pgs. 597-725; Lisboa, 1985.
10. KOLDITZ, W., in "Hexágono Roche" n°3: 1-8; 1979.
11. STANLEY, K. and Stjereward, J., "Tobacco: the main cause of cancer", *World Health Forum*, 6 (n°4): 350; O.M.S., Geneve, 1985.
12. Referência feita no Relatório Anual do "Surgeon General" (ver acima referência (1) do ano de 1980).
13. HORN, Director do "Clearing house for Smoking and Health" de EUA, referido no Relatório Anual do "Surgeon General" (ver acima, referência (1) do ano 1970).
14. WYNDER, referido por L. Cayolla da Motta (ver acima, referência (9)).
15. GOULÃO, J.M.C. — "Tabagismo: resultado de um inquérito" — *Coimbra Médica*: 1ª parte: (1969) 16(n°9): 1045; 2ª parte (1970) 17 (n°1): 65; 3ª parte (1970), 17 (n°2): 143.
16. GOULÃO, J.M.C. et al. "Tabagismo e prevenção das doenças do aparelho cárdio-vascular", *Jornal do Médico* (1970), 101 (n°1982): 409.
17. CAYOLLA DA MOTTA, L. — "Tobacco consumption and its health implications in Portugal", *Anais Esc. Nac. S. Pública e Med. Tropical* (1972) 6 (n°s. 1-4): 143.
18. GRANATE, M<sup>a</sup>. da Conceição — "Hábitos tabágicos em adolescentes do sexo feminino" *J. Socied. Cien. Med. de Lisboa* (1973), 136 (8): 523.
19. PEREIRA MIGUEL, J. — "Epidemiologia da pressão arterial e da lipidémia em amostras da população portuguesa". Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa, 1983.
20. MEDEIROS, J. et al. — "Inquérito aos hábitos tabágicos dos médicos do Hospital da Universidade de Coimbra" — *Coimbra Médica* (1982) 3, (n°3), 255.
21. MEDEIROS, J. et al. — "Tabagismo entre os elementos de enfermagem do Hospital da Universidade de Coimbra" — *Coimbra Médica* (1982) 3, (n°5): 341.

22. OLIVEIRA, Luis de — “Tabaco e aparelho respiratório. O tabagismo em Portugal”. Actas das VIII Jornadas de actualização de pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Ambiente e Pulmão (1984), 22-23/6/84.
23. PAIVA DE CARVALHO et al. — “Tabagismo e Juventude escolar” (1985). Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, ISA, Lisboa, 14/3/85.
24. MAGALHÃES, Eduardo, et al. — “Hábitos tabágicos e conhecimentos da legislação anti-tabágica em amostras da população portuguesa” (Centro de Estudos de Cardiologia Preventiva (1985) — Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, I.S.A., Lisboa, 14/3/85. Em publicação pelo Grupo de Agronomia Tropical do Inst. de Agronomia de Lisboa, 1985.
25. CAYOLLA DA MOTA — “O consumo do tabaco em Portugal nas últimas décadas e algumas das suas implicações sobre a mortalidade portuguesa”. Comunicação preparada para apresentar às V Jornadas da Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985. Em publicação.
26. Departamento de Estudos e Planamento da Saúde — “Inquérito Nacional de Saúde”, *D.E.P.S.*, Série D, vol. II, nº6; 1984.
27. BARAÃO DA CUNHA, M. — “A posição do Conselho de Prevenção do Tabagismo, face à questão do Tabagismo”. Comunicação apresentada às II Jornadas do Tabaco, I.S.A., Lisboa, 12-14 Março 1985. Edição do Grupo de Agronomia Tropical do Instituto Superior de Agronomia, Lisboa, 1985.
28. CAYOLLA DA MOTTA, L. “Consumo do Tabaco e suas implicações sobre a saúde em Portugal”. Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública de 1985. A Publicar nos *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, em 1986.