

Quando introduzido no circuito comercial, o “Folar de Valpaços” apresenta as seguintes características físicas e organoléticas:

**Quadro 1: Apresentação dos valores mínimos e máximos de cada um dos parâmetros físicos do “Folar de Valpaços”**

	“Folar de Valpaços”	
	Mínimo	Máximo
Comprimento (cm) . . . . .	15	40
Largura (cm) . . . . .	10	25
Altura (cm) . . . . .	8	12
Peso (Kg) . . . . .	0,5	2
Proporção massa/recheio depois de cozido . . . . .	25 %	50 %

**Quadro 2: Características visuais e organoléticas do “Folar de Valpaços”**

Aspetto exterior — Folar retangular que depois de cozido apresenta uma cõdea pouco espessa, lisa e brilhante cuja cor varia entre o amarelo e o castanho claro.

Aspetto interior — Ao corte, o folar apresenta uma massa fofa e alveolada, de cor amarelada contendo manchas difusas, ligeiramente engorduradas e de tonalidade encarnçada quando circundam pedaços dos *produtos de fumeiro* (salpicão, linguiça ou outras temperadas com colorau vermelho), entremeada por pedaços dispersos e irregulares das *carnes* que compõem o recheio e que visualmente compõem um mosaico colorido em que se distinguem as diferentes cores das mesmas.

Características organoléticas — A massa é perfumada e fofa, ligeiramente salgada, gordurosa e com sabor a ovos e azeite, sendo perceptível o aroma evocativo dos *produtos de fumeiro*. Aquando do seu consumo sente-se o sabor e o aroma característico do azeite utilizado e diferenciam-se quer os *produtos de fumeiro*, quer as diferentes *carnes* que compõem o recheio pelo seu sabor, aroma e textura.

2 — Matérias primas — O método de produção do “Folar de Valpaços” compreende a utilização dos seguintes ingredientes para a massa e recheio:

2.1 — Massa

Farinha de trigo mole do tipo 55 ou 65;  
Azeite virgem extra de Trás-os-Montes DOP ou similar, margarina vegetal e/ou banha de porco;  
Ovos frescos;  
Fermento de padeiro (levedura de panificação);  
Sal fino (NaCl) para fins alimentares;  
Água.

2.2 — Recheio

Carne de porco gorda e barriga de porco salgada e seca (não fumada);  
Enchidos de porco fumados: salpicão e linguiça (chouriço de carne);  
Presunto de porco curado pelo fumo ou de cura natural.

2.2.1 — Ingredientes opcionais:

Carne de porco entremeada salgada e seca (não fumada);  
Pá de porco fumada;  
Salsa (petroselinum hortense hoss): folhas, no estado verde.

3 — Apresentação comercial — O “Folar de Valpaços” pode ser comercializado à unidade (inteiro) ou em porções, acondicionado das seguintes formas:

- Quando para venda imediata na unidade de produção: colocado em tabuleiros próprios;
- Quando expedidos para outros locais de consumo: acondicionado em papel de embrulho ou em saco de papel fechado, em vácuo ou congelado/ultracongelado.

4 — Fases específicas da produção que devem ter lugar na área geográfica identificada: Preparação e trabalho da massa de pão, levedação, recheio e pré-congelação (quando exista).

5 — Delimitação da área geográfica — Concelho administrativo de Valpaços.

6 — Relação com a área geográfica — As matérias-primas utilizadas sendo de salientar o azeite das variedades madural, verdial e cobrançosa, as carnes de porco preservadas e os produtos do fumeiro temperado em vinha de alho; o “saber fazer” dos produtores da região que segue uma tradição histórica transmitida de geração em geração,

destacando-se a existência de duas fases de fermentação da massa pão específica deste folar; a sua reputação e história que ligam este produto à cidade de Valpaços.

28 de julho de 2015. — A Diretora-Geral, em exercício de funções em suplência, *Maria Filipa de Sousa da Câmara Horta Osório*.

208830826

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto  
do Ministro da Saúde

Despacho n.º 8811/2015

O consumo de tabaco é causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, da hipertensão arterial, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes. O consumo de tabaco apresenta ainda muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal. As pessoas fumadoras apresentam um risco de morte duas a três vezes superior ao observado em pessoas não fumadoras, perdendo, em média, dez anos de expectativa potencial de vida.

De acordo com estimativas da iniciativa *Global Burden of Disease*, do *Institute for Health Metrics and Evaluation*, durante o ano de 2010, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, pela morte de cerca de 11 800 pessoas, das quais 845 em consequência da exposição ao fumo ambiental. Para além do pesado impacto na mortalidade, fumar contribui para a incapacidade e retira anos de vida saudável.

Dado o tempo de latência entre a iniciação do consumo de tabaco e o aparecimento das doenças que dele decorrem, deixar de fumar é a única medida que permite reduzir, a curto prazo, a incidência, na população, das doenças crónicas associadas ao tabagismo. Assim, embora o investimento na prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens seja de grande importância, o reforço das estratégias de promoção da cessação tabágica constitui um imperativo nas políticas de saúde, e uma responsabilidade prioritária para os serviços de saúde, dado ser a única medida que permite reduzir a breve prazo a incidência de doenças crónicas associadas a este problema de saúde pública.

Parar de fumar apresenta benefícios em qualquer idade, mas os ganhos são progressivamente maiores, quanto mais cedo se verificar o abandono definitivo do consumo. Nesse sentido, importa reforçar o investimento na cessação tabágica junto das mulheres grávidas e das pessoas fumadoras mais jovens, antes dos problemas materno-fetais e das doenças crónicas associadas ao tabagismo se terem desencadeado.

O tabagismo é atualmente encarado como uma doença crónica recidivante. A maioria das pessoas fumadoras faz várias tentativas para parar de fumar, ao longo da vida, até à abstinência duradoura e definitiva. Contudo, a maior parte das pessoas que tentam parar de fumar recaem nas primeiras semanas ou dias após a tentativa, estimando-se que apenas 3 a 5 % dos fumadores que param de fumar sozinhos, sem qualquer apoio, se mantêm abstinentes nos 6 a 12 meses seguintes. O apoio comportamental e farmacológico na cessação tabágica permite aumentar significativamente as taxas de sucesso. Nesse sentido, oferecer ajuda na cessação tabágica é uma das seis medidas efetivas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde, no âmbito da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco (Convenção Quadro), que veio a ser aprovada na 56.ª Assembleia Mundial da Saúde, em 21 de maio de 2003, assinada por Portugal em 9 de janeiro de 2004, e aprovada pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro.

De acordo com as linhas diretrizes para implementação do artigo 14.º da Convenção Quadro, relativo à promoção da cessação tabágica, as Partes devem promover o desenvolvimento de uma infraestrutura nacional sustentada que possibilite, a todas as pessoas fumadoras, um amplo acesso a serviços de apoio no tratamento desta dependência. Este apoio deve incluir: abordagens populacionais, entre as quais a intervenção breve, que deve estar presente em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde; abordagens intensivas, através do tratamento especializado nesta área; tratamento farmacológico da dependência; e a utilização dos novos recursos tecnológicos de comunicação, designadamente linhas de apoio telefónico ou aplicações para a Internet ou telemóveis.

Em Portugal, as respostas para o tratamento intensivo do tabagismo no Serviço Nacional de Saúde (SNS) existem, de forma dispersa, desde há vários anos, em particular em serviços hospitalares de pneumologia e em alguns centros de saúde.

Após a entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, que prevê, no seu artigo 21.º, a criação de consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no SNS e nos

serviços hospitalares públicos, a oferta deste tipo de consultas sofreu uma acentuada expansão. Porém, apesar de esta lei permitir o estabelecimento de protocolos para encaminhamento dos utentes, sempre que a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta de apoio intensivo, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar, não foi possível até hoje alcançar uma adequada cobertura em todo o território nacional.

Posteriormente à entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e das Unidades de Saúde Familiar (USF), veio introduzir alterações na organização dos serviços de saúde, com repercussões na resposta às necessidades dos utentes fumadores. A aposentação de profissionais de saúde criou também dificuldades à manutenção de muitas das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica existentes.

Neste contexto, torna-se necessário criar uma rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação em cessação tabágica (RPCSRCT), objetivo que se concretiza com o presente despacho.

A RPCSRCT pretende regular as relações de complementaridade entre as instituições do SNS, de modo a garantir o acesso equitativo de todos os cidadãos a cuidados de prevenção e tratamento do tabagismo, num processo de articulação em rede, variável em função das características locais e dos recursos disponíveis; promover a exploração de complementaridades e o reforço de sinergias; proporcionar o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria dos cuidados prestados; e a concentração de recursos, no sentido da obtenção de ganhos em qualidade e eficiência.

De acordo com o preconizado pelo programa-tipo de atuação em cessação tabágica, da Direção-Geral da Saúde (DGS), o apoio aos utentes fumadores, para que cessem de fumar, deve assentar numa abordagem motivacional, segundo dois tipos de intervenção: intervenção breve, ou muito breve, a realizar de modo oportunista, por todos os profissionais de saúde, aproveitando todas as oportunidades de contacto com os utentes; e intervenção de apoio intensivo, traduzida por uma abordagem mais aprofundada, a realizar ao longo de várias sessões, por uma equipa de profissionais habilitados e treinados, numa consulta especificamente organizada e programada para o efeito, em tempo e local próprios — consulta de cessação tabágica.

Através do Despacho n.º 3802/2015, de 19 de março de 2015, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74, de 16 de abril de 2015, foi criado um grupo de trabalho para o desenvolvimento de um conjunto de medidas relativas à implementação de um programa de deteção precoce e intervenções breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e ao consumo de tabaco nos cuidados de saúde primários, a nível nacional. Nos termos deste despacho, este Programa deve abranger:

- a) Atividades que visem estimular práticas de prevenção primária, particularmente no que diz respeito a grupos de risco, como por exemplo, os jovens e as grávidas;
- b) Ações de divulgação da importância da deteção precoce e intervenções breves;
- c) Formação dos profissionais no que respeita à deteção precoce e intervenções breves;
- d) Projetos de investigação que visam a melhoria da implementação destas práticas;
- e) Modelo de monitorização e suporte da implementação da identificação precoce e intervenções breves.

Assim, a presente RPCSRCT deve enquadrar as medidas aprovadas, resultantes das propostas deste grupo de trabalho, no que se refere, em particular, às intervenções breves a nível dos cuidados de saúde primários.

Os hospitais recebem uma população potencialmente motivada para deixar de fumar, mas também pacientes fumadores que, não estando motivados para tal, são impedidos de fumar durante o período de hospitalização, tendo de lidar com os sintomas de abstinência daí resultantes. Aproveitando o momento de maior vulnerabilidade que o período de internamento representa, todos os pacientes fumadores admitidos no hospital, a exemplo do que deve suceder nos cuidados de saúde primários, devem ser aconselhados a deixar de fumar. Não acompanhar estes utentes pode significar o aumento do desconforto e da ansiedade provocados por sintomas de abstinência intensos.

Os centros de respostas integradas, as unidades de alcoologia, as unidades de desabituação, as comunidades terapêuticas públicas e outros serviços de cuidados de saúde especializados em comportamentos aditivos e dependências (CAD) acolhem uma população que apresenta problemas decorrentes do consumo de diversas substâncias psicoativas. A prevalência do consumo de tabaco nesta população é habitualmente superior à encontrada na população em geral. Por outro lado, o consumo de tabaco em simultâneo com o uso de outras substâncias, como por

exemplo o álcool ou a canábis, pode potenciar as consequências nocivas associadas a cada uma destas substâncias. Os utentes destes serviços, apesar de nem sempre se encontrarem motivados para parar de fumar, devem receber aconselhamento e dispor da possibilidade de serem apoiados a parar de fumar caso o desejem.

Para a boa consecução deste processo, as Administrações Regionais de Saúde (ARS, I. P.) devem assumir esta questão de modo primordial e forçar que se estabeleça um sistema, em rede, de partilha de recursos e de informação.

Aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., caberá criar as infraestruturas informáticas que possibilitem o registo clínico das intervenções realizadas e a sua monitorização e avaliação.

A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., deverá incluir indicadores, obrigatórios e nacionais, na primeira oportunidade de revisão dos indicadores em cuidados de saúde primários, que contemplem a cessação tabágica.

Em função dos indicadores estabelecidos, todos os ACES e ULS, e respetivas unidades funcionais, em particular as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) devem criar tempos específicos para consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, que complementem e permitam dar resposta às situações mais complexas, identificadas através das intervenções breves.

Neste contexto, interessa definir em que moldes devem as USF desenvolver este tipo de consultas, de modo a responder às necessidades dos respetivos utentes, em função das suas especificidades de funcionamento.

A par do investimento na abordagem e tratamento do tabagismo no âmbito da medicina geral e familiar será necessário reforçar a intervenção das unidades funcionais dos ACES e das ULS no desenvolvimento de iniciativas de âmbito populacional, que contribuam para criar um clima social favorável ao não tabagismo e para aumentar a motivação das pessoas fumadoras para deixarem de fumar.

Assim, ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 5.º e do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, nos artigos 6.º e 18.º do Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, e na alínea b) do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, determino o seguinte:

- 1 — A criação da rede de prestação de cuidados de saúde e de referenciação em cessação tabágica (RPCSRCT).
- 2 — A RPCSRCT regula as relações de complementaridade entre as instituições do SNS, tendo como objetivos:

- a) Garantir o acesso equitativo de todos os cidadãos a cuidados de prevenção e tratamento do tabagismo;
- b) Assegurar que os problemas relacionados com a prevenção e o tratamento do tabagismo e a proteção da exposição ao fumo do tabaco são contemplados no planeamento ao nível das cinco ARS, I. P., e valorizados pelos órgãos de gestão clínica, designadamente pelos conselhos clínicos e de saúde, em todos os ACES, e pelas direções clínicas, em todos os centros hospitalares/hospitais e ULS;
- c) Promover a articulação, dentro de cada ARS, I. P., e de cada ACES, entre serviços e instituições, numa lógica de complementaridade e de melhor aproveitamento de recursos, consubstanciada em estratégias de articulação entre níveis de cuidados, entre serviços prestadores e entre profissionais;
- d) Promover a racionalização dos recursos e aumentar os ganhos de eficiência e de custo-efetividade;
- e) Assegurar a formação e a diferenciação dos profissionais de saúde, na área da prevenção e tratamento do tabagismo;
- f) Promover as boas práticas, a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes e a obtenção de maiores ganhos em saúde;
- g) Promover o envolvimento das estruturas locais e dos cidadãos na criação de um clima social favorável à saúde e ao não tabagismo.

- 3 — A RPCSRCT tem o seguinte âmbito de intervenção:

a) Ao nível dos cuidados de saúde primários: a avaliação e a caracterização do consumo de tabaco; a realização de intervenções breves ou muito breves; a avaliação e a gestão de situações de exposição ao fumo ambiental do tabaco e o desenvolvimento de programas/projetos/ações locais de prevenção primária e de promoção da cessação tabágica, bem como a organização de consultas dedicadas ao apoio intensivo para o tratamento desta dependência.

Neste sentido, a RPCSRCT deve enquadrar as medidas aprovadas, que resultem das propostas do grupo de trabalho criado pelo meu Despacho n.º 3802/2015, de 19 de março de 2015, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74, de 16 de abril de 2015, no que se refere, em particular, às intervenções breves a nível dos cuidados de saúde primários no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo;

b) Ao nível hospitalar: a avaliação e a caracterização do consumo de tabaco; a realização de intervenções breves ou muito breves; a avaliação e a gestão de situações de exposição ao fumo ambiental do tabaco e a

organização de uma consulta dedicada ao tratamento desta dependência, bem como a referência na alta, sempre que justificado, para consulta de seguimento no respetivo ACES;

c) Ao nível das unidades de alcoologia, das unidades de desabitação públicas, dos centros de respostas integradas, das comunidades terapêuticas públicas e de outros serviços de cuidados de saúde especializados em CAD: a avaliação e a caracterização do consumo de tabaco; a realização de intervenções breves; a avaliação e a gestão de situações de exposição ao fumo ambiental do tabaco e a organização de uma consulta dedicada ao tratamento desta dependência, conforme previsto na rede de referência/articulação no âmbito dos CAD, sob coordenação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

4 — Em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo, deve ser desenvolvido o seguinte:

4.1 — Pelos profissionais de saúde:

- a) Avaliação e caracterização do consumo de tabaco;
- b) Intervenção breve e muito breve;
- c) Aplicação de instrumentos de avaliação do consumo, da dependência e da motivação;
- d) Aplicação de critérios de referência para consulta de apoio intensivo à cessação tabágica;
- e) Prevenção do consumo e da exposição ao fumo do tabaco;
- f) Prevenção da recaída;
- g) Avaliação e gestão de situações de exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- h) Desenvolvimento de programas/projetos/ações locais de prevenção primária e promoção da cessação tabágica;
- i) Participação em programas ou ações locais de formação no domínio da cessação tabágica;
- j) Participação em iniciativas de monitorização, avaliação e investigação no domínio da prevenção e tratamento do tabagismo.

4.2 — Pelas equipas de apoio intensivo à cessação tabágica:

- a) Avaliação e caracterização do consumo de tabaco;
- b) Aplicação de instrumentos de avaliação do consumo, da dependência e da motivação;
- c) Apoio cognitivo-comportamental e farmacológico;
- d) Apoio a pessoas com situações de comorbilidade;
- e) Prevenção da recaída;
- f) Desenvolvimento de programas ou ações locais de formação, no domínio da cessação tabágica, dirigidos aos profissionais de saúde dos respetivos ACES/ULS/Centro Hospitalar/hospital, ou ARS, I. P.;
- g) Desenvolvimento de iniciativas de monitorização, avaliação e investigação no domínio da prevenção e tratamento do tabagismo, nos respetivos ACES/ULS/centro hospitalar/hospital, ou ARS, I. P.

4.3 — Pelas equipas técnicas especializadas em CAD:

- a) Avaliação e caracterização do consumo de tabaco;
- b) Aplicação de instrumentos de avaliação do consumo, da dependência e da motivação;
- c) Apoio cognitivo-comportamental e farmacológico;
- d) Apoio a pessoas com situações de tabagismo associado a outras dependências;
- e) Prevenção da recaída;
- f) Participação em programas ou ações locais de formação no domínio da cessação tabágica;
- g) Participação em iniciativas de monitorização, avaliação e investigação no domínio da prevenção e tratamento do tabagismo.

5 — A RPCSRCT é definida por cada ARS, I. P., em função:

- a) Das necessidades reais da população, identificadas tendo por base dados relativos ao consumo de tabaco na população e em grupos populacionais específicos, recolhidos na área geográfica em causa, ou estimados, sempre que não existam, a partir de indicadores regionais ou nacionais;
- b) Das necessidades expressas, identificadas através da procura de apoio à cessação tabágica nas consultas de apoio intensivo já existentes;
- c) Da capacidade necessária/capacidade instalada na área geográfica de intervenção, em cada ACES/ULS/centro hospitalar/hospital/serviços especializados em comportamentos aditivos e dependências;
- d) Da adaptação às especificidades e condicionalismos locoregionais, compreendendo as variáveis culturais e sociodemográficas, a densidade populacional, a rede de transportes, os equipamentos e recursos disponíveis, ou mobilizáveis, na comunidade, entre outros.

6 — A implementação da RPCSRCT é concretizada de acordo com duas fases de implementação complementares:

6.1 — Na primeira fase, que deve estar concluída até 31 de dezembro de 2016, as ARS, I. P., devem implementar as seguintes medidas:

- a) Avaliação das necessidades formativas e realização de formação, sobre intervenções breves e apoio intensivo, para os profissionais de saúde;
- b) Identificação e caracterização da população de utentes fumadores, de modo a estimar as necessidades em termos de organização dos serviços de apoio intensivo à cessação tabágica;
- c) Implementação de projetos de prevenção primária e promoção da cessação tabágica no contexto das intervenções dos ACES e ULS, com envolvimento das Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), em particular junto dos estratos populacionais mais jovens e das mulheres grávidas;
- d) Manter ou promover a criação de pelo menos uma consulta de apoio intensivo (ou estabelecer protocolo de encaminhamento) em cada ACES ou ULS na área geodemográfica correspondente, de acordo com os critérios de organização e funcionamento definidos no programa-tipo de atuação em cessação tabágica da DGS e na presente RPCSRCT;
- e) Estas medidas devem realizar-se de acordo com as determinações resultantes do grupo de trabalho para o desenvolvimento de um conjunto de medidas relativas à implementação de um programa de deteção precoce e intervenções breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e ao consumo de tabaco, nos cuidados de saúde primários, a nível nacional, conforme meu Despacho n.º 3802/2015, de 19 de março de 2015, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 74, de 16 de abril de 2015.

6.2 — Na segunda fase, que deve estar concluída até 31 de dezembro de 2017, as ARS, I. P., devem promover a concretização das medidas que resultem da avaliação efetuada na primeira fase, por parte dos ACES, ULS e centros hospitalares/hospitais, quanto ao número necessário de consultas de apoio intensivo e programas de intervenção de âmbito populacional a desenvolver.

a) Considerando que a realização de uma consulta de apoio intensivo exige uma equipa multidisciplinar com formação teórica e treino adequados, caberá às estruturas de gestão clínica e de saúde dos ACES/ULS/centros hospitalares/hospitais e serviços especializados em CAD criar condições para a organização e o adequado funcionamento destas consultas.

b) As consultas devem localizar-se nas unidades de saúde de maior acessibilidade tendo como referência, neste planeamento, a área geodemográfica dos ACES e um rácio populacional de cobertura de 8 horas/100 000 utentes inscritos com 15 ou mais anos.

c) Em regiões de grande dispersão geográfica e/ou baixa prevalência de consumo de tabaco, poderá equacionar-se a existência de equipas móveis, ou o reforço da formação dos profissionais de saúde, no sentido de este tipo de resposta poder ser dado no contexto da consulta de medicina geral e familiar.

d) Sempre que justificado, devem ser criados períodos de atendimento em horário pós-laboral.

e) Deve ser garantida formação em apoio intensivo aos profissionais que a não possuam, antes do início desta atividade.

f) As ARS, I. P., devem equacionar o modo como as USF devem responder às necessidades em apoio intensivo dos respetivos utentes, designadamente, através da contratualização de uma carteira adicional de serviços, para realização de consultas de apoio intensivo de 2 horas.

g) Os médicos que estejam em dedicação exclusiva, com um regime horário de 42 h e com 1550 utentes, devem ser prioritariamente convidados, para a prestação de consultas de apoio à cessação tabágica.

7 — Os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., devem concluir o processo de informatização dos registos clínicos relativos às intervenções breves, até 30 de maio de 2016, e relativos ao módulo clínico de apoio à consulta intensiva de cessação tabágica, até 30 de setembro de 2016.

8 — A implementação e divulgação da RPCSRCT deve ser monitorizada e avaliada com base em indicadores, a desagregar e/ou adaptar, de acordo com os dados disponíveis, conforme lista de indicadores em anexo.

9 — A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., deve definir indicadores nacionais obrigatórios, para efeitos de contratualização, a selecionar da lista em anexo, na primeira oportunidade de revisão de indicadores para os cuidados de saúde primários.

23 de julho de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

## ANEXO

**Lista de indicadores a que se referem os pontos 8 e 9****Indicadores de implementação da rede**

1 — Percentagem de profissionais (médicos e enfermeiros) com formação em intervenção breve, por ACES/ULS/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

2 — Percentagem de profissionais (médicos e enfermeiros) que integram as consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, com pelo menos 35 horas acumuladas de formação em apoio intensivo, por ARS, I. P./ano.

3 — Percentagem de ACES/ULS com pelo menos um local/equipa de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, ou protocolo de encaminhamento, por ARS, I. P./ano.

4 — Percentagem de ACES/ULS com uma oferta de pelo menos 8 horas semanais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por 100 000 mil utentes inscritos > 15 anos, por ARS, I. P./ano.

5 — Percentagem de unidades, centros e outros serviços de cuidados de saúde especializados em CAD com consulta de apoio intensivo à cessação tabágica ou com protocolo de encaminhamento, por ARS, I. P./ano.

6 — Percentagem de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica constituídas por uma equipa multidisciplinar (pelo menos médico e enfermeiro), por ARS, I. P./ano.

**Indicadores de processo e de qualidade**

1 — Percentagem de utentes com idade igual ou superior a 15 anos, com registo dos hábitos tabágicos nos últimos 3 anos, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P.

2 — Percentagem de utentes, com idade igual ou superior a 15 anos e com registo de hábitos tabágicos, a quem foi realizada uma intervenção de aconselhamento, tendo por base uma abordagem muito breve (2As + A/R), ou breve (5As), por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano. (Nota: 2As + A/R = abordar, aconselhar, apoiar/referenciar; 5As: Abordar, aconselhar, avaliar, apoiar, acompanhar).

3 — Percentagem de utentes grávidas, com registo de hábitos tabágicos, aconselhadas com recurso a uma intervenção breve na primeira consulta de vigilância da gravidez, por ACES/ULS/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

4 — Percentagem de utentes com registo de hábitos tabágicos e aconselhamento por intervenção breve que fizeram pelo menos uma tentativa para parar de fumar, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

5 — Percentagem de utentes, com registo de hábitos tabágicos e aconselhamento por intervenção breve, com idade igual ou superior a 18 anos, a quem foi prescrita terapêutica de apoio à cessação tabágica (substitutos de nicotina, bupropiom ou vareniclina) por ACES/ULS/centro hospitalar/hospital/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/ARS, I. P./ano.

6 — Percentagem de utentes com registo de hábitos tabágicos e de aconselhamento por intervenção breve abstinentes às 4 semanas e aos 3, aos 6 e aos 12 meses após o dia D, por sexo, grupo etário, anos de escolaridade, grau de dependência, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano. (Nota: o dia D corresponde ao primeiro dia sem consumo de tabaco).

7 — Percentagem de utentes, com idade igual ou superior a 15 anos e com registo de hábitos tabágicos, referenciados para consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

8 — Número de utentes com registo de primeira vez na consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

9 — Número médio de consultas por utente atendido na consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ACES/ULS/serviços especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

10 — Número médio de contactos telefónicos, por SMS, ou por e-mail, por utente atendido na consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

11 — Tempo médio de espera entre o pedido de consulta e a realização da 1.ª consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ACES/ULS/hospital/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

12 — Percentagem de utentes atendidos na consulta de apoio intensivo à cessação tabágica medicados com terapêutica de substituição da nicotina (TSN), com bupropiom ou com vareniclina, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

13 — Percentagem de utentes atendidos na consulta de apoio intensivo à cessação tabágica abstinentes às 4 semanas e aos 3, aos 6 e aos 12 meses após o dia D, por sexo, grupo etário, anos de escolaridade, grau de dependência, por ACES/ULS/serviços de cuidados de saúde especializados em CAD/centro hospitalar/hospital/ARS, I. P./ano.

14 — Percentagem de ACES/ULS com programas de prevenção do tabagismo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco, de âmbito populacional, por ARS, I. P./ano.

15 — Percentagem de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica que cumprem o «Programa-tipo de atuação em cessação tabágica» da DGS, por ARS, I. P./ano.

16 — Percentagem de ACES/ULS que avaliaram as necessidades e o grau de satisfação dos utentes relativamente ao apoio disponível no âmbito da cessação tabágica, por ARS, I. P./ano.

208824362

**Despacho n.º 8812/2015**

A Comissão de Avaliação Técnica propôs o reconhecimento das indicações terapêuticas da água mineral das Termas da Terronha para doenças do aparelho respiratório e doenças reumáticas e músculo-esqueléticas, nos termos da alínea g) do n.º 5 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 142/2004, de 11 de junho, tendo a Direção-Geral da Saúde procedido ao seu reconhecimento.

Assim:

1 — Nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 142/2004, de 11 de junho, atribuo às Termas da Terronha as seguintes indicações terapêuticas:

- Doenças do aparelho respiratório;
- Doenças reumáticas e músculo-esqueléticas.

2 — O presente despacho produz efeitos no dia seguinte ao da sua publicação.

27 de julho de 2015. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

208830623

**Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.****Aviso (extrato) n.º 8686/2015**

**Procedimento simplificado de seleção, a nível regional, conducente ao recrutamento de pessoal médico para a categoria de assistente, da área hospitalar da carreira médica**

**Publicação da lista de classificação final dos candidatos — Ortopedia**

Por despacho do Vogal do Conselho Diretivo desta Instituição, de 20 de julho de 2015, torna-se pública a lista homologada de classificação final relativa ao procedimento simplificado de recrutamento de pessoal médico, que concluiu o respetivo internato médico na 2.ª época de 2014, com vista à celebração de contrato individual de trabalho, por tempo indeterminado, ao abrigo do Código do Trabalho, para ocupação de postos de trabalho na categoria de Assistente, da área hospitalar de Ortopedia da carreira Médica, a que se reporta o aviso n.º 1572-B/2015 — Referência A16, divulgado no D.R., 2.ª série, n.º 28, de 10 de fevereiro:

**Lista de classificação final**

Ordenação	Nome	Nota final
1.º	Maria Elisa Gonçalves Ribeiro Rodrigues	18.95 valores
2.º	Fernanda Catarina Domingues Vaz Alves	18.70 valores
	António Luís de Bessa Teixeira Oliveira Alves. . . . .	a)
	Bruno Miguel Pereira Barbosa. . . . .	

a) Excluídos por não terem comparecido à entrevista profissional de seleção

24/07/2015. — O Vogal do Conselho Diretivo, *Dr. Ponciano Manuel Castanheira de Oliveira*.

208828364