De:	noreply@ar.parlamento.pt
Para:	Augusto Santos Silva
Assunto:	[Reencaminhamento automático] Correio do Cidadão: :: Importante :: Policy Brief Lei do tabaco
Data:	14 de julho de 2023 22:37:36
Anexos:	ASH_Letter2Parliament_PT.pdf BRIEFING_ Lei_GeraçõesSemtabaco-1.pdf cartaLei tabaco_parlamento_26 Junho_2023-1.pdf

---

Esta mensagem foi gerada automaticamente por um formulário existente no portal da Assembleia da República. Para responder a esta mensagem deve colocar no campo "Para..." o endereço tobaccocontroladvocacy@gmail.com

---

Para: Augusto Santos Silva

Mensagem:
Exmo. Senhor Deputado Augusto Santos Silva,

Escrevo-lhe no contexto do debate parlamentar da “Proposta de Lei n. º88/XV/1” conhecida como Proposta de Lei Gerações Sem Tabaco.

Envio em anexo uma carta formal e um policy brief a explicar a evidência científica e o impacto na saúde pública das principais medidas que deverão ser aprovadas e/ou melhoradas na proposta de Lei, além dos respectivos argumentos. Envio também em anexo uma carta do Action on Smoking and Health, New York, USA, dirigida ao Parlamento, a enquadrar as políticas de controlo do tabagismo com os Direitos humanos.

O pacote legislativo inicial, como proposto pela Ex.ª Senhora Secretária de Estado da Promoção da Saúde, segue as orientações da Convenção Quadro da OMS, o primeiro tratado mundial de Saúde Pública, e as recomendações da Comissão Europeia, é baseada na evidência científica e respeita o direito à vida e à saúde consagradas na Constituição Portuguesa.

A bancada parlamentar do partido socialista é maioritária e tem a responsabilidade maior de apoiar o programa do Governo, que propôs a nova legislação de tabagismo para proteger a saúde e o bem-estar social da população portuguesa, e cumprir os seus compromissos com a OMS e a União Europeia, em desfavor dos interesses comerciais instalados.

A aprovação de um pacote robusto de medidas de controlo de tabagismo e a transposição da Directiva UE sobre o tabaco aquecido para o ordenamento jurídico nacional é de extrema importância pois só a efectiva implementação de políticas abrangentes de controlo de tabagismo permitirá travar o aumento do consumo de tabaco em Portugal, evitando a iniciação dos jovens e promovendo a cessação dos fumadores, proteger os mais desfavorecidos socialmente e diminuir a principal causa evitável de mortalidade prematura e doença em Portugal.

Citando Sir George Young, "A solução do problema do tabagismo não se encontra nos laboratórios de investigação, nem nos hospitais, mas sim nos parlamentos das Nações Democráticas".

Peço-lhe que, tendo em conta o seu valioso contributo para a justiça social e a democracia, desenvolva todos os esforços necessários para a aprovação de uma Lei forte no interesse da

Saúde Pública, e na proteção das crianças e jovens e dos fumadores, em desfavor dos interesses comerciais instalados.

Com os melhores cumprimentos e em nome do grupo de advocacy da Lei do tabaco
Gerações Sem tabaco

Raquel Rosa

Membro da Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

Exmo/a. Senhor (a) Deputado (a)

DATA 11-07-2023

Assunto: Debate parlamentar da "Proposta de Lei n. º88/XV/1"; Proteção da saúde da população portuguesa e eliminação da cedência aos interesses comerciais instalados; Cumprimento da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo de Tabaco pelo Parlamento de Portugal.

Dirigimo-nos a Vossa Excelência, no contexto do debate parlamentar da "Proposta de Lei n. º88/XV/1", em nome das organizações da sociedade civil, de saúde pública, controlo do tabaco e associações de doentes do país, para exortá-lo a garantir que a Diretiva Delegada (UE) 2022/2100, de 29 de junho, que altera a Diretiva 2014/40/UE, no que diz respeito à retirada de certas isenções aplicáveis aos produtos de tabaco aquecido seja rapidamente transposta para o ordenamento jurídico nacional ; e que a "Proposta de Lei n. º88/XV/1" seja aprovada, de acordo com a ciência de saúde pública e a evidência de controlo de tabagismo. Portugal paga um elevado preço pela sua inércia no controlo de tabagismo, quer em custos económicos, quer em danos para a saúde e bem-estar dos cidadãos. A **maioria dos portugueses apoia as políticas de controlo do tabagismo**, conforme documentado pelos Euro barómetros. **O nosso dever comum e especialmente dos dignatários de cargos públicos de Portugal é proteger a saúde pública e o bem-estar dos cidadãos da nação, promovendo uma forte regulamentação do tabaco.**

O pacote de medidas eficazes de controlo de tabagismo aprovado pelo Governo é a alavanca que Portugal necessita para travar o consumo de tabaco e de nicotina e tem que se ser defendido no Parlamento. **Não pode haver melhoria da saúde da população portuguesa nem sustentabilidade do SNS sem medidas robustas de promoção da saúde e de prevenção das doenças crónicas**.

A **restrição dos pontos de venda de tabaco e das máquinas de venda automática deverá ser abrangente e não parcial** e não deverá ser alterada para permitir mais excepções. **Restrições e/ou abolições parciais comprometem seriamente o impacto destas medidas, quer na redução do consumo de tabaco, quer nos ganhos em saúde, sociais e económicos**. Do mesmo modo, **os ambientes livres de tabaco e de nicotina nos espaços interiores e a sua extensão aos espaços exteriores especificados** na proposta de Lei deverão ser **abrangentes e não conter exceções**. Acresce que o ***marketing*, promoção, patrocínio e publicidade** dos produtos de **tabaco e de nicotina** (dispositivos eletrónicos) tem que ser **eliminado eficazmente através duma forte regulamentação**. Todas estas medidas deverão ser aprovadas e não devem ser enfraquecidas. Anexamos **um policy brief** a explicar a **evidência científica** e o **impacto na saúde pública** das principais medidas que deverão ser aprovadas e/ou melhoradas na proposta de Lei, além dos

respetivos argumentos. Segundo um estudo recente sobre a mortalidade associada ao tabaco nas várias regiões de Portugal*, **as regiões autónomas apresentam dados preocupantes** : uma maior e discrepante mortalidade em ambos os sexos, para todas as causas de morte (Açores), e uma mortalidade muito elevada para doença cardiovascular (Açores e Madeira), ao contrário das outras regiões do país em que a mortalidade CV é mais baixa. Por isso, **as regiões autónomas devem ter uma Lei forte sem excepções para proteger a saúde das suas populações e mitigar as desigualddes sociais e em saúde**. * Rey-Brandariz J et al. 2023. Smoking-attributable mortality in Portugal by region in 2019. Prémio Robalo Cordeiro, 2022.

"Deixar correr" e pequenos avanços no controlo de tabagismo não são suficientes para travar a epidemia de doença e a morte prematura causadas pelo tabaco. Em todo o mundo tem sido demonstrado que só através da actualização e revisão periódica das políticas de controlo de tabagismo, baseadas na evidência científica, os governos podem reduzir o tabagismo e os danos por ele causados. Em Portugal, o uso do tabaco aumentou recentemente. Em comparação, a prevalência de tabagismo na Austrália, Brasil, Canadá, e Nova Zelândia, líderes mundiais em controlo do tabagismo, tem baixado sistematicamente devido à implementação de políticas adequadas. **Os únicos adversários da regulamentação eficaz do tabaco são as empresas de tabaco e seus aliados, que de um modo encapotado, e agindo através de terceiros, têm desenvolvido esforços sistemáticos para enfraquecer a legislação de controlo do tabaco em Portugal**. Alegam que as medidas propostas pelo pacote legislativo são ineficazes e demasiado proibicionistas, que a diminuição dos pontos de venda de produtos do tabaco vai aumentar o contrabando, e põe em risco os empregos e a economia. **Relembramos que, de acordo com a Convenção-Quadro de controlo de tabaco (CQCT) da OMS ratificada por Portugal, as instituições portuguesas têm obrigação de proteger o processo de elaboração das políticas de controlo de tabaco dos interesses comerciais da indústria e seus aliados, implementando as diretrizes do artigo 5.3 da CQCT**.

Esperamos que entenda a necessidade desta legislação crucial que se relaciona directamente com a **saúde e o bem-estar dos cidadãos**, **com profundas implicações para o desenvolvimento económico e a recuperação económica de Portugal no contexto do desenvolvimento sustentável (ODS) e do plano de recuperação e resiliência**. Representantes da comunidade científica e da saúde pública em Portugal estão disponíveis para discutir estas questões importantes mais detalhadamente.

Esperando uma resposta sua, subscrevo-me com consideração.

Raquel Rosa
Comissão de Tabaco da Sociedade Portuguesa de Pneumologia

ASH ACTION ON SMOKING & HEALTH

Dedicated to ZERO Tobacco Deaths

June 22, 2023

To Whom It May Concern:

Tobacco remains the leading cause of global preventable death. Left unchecked, tobacco will kill 1 billion people this century. Tobacco remains the leading cause of global preventable death, killing over 8 million people annually. [1] In Portugal, approximately 30% of men and 17% of women over 15 years of age were daily smokers in 2018.[2]

In addition to negatively impacting the right to health and right to life, tobacco is detrimental to numerous other human rights, such as the right to development, environmental rights, children's rights, and women's rights. Continuing human rights issues stemming from the actions of the tobacco industry are a barrier to the 2030 development agenda. SDG Target 3.a strives to "strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (FTCTC) in all countries."[3]

Furthermore, tobacco has been recognized as a major barrier to the right to health of children by the 2020 A Future for the World's Children WHO-UNICEF Lancet commission, and the Committee on the Rights of the Child made it clear when adopting General comment No. 15 in 2013 on *the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* that "States are required to introduce into domestic law, implement and enforce internationally agreed standards concerning children's right to health, including … the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control."

Every year the tobacco industry costs the world not only lives, but also "600 million trees, 200,000 hectares of land, 22 billion tonnes of water and [produces] 84 million tonnes of CO2." Tobacco products (and the companies who produce them) harm the environment throughout the entire lifecycle of the product - from growing all the way through post-consumer waste. Tobacco control will facilitate progress towards several SDG's that are focused on the environment, including SDG 6- clean water and sanitation, 12- responsible consumption and production, 14- life below water, and 15- life on land.

Tobacco exacerbates inequalities, perpetuates poverty, and is a barrier to achieving development (and several of the sustainable development goals) as well as a barrier to achieving the right to health. It is essential that we consider tobacco policy through these human rights lenses. As the United Nations Development Program notes, the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control is an accelerator for Sustainable Development and reducing tobacco use is critical to achieving every goal in the SDGs. Implementing the best practices set out

[1] Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco.
[2] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7590355/#:~:text=Although%20smoking%20prevalence%20rates%20in,were%20daily%20smokers%20in%202018.
[3] Available from https://sdgs.un.org/goals/goal3

1250 Connecticut Avenue, NW • 7th Floor • Washington D.C. 20036
p 202 659 4310 f 202 261 3508
ash.org

in the World Health Organization's Framework Convention on Tobacco Control or exceeding them will help Portugal achieve development goals and save lives. The members of Portugal's Parliament must enact strong tobacco control legislation to protect the right to health of its citizens.

Sincerely,

Action on Smoking and Health

1250 Connecticut Avenue, NW • 7th Floor • Washington D.C. 20036
p 202 659 4310 **f** 202 261 3508
ash.org

1250 Connecticut Avenue, NW • 7th Floor • Washington D.C. 20036
p 202 659 4310 **f** 202 261 3508
ash.org

Policy Brief

O TABAGISMO É UM COMPORTAMENTO ADITIVO DE CRIANÇAS E ADULTOS JOVENS

AS NOVAS MEDIDAS IRÃO AJUDAR A PROTEGER AS PRÓXIMAS GERAÇÕES E OS FUMADORES

Os fumadores começam a fumar na infância e tornam-se dependentes: 88% antes dos 18 anos e 99% antes dos 26[1].
O marketing da indústria do tabaco e nicotina é especialmente dirigido para as crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres e populações socialmente desfavorecidas[1,2]. O tabaco é a principal causa evitável de morte prematura e o fator de risco com maior carga de doença, morte e incapacidade em Portugal[3]; o cancro do pulmão, a doença mais específica do tabaco, continua a aumentar em Portugal, sendo a única causa de morte que não diminui durante a pandemia recente COVID-19[4]. Países como o Brasil, Irlanda, Reino Unido, Canadá e a Austrália, com estratégias abrangentes de controlo de tabaco já implementadas, incluindo ambientes 100% livres de fumo de tabaco, com extensão a espaços exteriores, e restrição da oferta e do marketing do tabaco têm conseguido declínios significativos do tabagismo entre os jovens ano após ano.

A EVIDÊNCIA SOBRE AS POLÍTICAS DE CONTROLO DE TABAGISMO QUE PORTUGAL NECESSITA

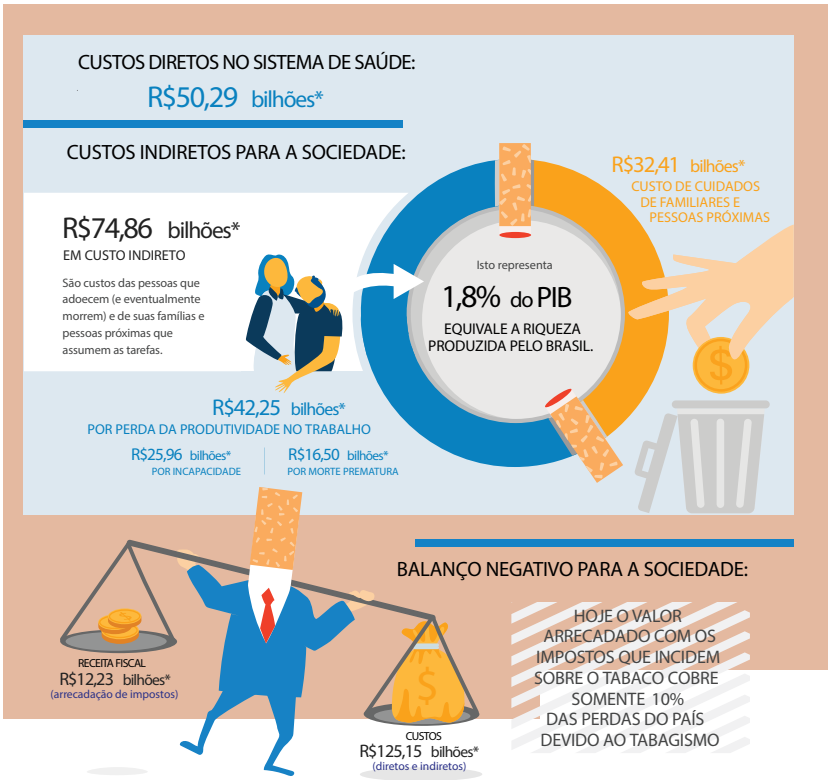
O pacote de medidas eficazes de controlo de tabagismo aprovado pelo Governo é a alavanca que Portugal necessita para travar o consumo de tabaco que aumentou recentemente em Portugal* e tem que se ser defendido no Parlamento. Os Eurobarómetros mostram que estas medidas são populares e aceites pela maioria dos portugueses. Não pode haver melhoria da saúde da população portuguesa nem sustentabilidade do SNS sem medidas robustas de promoção da saúde e de prevenção das doenças crónicas. Esta é uma oportunidade maior de travar este aumento que não podemos deixar escapar para mais uma vitória da indústria que vicia crianças e adolescentes para se tornarem seus clientes durante décadas.

*Balsa C et al. Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Activas na População Geral. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa e SICAD, Portugal.

A PANDEMIA TABÁGICA: O VECTOR, A PREVENÇÃO E O CONTROLO. A CONVENÇÃO-QUADRO DA OMS

A OMS tem alertado que a pandemia tabágica, cujo vector é a indústria do tabaco, está longe de estar controlada[2]. A indústria é a causadora do problema, existindo segundo a OMS "um conflito fundamental e irreconciliável entre os interesses da indústria do tabaco e as políticas de saúde pública"[5].
O tabagismo é uma epidemia pediátrica, a esmagadora maioria dos usuários de tabaco experimentam e ou iniciam o consumo de tabaco na infância e adolescência (88% aos 18 anos; 99% aos 26 anos)[1], como resultado da exposição ao marketing da indústria do tabaco[3]. Daí a necessidade de proteger as gerações mais jovens do marketing ardiloso da indústria. Assim sendo, a OMS enfatiza que a melhor estratégia para controlar esta pandemia é regular as actividades da indústria e envolver a sociedade civil nas medidas de prevenção e controlo previstas na Convenção Quadro de Controlo de tabagismo da OMS, o primeiro e mais bem-sucedido tratado internacional de saúde pública, ratificado por Portugal em 2007. Além disso, a OMS considera fundamental proteger as políticas de Saúde Pública da nefasta influência da indústria do tabaco.[2,5]

Acresce que o tabaco contribui para o agravamento da pobreza das famílias, desviando recursos para bens essenciais como a educação e a alimentação, reforçando as desigualdades sociais e em saúde. Por último, causa uma imensa devastação ambiental desde a produção agrícola e industrial, distribuição comercial e pós consumo, ameaçando a vida e a sustentabilidade do nosso planeta. Neste contexto, o controlo do tabagismo é uma meta crucial dos objectivos do desenvolvimento sustentável.[2,6]



AS ATIVIDADES DA INDÚSTRIA DO TABACO TAMBÉM SÃO PREJUDICIAIS PARA A ECONOMIA

Portugal não fez as contas, mas o Brasil, o 2º produtor mundial de tabaco, empregando mais de 600.000 trabalhadores, fez e mostrou que o saldo é NEGATIVO para a Sociedade. E não foi calculado o impacto económico ambiental do tabaco...

Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária. A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil. Palacios A et al., 2020. www.iecs.org.ar/tabaco

QUAL A EVIDÊNCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE TABAGISMO?

As medidas de controlo de tabagismo foram amplamente estudadas em vários países e são consideradas o exemplo de ouro da evidência científica aplicada em saúde pública[2,7].

O pacote MPOWER foi lançado em 2008 pela OMS para promover ações governamentais a partir de seis estratégias fulcrais da Convenção da OMS, estudadas como as de maior impacto e sinergismo[2,7]. São elas:

Monitorizar o uso de tabaco e as políticas de prevenção (Monitor)

- Proteger a população da exposição ao fumo do tabaco (**P**rotect)
- Oferecer ajuda para deixar de fumar (**O**ffer)
- Advertir sobre os malefícios do tabagismo (**W**arn)
- Fazer cumprir as proibições sobre a publicidade, promoção e patrocínio dos produtos de tabaco (**E**nforce)
- Aumentar os impostos sobre o tabaco (**R**aise)[2,8]

A evidência vai-se tornando cada vez mais robusta ao longo do tempo, assim como o seu impacto: as intervenções "MPOWER" salvam vidas, protegem a saúde dos não fumadores e reduzem custos diretos e indiretos de saúde. No entanto, a OMS adverte que é necessário reforçar as medidas de acordo com a evidência científica que vai surgindo e o marketing e as dinâmicas emergentes da indústria[2,5,8].

PROTEGER A POPULAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO FUMO DO TABACO

O fumo do tabaco é muito tóxico, libertando partículas respiráveis (PM), poluentes e carcinogéneos para o ar ambiente, causando doença cardiovascular, respiratória, e cancro em não fumadores; além de prejudicar seriamente a saúde materno-infantil. A exposição é frequente e cumulativa ao longo da vida, não existindo um nível seguro de exposição; e só poderá ser eliminada através da implementação de ambientes totalmente livres de fumo[2,8,9]. *A American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers*, adverte de que "o único meio de evitar os efeitos sobre a saúde desta exposição é proibir toda a actividade fumadora no interior e nas proximidades dos edifícios" [9].

De facto, á medida que se progrediu na eliminação do fumo nos espaços públicos fechados, houve uma migração desta exposição para as imediações dos edifícios e espaços exteriores, por exemplo, esplanadas e terraços. Diversos estudos que mediram a contaminação destes espaços exteriores usando biomarcadores específicos ou fortemente associados ao fumo de tabaco (nicotina, cotinina, PM2,5), alguns deles conduzidos em Portugal, mostraram que o fumo do tabaco migra do exterior para o interior dos edifícios; e que a exposição humana é frequente, mesmo quando apenas dois fumadores fumam nestes espaços como esplanadas, terraços, entradas dos edifícios, incluindo hospitais e universidades, recintos desportivos, paragens de autocarros, etc[10].

Por último, está também estudado que restringir o comportamento de fumar nos espaços exteriores aos edifícios é uma medida muito eficaz para ajudar os fumadores a

deixar de fumar, aumentando a eficácia dos programas de tratamento[9].

Acresce que torna o tabagismo menos visível, prevenindo a iniciação do consumo nos jovens; e muda as normas sociais, levando as famílias a proteger as crianças do fumo de tabaco em casa, no carro e outros espaços privados. Também está documentado que não há repercussão económica negativa na indústria hoteleira e de restauração: nem menos receitas nem desemprego[2,7,8]

Baseado nestas evidências, vários países avançaram para a extensão da proibição de fumar nos espaços exteriores e nas imediações dos edifícios, sobretudo 1) em serviços de saúde, escolas e universidades, atendendo ao papel de modelo dos profissionais de saúde e educação e ao potencial preventivo do consumo dos adolescentes e jovens; 2) em recintos desportivos e culturais exteriores pelo colectivo de pessoas abrangidas e pela oportunidade de dissociar o tabaco de estilos de vida saudáveis e prazerosos, e de ícones do desporto e cultura; 3) esplanadas e terraços da indústria hoteleira, a fim de proteger a saúde dos trabalhadores e dos não fumadores. Estes países pioneiros mostram que estas medidas são bem aceites pela população[8,10].

maior impacto na prevenção do consumo dos jovens e na redução do consumo dos grupos sociais mais desfavorecidos. Deste modo são as medidas que mais contribuem para reduzir as desigualdades sociais e em saúde associadas ao tabagismo[7,12].

combustíveis, ou que poderá reduzir a mortalidade e doença causada pela epidemia tabágica. Os sabores são muito apelativos para as crianças, adolescentes e adultos jovens. Estão estudados como aditivos que potenciam a adição nicotínica dos produtos de tabaco e sua toxicidade, quer por promoverem uma inalação mais profunda, quer por originarem outras substâncias irritantes, tóxicas e carcinogénicas[13,14].

Para além de ter um impacto negativo no direito à saúde e à vida, **o tabaco é prejudicial para outros direitos humanos**, como os direitos das crianças e das mulheres, o direito ao desenvolvimento, e os direitos ambientais. Os problemas de direitos humanos decorrentes das atividades da indústria do tabaco são um obstáculo ao desenvolvimento sustentável (ODS). A meta 3.a dos ODS ambiciona "reforçar a implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco em todos os países".

ADVERTÊNCIAS SANITÁRIAS COM IMAGENS E ABOLIÇÃO DOS SABORES NO TABACO

Os avisos de saúde nas embalagens do tabaco combinam imagens com texto e são simultaneamente medidas de educação para a saúde, alertando sobre os malefícios destes produtos; e medidas de abolição do marketing poderoso da indústria, desvirtuando o design apelativo das marcas. Estão estudadas como sendo eficazes para promover a cessação tabágica nos fumadores e prevenir o consumo nos não fumadores; são muito custo-efectivas (os custos são imputados à indústria); tendo

Após a introdução no Canadá, Austrália e Brasil, países pioneiros onde a dimensão das imagens relativamente à embalagem são máximas, as imagens são reais e muito impactantes emocionalmente, acompanhando-se da indicação da linha telefónica para ajudar a deixar de fumar, entre 50-60% de fumadores reportou querer deixar de fumar como exposição a estas advertências sanitárias; enquanto que a dissuasão do consumo nos jovens chegou aos 60%[7,12].

Ao serem aplicadas ao tabaco aquecido, produto de consumo crescente em Portugal, irão certamente contribuir para reduzir o consumo e destronar o mito de que o tabaco aquecido é menos nocivo do que os cigarros

RESTRIÇÃO DOS LOCAIS DE VENDAS DO TABACO E ABOLIÇÃO DAS MÁQUINAS DE VENDA AUTOMÁTICA

Estão alinhadas com as medidas da redução da oferta da Convenção da OMS. Portugal é um dos poucos países europeus onde a oferta das máquinas automáticas de tabaco é abundante. Este tipo de venda e exposição dos produtos de tabaco anula o efeito dissuasor do consumo das advertências de saúde das embalagens, pois não ficam visíveis, ao contrário das cores e design das marcas de tabaco. Acresce que promovem o consumo de menores, ao facilitar o acesso e venda a crianças e adolescentes[7,15,16].

Uma das medidas de prevenção de tabagismo mais promissoras é a restrição abrangente dos locais de venda de tabaco,[15,17] como constava na proposta legislativa original anunciada na comunicação social pela Exma. Secretária de Estado da Promoção da Saúde de Portugal, e já implementadas em muitas cidades nos estados unidos da América, Nova Zelândia, e a ser preparada ou em implementação na Holanda, Finlândia, Irlanda, Austrália, entre outros países.

Ao mesmo tempo que estas medidas poderão reduzir a disponibilidade dos produtos de tabaco também eliminam a exposição dos jovens, não fumadores, fumadores e ex-fumadores ao marketing vigoroso das embalagens, anulando a compra por impulso dos fumadores/ex-fumadores, promovendo a cessação tabágica entre os fumadores, evitando a recaída dos ex-fumadores e prevenindo a experimentação e o consumo regular dos adolescentes e jovens[7,15-17].

Diversos estudos mostram que a concentração de pontos de venda do tabaco não é arbitrária, concentrando-se seletivamente ao redor de escolas e estabelecimento de ensino, e em bairros com populações socialmente mais desfavorecidas. Do mesmo modo, estudos recentes evidenciam uma associação positiva entre a densidade dos pontos de venda de tabaco nos bairros urbanos e a prevalência do consumo em jovens e adultos; assim como a sua concentração ao redor das escolas se associa com uma maior suscetibilidade dos adolescentes ao consumo de tabaco[16].

Por outro lado, diversos estudos de informação geográfica que analisaram a associação da distribuição e concentração dos pontos de venda do tabaco (retalhistas) com indicadores de saúde, mostraram o seguinte[17]:

Na Austrália, o diagnóstico de e a admissão hospitalar por doença cardiovascular para adultos que fumam foi mais frequente para aqueles que tinham maior concentração de pontos de venda de tabaco perto de sua casa (cerca de uma milha 1,609km);

Dois estudos da Califórnia relatam que uma maior concentração geográfica de retalhistas de tabaco foi associada a mais hospitalizações por Doença Pulmonar Obstructiva (DPOC);

Uma maior densidade de retalhistas de tabaco nos condados dos EUA associou-se a uma maior taxa de admissão hospitalar por DPOC, além duma estadia hospitalar mais prolongada e custos hospitalares financeiros mais elevados;

Na cidade de Baltimore (Maryland, EUA), os bairros com maior densidade de retalhistas de tabaco, apresentavam uma esperança de vida mais baixa, uma mortalidade ajustada à idade mais alta e maiores taxas de mortalidade por doença respiratória crónica[17].

Deste modo os autores desta revisão da literatura científica e de outros estudos concluem que a restrição abrangente dos pontos de venda de tabaco poderá ser um poderoso contributo para promover a equidade em saúde e reduzir significativamente a prevalência de tabagismo[17,18].No entanto, estas medidas terão que ser medidas robustas e não parciais para conseguir o objetivo maior de proteger as gerações mais novas do marketing da indústria e do consumo do tabaco, e de promover a cessação entre os fumadores[18].

Os autores que analisam o potencial de prevenção da restrição das vendas de tabaco enfatizam que estas medidas deverão ser apoiadas por incentivos económicos para os retalhistas se dedicarem a outra actividade. Os Governos poderão ir buscar financiamento aos impostos do tabaco, aproveitando para aumentar as taxas sobre todos os produtos e assim fomentar o sinergismo das medidas preventivas.

A PEGADA AMBIENTAL DA INDÚSTRIA DO TABACO

Todos os anos, a indústria do tabaco custa ao mundo não só vidas, mas também "600 milhões de árvores, 200.000 hectares de terra, 22 mil milhões de toneladas de água e [produz] 84 milhões de toneladas de CO2"*. Os produtos do tabaco e as empresas que os produzem prejudicam o ambiente em todo o ciclo de vida do produto - desde o cultivo até aos resíduos pós-consumo. O controlo do tabaco facilitará o progresso de vários ODS ambientais, como o ODS 6- água potável e saneamento, 12- consumo e produção responsáveis, 14- vida debaixo de água, e 15- vida na terra. *Fonte OMS, 2022.

Marketing dirigido às crianças e adolescentes

QUAIS OS ARGUMENTOS USADOS PELA INDÚSTRIA DO TABACO, SEUS GRUPOS FRONTAIS E ALIADOS PARA ENFRAQUECER A LEGISLAÇÃO?

A indústria do tabaco é extremamente poderosa, consegue aceder plenamente aos *media* e actua nos bastidores, enraizando a dúvida e a polémica na arena social e política para impedir a aprovação de medidas robustas, atrasando a sua implementação ou alterando-as para reduzir a sua eficácia e impacto. Quanto mais eficazes forem as políticas legislativas propostas, maior é o impacto da polémica na arena social e política[5,19].

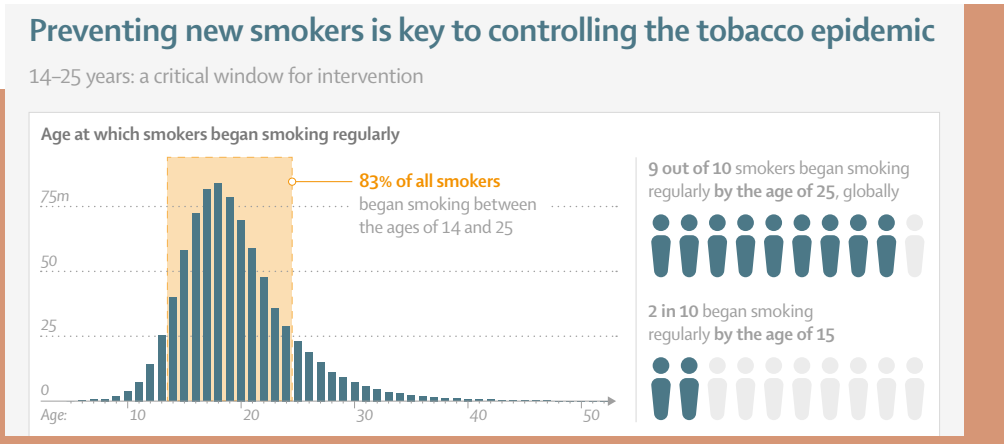
Diversos investigadores têm-se dedicado ao estudo das tácticas desta indústria através da observação das actividades de *lobbying* e da análise dos documentos internos que a indústria foi obrigada a tornar públicos no decurso de processos judiciais nos Estados Unidos da América e que revelam as suas tácticas. Esta estratégia da indústria é recorrente e existe há décadas, de tal modo que o seu discurso e argumentos já fazem parte integrante das crenças de domínio público[5,19].

Uma das tácticas é enraizar na agenda do debate público o discurso da liberdade individual, da livre escolha e o direito dos fumadores, através de terceiros, fazedores de opinião e decisores políticos[5,19].

O argumento da liberdade individual colide com um direito humano fundamental - o direito à saúde - e ao bem-estar público, que estão consagrados e delineiam a liberdade individual na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Constituição Portuguesa, Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (UE), e Tratado da Constituição da OMS. Quaisquer posições contrárias a estes instrumentos põem seriamente em causa o compromisso de Portugal com os direitos humanos, a democracia, os princípios da UE e da OMS. Profissionais de saúde, investigadores, jornalistas e decisores políticos pertencem a comunidades distintas, mas pelo compromisso das suas profissões com a causa pública e o bem-estar social devem juntar forças, informando e capacitando a população portuguesa para promover a saúde, por meio da educação e comunicação eficazes e de políticas vigorosas de saúde pública. O documento "*Corporate Affairs Work plan Spain and Portugal, May 14th 1990*", disponível em https://www.industrydocuments.ucsf.edu/docs/#id=jfkv0110 delineou a estratégia para Espanha e Portugal, influenciando jornalistas, figuras públicas com acesso aos media, grupos partidários, decisores políticos, sindicatos, organizações da indústria hoteleira e diversão, cientistas e profissionais de saúde. Através do patrocínio de actividades culturais, científicas e sanitárias, políticas e de responsabilidade social, que estão proibidos pela Convenção-Quadro da OMS, nos seus artigos 5.3 e 13, a indústria consegue interferir na negociação política e enfraquecer a legislação[5,19,20].

Para além do discurso da liberdade, são argumentos recorrentes do *lobbying* da indústria: a ineficácia do impacto na saúde pública e inconsistência legal das medidas legislativas; violação dos princípios jurídicos de subsidiariedade e de proporcionalidade; prejuízos económicos (menos receitas, desemprego); aumento do comércio ilícito; desvalorização dos malefícios do tabaco e redução de danos, entre outros. No entanto, a evidência de saúde pública nos países líderes no controlo do tabaco que avaliam sistematicamente as medidas aplicadas, demonstra que os argumentos usados pelo *lobbying* da indústria são falsos ou não estão comprovados.[5,19,20] Por outro lado, os diversos processos judiciais accionados pela indústria do tabaco, contestando as medidas de controlo de tabaco, têm tido decisões desvantajosos para a indústria e seus aliados[5,19].

O USO DO TABACO E CIGARROS ELECTRÓNICOS É UMA EPIDEMIA PEDIÁTRICA



https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01169-7/fulltext
GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021;397(10292):2337-60. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01169-7.

O DESAFIO DA MUDANÇA DE CENÁRIO DA EPIDEMIA TABÁGICA:

NOVOS DISPOSITIVOS DE NICOTINA: CIGARROS ELECTRÓNICOS E TABACO AQUECIDO.

Como resposta á diminuição do consumo dos cigarros convencionais, e seguindo uma estratégia de inovação e de desenvolvimento do produto, a indústria desenvolveu novos dispositivos de nicotina inalada com potencial aditivo: cigarros eletrónicos e tabaco aquecido

ESTRATÉGIA DE MARKETING E UM DISCURSO ENGANADOR DE REDUÇÃO DE DANOS DA INDÚSTRIA

Nas últimas décadas, o conhecimento dos malefícios do tabaco e as políticas de controlo de tabaco da OMS, conseguiram reduzir o consumo global de tabaco em ambos os sexos[2].

Como resposta, e seguindo uma estratégia conhecida de marketing- inovação e estratégia de desenvolvimento do produto- a indústria desenvolveu novos dispositivos de nicotina inalada com potencial aditivo: cigarros eletrónicos (CE) e tabaco aquecido (TA)[2]. Os cigarros electrónicos e o tabaco aquecido são produtos de consumo promovidos pela indústria como dispositivos inofensivos e auxiliares para deixar de fumar. Embora raros países e prestadores de cuidados de saúde recomendem os cigarros electrónicos para a cessação do tabagismo, como a Nova Zelândia ou Inglaterra (dentro do Reino Unido a Escócia não recomenda), nunca nenhum dispositivo médico de cigarros electrónicos foi testado, aprovado e lançado no mercado[21].

Estes dispositivos foram declarados pelos fabricantes como produtos mais seguros do que os cigarros tradicionais, por não sofrerem combustão, ou emitindo menos e menores concentrações/quantidades de carcinogéneos conhecidos e outros tóxicos, levando a uma exposição reduzida e menos riscos para a saúde. No entanto, esta suposição de menor risco para a saúde não está comprovada[22]. Primeiro, não é a combustão que gera emissões de substâncias tóxicas e cancerígenas, mas sim o aquecimento e a consequente decomposição térmica e combustão incompleta (pirólise) que acontece no tabaco aquecido e cigarros electrónicos,[23,24]. Acresce que as concentrações mais baixas de algumas substâncias não se traduzem necessariamente numa redução proporcional dos riscos para a saúde, sobretudo por se tratarem de substâncias muito tóxicas e/ou cancerígenas, i.e. não existe um nível de consumo seguro[22]. Por outro lado, usam a via de administração pulmonar que é uma porta de entrada para a circulação sanguínea: induz dependência rápida e efeitos prejudiciais no funcionamento de muitos órgãos e sistemas do organismo humano[21]. Por analogia, e baseado no conhecimento científico sólido dos efeitos do cigarro tradicional, está comprovado que o maior determinante dos danos causados pelo cigarro não é a quantidade de tóxicos, i.e. o número de cigarros fumados por dia, mas sobretudo a duração do comportamento tabágico, ter começado a fumar numa idade muito jovem e continuar a fumar por muito tempo[25].

Muito recentemente **o Director da OMS lançou um vídeo de alerta advertindo para a "armadilha" do marketing e do discurso de redução de danos da indústria do tabaco e cigarros eletrónicos**, exortando aos governos dos países para regularem eficazmente estes produtos, a fim de proteger a população, sobretudo as novas gerações. Link para o vídeo abaixo: https://www.youtube.com/watch?v=gdVQQpMsf-k

Recentemente, a FDA aprovou a venda do tabaco aquecido como um produto de exposição reduzida, mas negou claramente a existência de provas científicas de que este produto não seja prejudicial para a saúde humana e/ou apresente um risco menor para a saúde dos utilizadores do que os cigarros convencionais. No entanto, a indústria do tabaco falseou informação sobre o parecer da FDA, como documentado na revista científica British Medical Journal. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information; US regulator adds to confusion around heated tobacco products | The BMJ. Gilmore AB, Braznell S. BMJ 2020;370:m[3528].

O QUE SÃO CIGARROS ELETRÓNICOS E TABACO AQUECIDO?

Os cigarros eletrónicos são dispositivos de nicotina inalada aquecendo uma solução de propilenoglicol ou glicerol, nicotina e aditivos/sabores[21]. O tabaco aquecido é um dispositivo de tabaco inalado, aditivos e aromatizantes aquecidos a temperatura mais baixa do que os cigarros tradicionais[23,26]. No entanto, todos estes produtos sofrem degradação térmica libertando, além de nicotina, inúmeros compostos e substâncias comprovadamente irritantes, tóxicas e carcinogéneas, além de partículas ultrafinas[21-24,26] Estas partículas não são inertes: depositam-se no pulmão profundo causando inflamação sistémica e stress oxidativo, potencialmente causando doença cardiovascular, respiratória, cancro, entre outras. De facto, a evidência científica sobre os efeitos deletérios na saúde humana dos CE e do TA, é já muito consistente: incluindo estudos em modelos animais, linhas celulares e tecidos, e avaliando os efeitos agudos/médio prazo na alteração de variáveis fisiológicas em voluntários saudáveis, e ainda estudos epidemiológicos de base populacional. Estes estudos permitiram identificar mecanismos de doença similares aos cigarros tradicionais em diversos sistemas (respiratório, cardiovascular, imunitário, sistema nervoso central, cavidade oral, e carcinogénese), além de risco para doença cardiovascular, cancro e doença respiratória, quer para os cigarros eletrónicos quer para os produtos de tabaco aquecido[21,22,24,26-34]

TABACO AQUECIDO

O tabaco aquecido é um novo sistema de administração de nicotina, normalmente designado pela indústria tabaqueira como "Heat-not-Burn". Os produtos de tabaco aquecido consistem numa pequena vareta de tabaco que é aquecida electronicamente, em vez de ser queimada. Estes novos produtos libertam no seu aerossol os mesmos tóxicos e carcinogéneos do que o tabaco tradicional e são também absorvidos por via pulmonar, ou seja, apresentam um elevado potencial aditivo e de doença e danos à saúde humana[23,26-30] As suas vendas estão a aumentar rapidamente na Europa, justificando que estes produtos sejam equiparados aos outros produtos de tabaco, como considerou recentemente a Comissão Europeia ao propor uma nova Directiva EU para o tabaco aquecido.

A INVESTIGAÇÃO DA INDÚSTRIA AFIRMA UMA REDUÇÃO DE 90-95% DOS DANOS PARA A SAÚDE

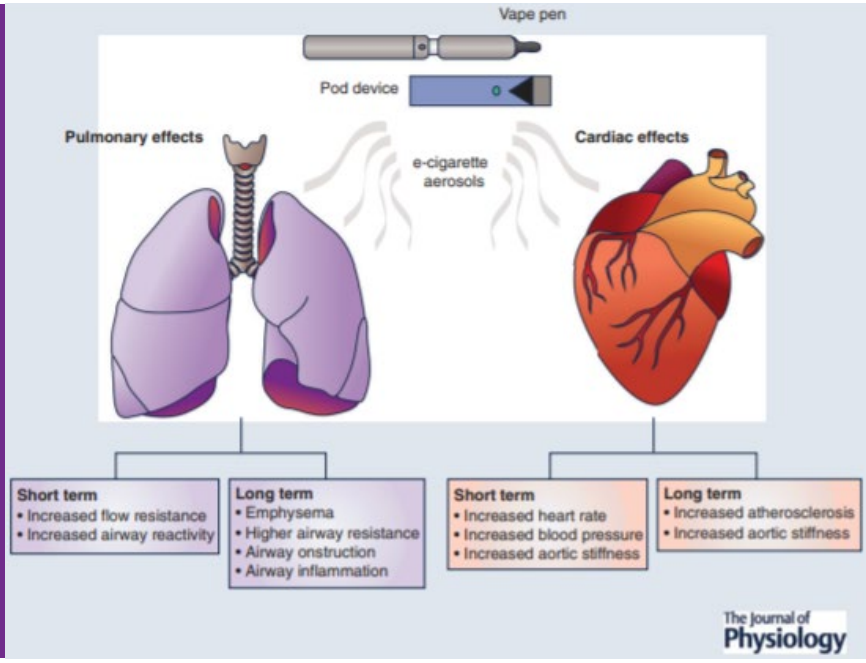
De acordo com um comunicado de imprensa das empresas tabaqueiras, o principal ingrediente dos seus produtos de tabaco aquecido é a água, ao passo que nos cigarros convencionais o principal ingrediente é o alcatrão. A empresa de tabaco afirma que há uma redução de 90-95% nas substâncias nocivas e potencialmente nocivas e na sua toxicidade. Esta suposição foi, porém, refutada por diversos estudos científicos independentes e não é baseada em estudos científicos experimentais[21,23,35,36].

O consumo de cigarros eletrónicos tem aumentado sobretudo entre adolescentes e adultos jovens

APROFUNDEMOS A INVESTIGAÇÃO DA INDÚSTRIA TABAQUEIRA: NÃO É O QUADRO COMPLETO

No entanto, a indústria não informou o público de que algumas substâncias nocivas foram encontradas em concentrações elevadas nos seus estudos, por exemplo: partículas finas, alcatrão, acetaldeído (um carcinogéneo), acrilamida (um potencial carcinogéneo) e um metabolito da acroleína (tóxico e irritante).

Alguns estudos encontraram concentrações muito mais elevadas de formaldeído (um potencial carcinogéneo) nos produtos do tabaco aquecidos do que nos cigarros convencionais[26,35,36].



Efeitos do vaping na fisiologia cardíaca e pulmonar

INVESTIGAÇÃO INDEPENDENTE: UM RISCO SUBSTANCIALMENTE MAIS ELEVADO DO QUE O ALEGADO PELA INDÚSTRIA TABAQUEIRA

Historicamente, há fortes indícios de que os estudos realizados pela indústria do tabaco ou por investigadores financiados pela indústria do tabaco não são fiáveis[37-41]. Antigos funcionários e prestadores de serviços da indústria do tabaco denunciaram irregularidades nas experiências clínicas com produtos de tabaco aquecidos efectuadas pela indústria[42].

Diversos estudos realizados por investigadores independentes que investigaram o conteúdo de um produto de tabaco aquecido concluíram o seguinte: O primeiro estudo mostrou que a acroleína (substância muito tóxica e irritante) foi reduzida em apenas 18%, o formaldeído (um potencial carcinogéneo) em 26% e o benzaldeído (um potencial carcinogéneo) em 50%[23]; enquanto que outro estudo mostrou que o nível de TSNAs (substâncias cancerígenas) é um quinto do dos cigarros convencionais[43].

Porém, verificou-se que a substância potencialmente cancerígena acenafteno era quase três vezes mais elevada do que nos cigarros convencionais[23], enquanto que e os níveis de nicotina e alcatrão são quase idênticos aos de um cigarro convencional[44].

Um estudo experimental em animais, concluiu que a exposição ao tabaco aquecido conduziu a uma diminuição da função dos vasos sanguíneos em 60% - comparável à induzida pelo fumo do cigarro[45]. Além disso, a quantidade de nicotina no sangue após a exposição ao aerossol de TA era muito mais elevada no caso do tabaco aquecido do que no caso dos cigarros[46]. De facto, nas consultas de cessação tabágica, vários utilizadores de tabaco aquecido que querem deixar de fumar relatam que sentem que este produto de tabaco é muito mais viciante, e por isso vêm precisam de ajuda para cessar o consumo. Estudos experimentais recentes mostram que o tabaco aquecido de uma forma muito semelhante ao fumo dos cigarros e/ou dos cigarros eletrónicos, tem o potencial de aumentar o stress oxidativo e a inflamação, as infeções, a remodelação das vias respiratórias e iniciar alterações lesivas nas vias respiratórias e no sistema cardiovascular dos utilizadores destes dispositivos [27-3047].

A lesão pulmonar aguda EVALI-EC Vaping Associated Lung Injury- já causou milhares de hospitalizações e centenas de mortes nos EUA e na Europa. Os casos relatados são a ponta do iceberg.

CIGARROS ELETRÓNICOS

Os cigarros eletrónicos não são dispositivos médicos nem medicamentos para deixar de fumar, mas sim produtos mal regulados e comercializados massivamente, embora proibidos em mais de 40 países pelo seu potencial de toxicidade[21,48]. Estudos toxicológicos do aerossol dos cigarros eletrónicos mostraram que estes dispositivos libertam, para além da nicotina inalada, perto de duas mil substâncias, a maioria por identificar: entre elas foram já identificadas substâncias tóxicas e irritantes para os sistemas respiratório, cardiovascular e imunitário, bem como substâncias cancerígenas, a maioria não especificadas pelos fabricantes. Estes dispositivos também apresentam riscos específicos, como o vazamento de metais pesados através do filamento aquecido (em maior concentração e variedade do que os cigarros tradicionais), a síndrome de lesão pulmonar aguda (EVALI) que já causou muitas mortes nos EUA e na Europa, e a explosão do dispositivo[21,48]. Diversos estudos epidemiológicos associam o uso de cigarros eletrónicos com sintomas respiratórios frequentes em jovens utilizadores de cigarros eletrónicos e maior risco de asma ou agravamento de asma já existente[49]. Acresce que estudos recentes alarmaram para o grande potencial de rápida e elevada dependência para jovens utilizadores exclusivos dos cigarros eletrónicos, superior á dependência dos cigarros tradicionais[50]. Deste modo, os utilizadores persistem no uso prolongado, podendo sofrer os efeitos negativos a médio/longo prazo na saúde e adoecer. Por outro lado, embora os efeitos para a saúde do aerossol de cigarros electrónicos libertado para o ambiente (aerossol em segunda mão) estejam menos estudados, as emissões de tóxicos e partículas deste aerossol parecem ser significativamente mais baixas do que as do fumo de tabaco em segunda mão, com exceção de alguns metais (Níquel e Zinco, por exemplo). Esta redução pode, no entanto, não reduzir ou eliminar de forma consistente os riscos para a saúde de populações vulneráveis, como doentes respiratórios crónicos ou cardiovasculares, crianças, mulheres grávidas ou não utilizadores de cigarros electrónicos a ela expostos. Além disso, a exposição ambiental ao longo da vida é cumulativa e todas as exposições nocivas evitáveis devem ser evitadas[48].

O marketing destes produtos está mal regulado, escapando ao controlo nas redes sociais, e dirigido especialmente a crianças e jovens. Preocupantemente, os estudos epidemiológicos mostram 1) que o consumo de cigarros electrónicos tem crescido sobretudo entre os jovens, recrutando novos utilizadores de nicotina entre não fumadores; 2) em vez de desviar fumadores adultos para o consumo de CE ; 3) a maior parte dos utilizadores usam duplamente cigarros tradicionais e CE ou tabaco aquecido, o que já está estudado como potenciando os riscos para a saúde; 4) os fumadores que usam CE para cessar o consumo de cigarros continuam dependentes da nicotina e vão usar CE a longo prazo. Esta tendência poderá traduzir-se por um impacto prejudicial para a saúde pública e não num benefício[21,48]. Como tal, a OMS defende que a regulação destes novos produtos deverá ser equiparada á do tabaco tradicional.

MARKETING DIRIGIDO AOS JOVENS

Referências:

A compilação da evidência foi feita por professores universitários investigadores e peritos em controlo de tabagismo; colaboradores da OMS e de ONG e Instituições europeias e internacionais de saúde: Universidade da Beira Interior, Universidade NOVA de Lisboa (ENSP), Universidade de Fernando Pessoa , Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil. Agradecimento: Cristina Drago responsável pelo Design Gráfico.

1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/

2. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use Fourth Edition; WHO, 2021. Disponível em : https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322

3. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO PORTUGAL . Lisboa: DGS, 2020.

4. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Causas de morte em Portugal 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=594417880&DESTAQUESmodo=2

5. World Health Organization. Tobacco industry interference with tobacco control. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241597340

6. SDG Target 3a Strengthen the implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control in all countries. Disponível em: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_a-tobacco-control

7. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. Disponível em:http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html

8. World Health Organisation. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Genebra: WHO; 2009. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241563918

9. American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE) ASHRAE Position Document on Environmental Tobacco Smoke. Disponível em: https://www.ashrae.org/file%20library/about/position%20documents/pd_environmental-tobacco-smoke-2020-07-1.pdf

10. Henderson E et al. Secondhand smoke exposure assessment in outdoor hospitality venues across 11 European countries. Environmental Research 2021; 200,111355, ISSN 0013-9351. https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111355.

11. Martínez, C, Fu M, Martínez-Sánchez, JM et al. Impact of a long-term tobacco-free policy at a comprehensive cancer center: a series of cross-sectional surveys. BMC Public Health 2014; 14, 1228. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1228

12. Jung M. Implications of Graphic Cigarette Warning Labels on Smoking Behavior: An International Perspective. J Cancer Prev 2016; 21:21-25. Disponível em: https://doi.org/10.15430/JCP.2016.21.1.21

13. Chaiton MO, Cunningham R, Hagen L, et al. Taking global leadership in banning menthol and other flavours in tobacco: Canada's experience. Tobacco Control 2022;31:202-211.

14. Huang LL, Baker HM, Meernik C et al. Impact of non-menthol flavours in tobacco products on perceptions and use among youth, young adults and adults: a systematic review. Tob Control. 2017;26(6):709-719. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053196.

15. Alebshehy R, Asif Z, Boeckmann M. Policies regulating retail environment to reduce tobacco availability: A scoping review. Front. Public Health 2023, 11. DOI=10.3389/fpubh.2023.975065.

16. Nian Q, Cohen JE, Cui Y, et al. Tobacco retailers around schools in 10 cities across ChinaTobacco Control Published Online First: 16 June 2022. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2022-057367

17. Kong AY, Henriksen L. Retail endgame strategies: reduce tobacco availability and visibility and promote health equity. Tobacco Control 2022;31:243-249. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056555.

18. Marsh L, Doscher C, Iosua E, et al. What impact would tobacco retailer proximity limit have on tobacco availability in New Zealand? Tobacco Control Published Online First: 11 August 2022. doi: 10.1136/tc-2022-057462. Disponível em: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2023/05/10/tc-2022-057462

19. Schillo B, Boonn A, Arendt M, Bisbee J. Educating the public and lawmakers about tobacco industry interference. Tob Induc Dis 2021;19:4. doi: 10.18332/tid/133366. Disponível em:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908107/

20. Ravara SB, Filho HC, Faria PL, Miranda N, Calheiros JM. Tobacco control policy-making in Portugal: vested interests or public health?. Tobacco Prevention & Cessation. 2015;1:3. Disponível: https://doi.org/10.18332/tpc/60168

21. Pisinger C, Katsaounou P, Belo Ravara S, Vestbo J. E-cigarettes, heated tobacco and other novel nicotine-containing products: a help to smokers or a public health threat? In: Belo Ravara S, Dağli E, Katsaounou P, et al., editors. Supporting Tobacco Cessation (ERS Monograph), Sheffield: European Respiratory Society, 2021; p. 33–55 [https://doi.org/10.1183/2312508X.10002120].

22. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems. David L. Eaton DL, Kwan LY, Stratton K , eds. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018. DOI: 10.17226/24952

23. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name. JAMA Intern Med. 2017;177(7):1050-1052. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.1419.

24. Cao DJ, Aldy K, Hsu S, McGetrick M, Verbeck G, De Silva I, Feng SY. Review of Health Consequences of Electronic Cigarettes and the Outbreak of Electronic Cigarette, or Vaping, Product Use-Associated Lung Injury. J Med Toxicol. 2020 Jul;16(3):295-310. doi: 10.1007/s13181-020-00772-w.

25. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.

26. ERS Position Paper on Heated Tobacco Products. Pisinger C. on behalf of the ERS Tobacco Control Committee. https://www.ersnet.org/news-and-features/news/ers-position-paper-on-heated-tobacco-products/

27. Majek P, Jankowski M, Brożek GM. Acute health effects of heated tobacco products: comparative analysis with traditional cigarettes and electronic cigarettes in young adults. ERJ Open Res 2023; 9: 00595-2022 [DOI: 10.1183/23120541.00595-2022]

28. Sohal SS, Eapen MS, Naidu VGM, et al. IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. ERJ Open Res 2019; 5: 00159-2018 [https://doi.org/10.1183/23120541.00159-2018].

29. Bhat TA, Kalathil SG, Leigh N, Muthumalage T, Rahman I, Goniewicz ML, Thanavala YM. Acute Effects of Heated Tobacco Product (IQOS) Aerosol Inhalation on Lung Tissue Damage and Inflammatory Changes in the Lungs. Nicotine Tob Res. 2021;23(7):1160-1167. doi: 10.1093/ntr/ntaa267.

30. Belkin, Svenja, Julia Benthien,et al. "Impact of Heated Tobacco Products, E-Cigarettes, and Cigarettes on Inflammation and Endothelial Dysfunction" International Journal of Molecular Sciences 2023; 24, no. 11: 9432. https://doi.org/10.3390/ijms24119432

31. Gotts JE, Jordt SE, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? BMJ. 2019;366:l5275. doi: 10.1136/bmj.l5275.

32. sai M, Byun MK, Shin J, Crotty Alexander LE. Effects of e-cigarettes and vaping devices on cardiac and pulmonary physiology. J Physiol. 2020 Nov;598(22):5039-5062. doi: 10.1113/JP279754.

33. Kaur G et al. Immunological and toxicological risk assessment of e-cigarettes. Eur Respir Rev 2018; 27: 170119

34. Mravec et al. E-Cigarettes and Cancer Risk. Cancer Prev Res (Phila) (2020) 13 (2): 137-44. https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-19-0346

35. Glantz SA. PMI's own in vivo clinical data on biomarkers of potential harm in Americans show that IQOS is not detectably different from conventional cigarettes. Tob Control. 2018 Nov;27(Suppl 1):s9-s12. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054413.

36. Glantz SA. Heated tobacco products: the example of IQOS. Tob Control. 2018 Nov;27(Suppl 1):s1-s6. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054601.

37. Proctor RN. Golden Holocaust. Origins of the Cigarette Catastrophe and the Case for Abolition. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press 2011.

38. Barnes DE, Hanauer P, Slade J, et al. Environmental tobacco smoke. The Brown and Williamson documents. JAMA 1995;274(3):248-53.

39. Hong MK, Bero LA. How the tobacco industry responded to an influential study of the health effects of secondhand smoke. BMJ 2002;325(7377):1413-16.

40. Barnes DE, Bero LA. Industry-funded research and conflict of interest: an analysis of research sponsored by the tobacco industry through the Center for Indoor Air Research. JHealth PolitPolicy Law 1996;21(3):515-42.

41. Barnes DE, Bero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. JAMA 1998;279(19):1566-70.

42. Reuters Investigates. The Philip Morris files. Disponível em: https://www.reuters.com/investigates/special-report/tobacco-iqos-science/2017

43. Bekki K, Inaba Y, Uchiyama S, et al. Comparison of Chemicals in Mainstream Smoke in Heat-not-burn Tobacco and Combustion Cigarettes. Journal of UOEH 2017;39(3):201-07. doi: 10.7888/juoeh.39.201

44. Li X, Luo Y, Jiang X, et al. Chemical Analysis and Simulated Pyrolysis of Tobacco Heating System 2.2 Compared to Conventional Cigarettes. Nicotine Tob Res 2018 doi: 10.1093/ntr/nty005

45. Nabavizadeh P, Liu J, Havel CM, et al. Vascular endothelial function is impaired by aerosol from a single IQOS HeatStick to the same extent as by cigarette smoke. Tob Control 2018;27:s13-s19.

46. Davis B, Williams M, Talbot P. iQOS: evidence of pyrolysis and release of a toxicant from plastic. Tob Control 2018 doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054104 [published 47. Online First: 2018/03/15]

47. Sukhwinder SS et al. IQQS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. ERJ Open Research 2019 5(1) 00159-2018. DOI: 10.1183/23120541.00159-2018

48. Ravara S, Corrêa PC, Calheiros J, Pisinger C. The public health impact of e-cigarette use: Revisiting Geoffrey Rose's prevention strategies. Pulmonology, 2023:S2531-0437(23)00090-9. doi: 10.1016/j.pulmoe.2023.04.008.

49. Li X, Zhang Y, Zhang R, Chen F, Shao L, Zhang L. Association Between E-Cigarettes and Asthma in Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Prev Med. 2022 Jun;62(6):953-960. doi: 10.1016/j.amepre.2022.01.015.

50. Jaqueline Scholz. Directora do Programa de Tratamento do Tabagismo do INCOR, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Brasil. " como fumar 20 cigarros por dia": os riscos dos cigarros eletrônicos que viraram "moda" entre jovens e adolescentes. Estudo submetido a uma revista científica internacional, em revisão por pares. https://www.bbc.com/portuguese/brasil-62269733

https://portugues.medscape.com/verartigo/6500839