

VIDAS SALVAS



SMOKE FREE
SWEDEN

RELATÓRIO INTEGRAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS AO CONTROLE DE TABACO

Quantas vidas poderiam ser salvas com a aceleração das políticas de controle de tabaco no Brasil?

Relatório de Especialistas Internacionais e Locais em Redução dos Danos de Tabaco

Sumário Executivo	4
<hr/>	
1. Justificação	5
<hr/>	
2. Abordagens recentes para estimar as "vidas a salvar"	8
<hr/>	
3. Porque este estudo é importante agora.....	9
<hr/>	
4. Métodos	10
4.1 Pressupostos.....	10
4.2 As estimativas acima referidas são utilizadas para modelar três cenários.....	10
<hr/>	
5. Principais dados do Brasil	11
<hr/>	
6. Aspectos fundamentais da legislação de controle de tabaco em países selecionados	12
<hr/>	
7. Estimativa de vidas de fumantes adultos salvas em vários cenários	14
7.1 Cenários e potenciais vidas salvas	14
7.2 Potencial de vidas de fumantes adultos salvas através da adoção de tecnologias que salvam vidas até 2060.....	16

8. Ações necessárias se quisermos salvar milhões de vidas.... 17

- 8.1 Acabar com a inatividade agora e salvar vidas.
A OMS deve atuar em prol da saúde17
 - 8.2 Os governos devem liderar os esforços para salvar vidas18
 - 8.3 A liderança dos médicos na THR é crucial:
crenças, práticas e pontos de vista requerem atenção18
 - 8.4 A voz da THR pode ser decisiva.....19
 - 8.5 A indústria tem de fazer mais para proporcionar acesso à THR nos Países em
Desenvolvimento e para obter licenças médicas para os produtos de THR19
-

Sobre os Autores 20

Referências 24

Sumário Executivo

As atuais abordagens globais para o controle de tabaco não conseguiram parar o número devastador de mortes relacionadas com o tabaco. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima 8,5 milhões de mortes anuais relacionadas com o tabaco, projetadas para aumentar para 10 milhões antes de diminuir lentamente. Um recente Quadro de Resultados avaliou os progressos realizados pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) nas vésperas da COP10, utilizando os relatórios da OMS, e concluiu que as políticas falhadas e o subinvestimento impediram o progresso.

Este relatório aborda a questão urgente das políticas de controle de tabaco e o seu impacto nos resultados de saúde no Brasil. Ele tem base em relatórios conexos que abordam quatro outros Países em Desenvolvimento: Cazaquistão, Paquistão, África do Sul e Bangladesh. Os principais métodos utilizados nos relatórios anteriores foram utilizados aqui para assegurar a comparabilidade e, sempre que necessário, foram efetuados ajustes.

No Brasil, há mais de duas décadas que se registram progressos constantes na aplicação das principais medidas da CQCT. No entanto, os progressos abrandaram. Além disso, as causas relacionadas com o tabaco, incluindo as doenças cardíacas, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os acidentes vasculares cerebrais e, em menor escala, o câncer de pulmão e a tuberculose (TB), encontram-se entre as principais causas de morte.

O relatório tem por objetivo fornecer aos legisladores e aos peritos em saúde pública estimativas dos benefícios potenciais da redução dos danos do tabaco (THR), da melhoria da cessação e do melhor acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de pulmão para reduzir as mortes prematuras. O relatório constata que o consumo e o abuso do álcool são extremamente elevados e têm efeitos sinérgicos negativos com o tabaco, exigindo um controle integrado.

O estudo considera o papel crucial do tempo no tratamento das doenças relacionadas com o tabaco, salientando que os benefícios da cessação ou

redução de danos demoram algumas décadas a manifestar-se plenamente e que as restrições aos jovens demoram 4 a 5 décadas a mostrar benefícios.

Todas as mortes prematuras relacionadas com o tabaco até 2060 ocorrerão em fumantes adultos atuais, o que sublinha a necessidade de nos concentrarmos nos fumantes de meia-idade e nos utilizadores de produtos de tabaco sem combustão tóxicos.

Esforços recentes de modelização demonstraram os potenciais ganhos em termos de saúde decorrentes da adoção de produtos de THR, incluindo cigarros eletrônicos, bolsas de nicotina orais, tabaco em pós (snus) e produtos do tabaco aquecidos. O presente relatório tem base no trabalho deles.

As principais conclusões do estudo indicam que vidas significativas podem ser salvas no Brasil através da adoção generalizada de THR e de medidas relacionadas. Por exemplo, o **Brasil poderia evitar 1.364.000 mortes prematuras nas próximas quatro décadas.**

Este relatório exige várias ações. Antes da COP11, os Estados Membros têm de ativar as disposições de redução de danos da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da OMS. A OMS tem de ser responsabilizada por apoiar posições políticas que prejudicam a saúde da população. Os governos precisam regulamentar os produtos de nicotina de forma proporcional ao risco que representam para a saúde. É necessária a liderança dos médicos para apoiar melhor os seus pacientes e os legisladores sobre os benefícios da THR. Os utilizadores da THR têm de se galvanizar num movimento poderoso que defenda políticas pró-THR. É necessário um investimento sério no reforço das capacidades dos Países em Desenvolvimento em matéria de ciência e inovação. A indústria precisa intensificar as atividades de THR nos Países em Desenvolvimento e considerar o desenvolvimento de produtos que satisfaçam a aprovação de licenciamento médico.

CAPÍTULO 1

Justificação

OS PROGRESSOS GLOBAIS PARA ACABAR COM O TABAGISMO ESTAGNARAM

As atuais abordagens ao controle de tabaco estagnaram. A OMS prevê que existem, a nível mundial, 1,27 bilhões de fumantes que morrem a uma taxa de 8,5 milhões anualmente devido ao consumo de tabaco. (1) Segundo as projeções da OMS, esse número aumentará para 10 milhões em cinco anos, antes de diminuir para cerca de 6,5 milhões em 2060. (2) Isto não é um exemplo de sucesso da saúde pública.

As novas intervenções baseadas em produtos de THR, que incluem nicotina sem as exposições mortais que causam os danos, estão ganhando força rapidamente, mas ainda não são aceitas como fundamentais para reduzir as mortes prematuras. Além disso, os avanços no diagnóstico precoce e na melhoria do tratamento das principais consequências do tabaco estão melhorando a sobrevivência, principalmente nos países com rendimentos mais elevados. Precisamos de melhores formas de salvar vidas.

As tendências globais do consumo de tabaco e os seus impactos na saúde foram recentemente atualizadas em relatórios da OMS. (3) Eles têm base em análises de tendências efetuadas pelo Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (IHME), de 1990 a 2019. (4) Numa perspectiva macroeconômica, o consumo de tabaco continua a ser a maior causa evitável de morte prematura, sendo responsável por 8,5 milhões de mortes por ano. A maioria destas mortes ocorre em Países em Desenvolvimento, com quase 3,6 milhões de mortes prematuras só na China e na Índia. (5, 6)

A OMS NEGLIGENCIOU O VALOR DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA PARA A SAÚDE AO ATUALIZAR AS PERSPECTIVAS DE CONTROLE DE TABACO

O Quadro de Resultados da COP10 (13) salienta o fato de a CQCT da OMS não mencionar o papel da inovação, das melhorias tecnológicas e da necessidade de adaptar as políticas à medida que estas se tornam disponíveis. Este fato é notório quando se olha para o Brasil. O governo Brasileiro e os seus principais embaixadores comerciais e Ministro dos Negócios Estrangeiros durante as negociações da CQCT (Celso Amorim, que liderou as negociações da CQCT e Luiz Felipe de Seixas Correa, que concluiu as negociações) orientaram o desenvolvimento da CQCT, ao mesmo tempo que lideravam a Rodada de Doha sobre negociações comerciais na Organização Mundial do Comércio (OMC), onde as patentes e as questões de propriedade intelectual eram questões importantes, lideradas pelos esforços para baixar o preço dos medicamentos para o HIV/AIDS.

O fato do primeiro tratado da OMS ter ignorado isso teve duas implicações: perpetuou uma visão entre os especialistas em saúde pública que persiste até hoje de que a inovação e as novas tecnologias são irrelevantes para acabar com o tabagismo e, em segundo lugar, que a equidade no acesso a tecnologias eficazes para salvar vidas não importava no que diz respeito ao controle de tabaco. Isto explica em parte o fato do acesso à terapia de reposição de nicotina (NRT) permanecer insignificante nos Países em Desenvolvimento. Estas questões são as mais controversas e estão sendo objeto de um intenso debate, uma vez que a OMS luta para conseguir a adoção do seu segundo tratado sobre pandemias.

O Brasil tem sido um apoiador muito leal da OMS desde que o segundo Diretor-Geral da OMS era brasileiro (Marcolino Gomes Candau). Quando a OMS toma uma posição (como opor-se à THR), torna-se difícil opor-se a ela, apesar de ter uma história de independência geopolítica em muitas outras áreas.

Em nítido contraste com a negligência da inovação por parte da saúde pública, temos assistido a progressos notáveis nos domínios da biotecnologia, da inovação farmacêutica e do diagnóstico, liderados por empresas privadas e apoiados, em parte, pelos principais financiadores de pesquisa no domínio da saúde, como os Institutos Nacionais de Saúde (NIH). O resultado é visto na medida em que uma gama de produtos THR que satisfizeram os critérios da Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (USFDA, na sigla em inglês) de serem "apropriados para a proteção da saúde pública". Eles incluem quatro categorias principais: produtos de tabaco aquecidos, cigarros eletrônicos, tabaco em pó (snus) e bolsas de nicotina para uso oral. O presente relatório não faz

qualquer distinção entre eles. Além disso, houve avanços no desenvolvimento de novas formas de abordar a cessação do tabagismo, o diagnóstico precoce de cânceres e tratamentos mais eficazes para cânceres, DPOC e doenças cardíacas.

Estes progressos deverão continuar e proporcionam novas esperanças e instrumentos práticos necessários para reduzir as atuais tendências e o impacto do consumo de tabaco. Temos uma visão prospectiva de um futuro em que a inovação reduzirá as mortes prematuras neste domínio, tal como aconteceu na maior parte da saúde e da medicina.

A QUALIDADE DAS PROVAS SOBRE O VALOR DA CESSAÇÃO E DA REDUÇÃO DE DANOS FOI REFORÇADA

Tabela do artigo intitulado Cessação do Tabagismo e Mortalidade a Curto e a Longo Prazo.

Tabela 1:

Anos de Expectativa de Vida Ganhos entre os 40 e os 79 Anos de Idade em Relação à Duração do Deixar de Fumar por Sexo e Causa de Morte.*

Causa de morte	Antigos Fumantes vs. Fumantes Atuais por Duração do Deixar de Fumar, ano		Não Fumantes vs. Fumantes Atuais, ano	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
	<3	≥10	<3	≥10
Todas as causas	5.5	9.9	5.1	9.6
Doença vascular	7.0	12.1	5.2	9.4
Câncer	4.5	8.2	4.6	8.7
Doenças respiratórias	7.5	12.3	9.9	15.1

* Os dados foram obtidos a partir de estimativas de tabelas de mortalidade baseadas em taxas de mortalidade ajustadas à idade, educação, índice de massa corporal e consumo de álcool (exceto na Noruega).

As principais revistas médicas reviram recentemente os seus pontos de vista sobre o valor da cessação do tabagismo e da THR com base em novos estudos massivos.

Cho et al, escrevendo no New England Journal of Medicine Evidence (8), com base em quatro grupos de estudo nacionais que envolvendo 1,48 milhão de pessoas seguidas durante 15 anos para produzir dados atualizados sobre os benefícios da cessação de fumar em adultos por idade. A cessação em

todas as idades foi associada a uma maior sobrevivência, particularmente a cessação antes dos 40 anos de idade.

A tabela acima (8) não mostra diferenças na sobrevivência entre os que nunca fumaram e os ex-fumantes aos 40 anos, em comparação com uma diferença de uma década entre os que deixaram de fumar entre os 50-59 anos. Nota-se que, neste grupo etário, os ex-fumantes continuam a apresentar uma diferença de sobrevivência de uma década em relação aos fumantes atuais.

Não existem outras intervenções de saúde pública que atinjam este objetivo para as pessoas com 50 anos.

Este estudo deve ser lido em conjunto com um estudo coreano que focou no risco de câncer após a cessação. Quase 3 milhões de pessoas foram seguidas durante mais de 15 anos. Independentemente da idade em que se deixou de fumar, observou-se uma redução significativa do risco de câncer. (11)

Porque isto é importante para a THR? Vários estudos, incluindo todas as revisões da Cochrane, concluem que os vapes são duas vezes mais eficazes na cessação do que as NRTs, o que os torna o meio mais amplamente disponível para os fumantes deixarem de fumar.

Tanto a Lancet como a NEJM publicaram recentemente editoriais e artigos apelando a uma maior atenção ao valor da THR para a cessação do tabagismo. Beaglehole e Bonita, ambos antigos diretores de doenças crônicas da OMS, escrevendo na Lancet, defenderam que a OMS adotasse a THR para salvar vidas. (22) Nancy Rigotti, escrevendo na NEJM, pergunta se chegamos a um "ponto de virada" na qualidade das provas que agora exigiam que os médicos aconselhassem os seus pacientes fumantes sobre os benefícios dos vapes. (25)

SÃO NECESSÁRIOS ESTUDOS ESPECÍFICOS POR PAÍS SOBRE AS VIDAS SALVAS

Este estudo foca no Brasil, onde um total de **191.000 pessoas morrem prematuramente todos os anos devido ao tabaco de combustão e aos produtos de tabaco sem combustão tóxicos**. O Brasil tem muitas prioridades concorrentes no domínio da saúde. Níveis muito elevados de consumo de álcool, obesidade e dietas pouco saudáveis refletem-se com o consumo de tabaco nas suas principais causas de mortes evitáveis. Tal como acontece com outros países de rendimento médio, caracteriza-se por uma fraca capacidade de aplicação de regulamentação governamental e por uma grave falta de pessoal no setor da saúde. Isto é claramente visível nos seus níveis muito elevados de consumo de cigarros ilícitos. As estimativas atuais apontam que esses equivalem a 36% de todos os cigarros vendidos no Brasil. (21)

No Brasil, as taxas de tabagismo são altas entre os homens e há uma diferença modesta entre as taxas de tabagismo e mortes relacionadas entre homens e mulheres (Tabela 2).

CÁLCULO DA "DIMENSÃO DO PRÊMIO"

Este estudo tem como objetivo fornecer aos legisladores nacionais e aos peritos em saúde pública estimativas sobre o valor da THR, para melhores programas de cessação e para um melhor acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de pulmão em termos de mortes prematuras evitadas.

A ABORDAGEM

Comparamos as projeções da OMS sobre futuras mortes por tabaco com base na implementação contínua e mais eficaz do MPOWER. (9) Atualmente, isto exclui todas as formas de THR. As suas projeções também ignoram potenciais melhorias na eficácia dos serviços de cessação, bem como o acesso a diagnósticos e tratamentos para o câncer de pulmão que estão a melhorar rapidamente. Focamos no câncer de pulmão por duas razões. É responsável por 2,2 milhões dos 8,5 milhões de mortes causadas pelo tabaco, e melhores diagnósticos e tratamentos sugerem que, dentro de uma década, o câncer do pulmão deixará de ter uma sobrevivência de cinco anos de cerca de 10-20% e passará a aproximar-se da taxa de sobrevivência do câncer de mama. (10)

O TEMPO É IMPORTANTE

Neste estudo, prestamos muita atenção ao papel do tempo. É de salientar aqui que, uma vez que as doenças relacionadas com o tabaco são doenças crônicas, são necessárias algumas décadas até que os benefícios totais da cessação ou da redução de danos sejam visíveis nos dados nacionais. Este é um ponto crítico a ser levado em conta. Atualizações recentes sobre o valor da cessação (ver acima) mostram que os legisladores superestimaram o tempo necessário para que os benefícios da cessação de fumar em adultos se tornem visíveis em termos de redução da mortalidade geral e das mortes pelos principais cânceres relacionados com o tabaco. (8)

Todas as mortes prematuras por tabaco previstas até 2060 ocorrerão em fumantes adultos atuais. Se nenhuma pessoa com menos de 18 anos de idade começasse a fumar hoje, as vidas salvas entre os jovens demorariam até a década de 2060 para se tornarem visíveis nos dados nacionais. Este fato reforça a necessidade de abordar hoje as necessidades dos fumantes de meia-idade e dos utilizadores de produtos de tabaco sem combustão tóxicos se quisermos obter ganhos em termos de saúde nas próximas três décadas.

CAPÍTULO 2

Abordagens recentes para estimar as "VIDAS A SALVAR"

Recentemente, tem havido vários esforços para modelar respostas à questão: "E se os países adotassem a THR?". Estes foram publicados por acadêmicos e pela indústria. Para mais detalhes, referenciamos os leitores para o nosso relatório anterior. (12)

CAPÍTULO 3

Porque este estudo é importante agora

Este estudo surge numa altura em que os produtos THR são utilizados por 112 milhões de pessoas em todo o mundo. (17) A maioria vive em países com rendimentos elevados. Nestes países, dispomos atualmente de provas sólidas do impacto da utilização de THR no declínio do consumo de produtos a combustão (Suécia, Reino Unido, Japão, Lituânia, EUA) (18) e de provas iniciais do Paquistão (19) sobre o impacto das bolsas de nicotina no consumo de produtos de tabaco sem combustão tóxicos. A Suécia possui os dados mais extensos sobre as implicações desta transformação na expectativa de vida e nos resultados de saúde específicos relacionados com o tabaco. Projetos mais recentes quantificaram as milhões de vidas a serem salvas através do uso da THR em Países em Desenvolvimento e de alta renda (referências ao relatório inicial mais Reino Unido, Canadá).

Este estudo surge após a conclusão da COP10. Antes da reunião, concluímos um quadro de resultados sobre os progressos realizados relativamente às principais disposições da CQCT. (13) Destaca as principais lacunas que limitam os progressos para acabar com o tabagismo. Várias questões levantadas no relatório foram incorporadas em ações que a OMS e as Partes são obrigadas a tomar antes da COP11. Isto inclui uma análise das provas dos benefícios e riscos da THR e do investimento nas necessidades financeiras dos Países em Desenvolvimento. Este relatório responde a essas questões e destaca o potencial da THR para ter grandes impactos benéficos sobre as mortes prematuras e, implicitamente, sobre a qualidade de vida no Brasil.

DEMONSTRAÇÃO DOS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE PÚBLICA NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Para determinar os prováveis declínios nas mortes prematuras causadas pelo consumo de tabaco no Brasil entre 2030 e 2060, precisamos presumir que haveria uma maior conscientização e utilização da THR, um melhor diagnóstico e um maior acesso a serviços de cessação mais eficazes e a tratamentos de câncer de pulmão.

CAPÍTULO 4

Métodos

As abordagens utilizadas por “modeladores” experientes foram revistas e simplificadas nos seus elementos essenciais. Os detalhes constam no relatório anterior. Os principais pressupostos são repetidos abaixo.

4.1 Pressupostos

Os seguintes pressupostos são utilizados no cálculo das vidas salvas no Brasil.

- Atualmente, as NRTs são 10% eficazes em termos de cessação ao fim de um ano. Os vapes são duas vezes mais eficazes.
- O espectro de produtos de THR reduz a exposição a substâncias tóxicas em 80% e reduz as causas de morte prematura relacionadas com o tabaco em 70%. Utilizamos estes valores conservadores para efeitos de comparação, sabendo que as provas emergentes das avaliações da exposição e da utilização de biomarcadores de resultados são susceptíveis de mostrar níveis muito mais elevados de redução dos danos.
- A sobrevivência ao câncer de pulmão em cinco anos aumentará para 50% na maioria dos países até 2050, graças a melhorias no diagnóstico e no tratamento.
- A OMS estima que os serviços de cessação (uma combinação de medicamentos e apoio comportamental) serão 50% eficazes na obtenção de taxas de abandono ao longo de um ano até 2035 e estarão disponíveis para 50% dos fumantes até 2045. Trata-se de uma projeção ambiciosa, mas que, para efeitos do presente estudo, foi aceita como a “melhor hipótese”.
- A taxa de declínio do tabagismo acelerará a partir de 2035, o que levará a um aumento acentuado dos impactos na saúde a partir de 2045 (vide Figura 1).
- As tendências da OMS sugerem que, entre 2000 e 2025, as taxas de tabagismo diminuirão em um terço entre os homens no Brasil. Sugerimos que esta situação poderá acelerar para 50% até 2030 em todos os países. (3)

4.2 As estimativas acima referidas são utilizadas para modelar três cenários

Cenário 1: Status quo (controle tradicional do tabaco). Tendências atuais com base nas estimativas da OMS. A estimativa da OMS de um declínio de 35% nas mortes por tabaco a nível mundial desde o pico de 10 milhões (3) é utilizada como base para calcular as estimativas específicas por país.

Cenário 2: Controle de tabaco + implementação de políticas de THR e disponibilidade de produtos de THR. Estas tendências incluem a adoção da THR, partindo do princípio de que, enquanto grupo, conduzirá a uma diminuição de 56% das mortes causadas pelo tabaco e estará cada vez mais disponível a partir de 2035.

Cenário 3: Controle de tabaco + adoção da THR +

melhor acesso ao diagnóstico e tratamento das doenças relacionadas ao tabaco. Tendências que incluem a THR e um melhor acesso e utilização de diagnósticos e tratamentos (focados no câncer de pulmão, dado que este causa a morte de 1,8 milhões de pessoas por ano) (24)). São utilizados os pressupostos acima referidos.

As diferenças entre as projeções da OMS e as projeções em que apenas a THR e a THR com outras medidas foram calculadas presumindo uma relação linear entre as vidas salvas ao longo das décadas. A Figura 1, contudo, mostra que é mais provável que esta situação siga uma forma de S invertido, com as mortes a acelerarem para além de 2040. O número cumulativo de mortes não é significativamente afetado pela utilização da extrapolação linear.

CAPÍTULO 5

Principais dados do Brasil

Tabela 2:

Demografia e epidemiologia do país (1)

Critérios	Brasil
População (em milhões)	216.7
Expectativa de Vida (1990, Homens)	63.8
Expectativa de Vida (2017, Homens)	72
Expectativa de Vida (1990, Mulheres)	71.6
Expectativa de Vida (2017, Mulheres)	79.1

A Tabela 2 mostra que o Brasil tem três grupos de riscos principais que impulsionam a sua carga de morte e doença: dietas não saudáveis, álcool e tabaco. Estão bem documentadas as sinergias entre o consumo de álcool e de tabaco, que são mais bem demonstradas na causa do câncer de esôfago e da doença isquêmica do coração. Nota-se que, embora o câncer de pulmão não apareça nas principais causas acima referidas, é uma das principais causas de morte, sendo responsável por 38.000 mortes em

As 10 Principais Causas de Morte (por ordem)

1	Doença isquêmica do coração
2	AVC
3	Infeções respiratórias inferiores
4	DPOC
5	Violência interpessoal
6	Diabetes
7	Doença de Alzheimer
8	Lesões na Estrada
9	Doença Renal Crônica
10	Cirrose Hepática

2022, com a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) prevendo que este número aumente para 71.000 em 2045 (IARC). O Brasil já é responsável por mais mortes causadas pelo tabaco do que a Argentina, o México, a Colômbia e o Peru juntos.

Tabela 3:

Taxas de tabagismo no Brasil (3)

Critérios	Anos	Brasil
Taxas de Fumantes de Tabaco (% adultos)	2018 (total)	13.4
	2018 (masculino)	17.3
	2018 (feminino)	9.6
Número de Fumantes de Tabaco (milhares)	2018 (total)	22300
	2018 (masculino)	14100
	2018 (feminino)	8300

CAPÍTULO 6

Aspectos fundamentais da legislação de controle de tabaco em países selecionados

Tabela 4:

Aspectos fundamentais da legislação de controle de tabaco (3)

Situação das Medidas MPOWER	Brasil
Monitorização	Dados recentes, representativos e periódicos, tanto para adultos como para jovens
Proibições de Fumar	Todos os locais públicos completamente livres de fumo (ou pelo menos 90% da população abrangida por legislação antitabagismo subnacional completa)
Programas de Cessação de Tabaco	Linha nacional para deixar de fumar, e tanto a NRT como alguns serviços de cessação cobertos pelo custo
Avisos de Saúde	Grandes avisos com todas as características adequadas
Meios de Comunicação Social	Campanha nacional realizada com uma a quatro características adequadas
Proibições de Publicidade	Proibição de todas as formas de publicidade direta e indireta (ou pelo menos 90% da população abrangida por legislação subnacional que proíba totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio do tabaco)
Situação Atual da Tributação (Indicador 2022 e Conformidade)	30.2%
Cigarros menos acessíveis desde 2012	Cigarros mais acessíveis - o PIB per capita necessário para comprar 2000 cigarros da marca mais vendida diminuiu, em média, entre 2012 e 2022.

A Tabela 4 mostra o estado atual dos progressos utilizando os relatórios MPOWER da OMS complementados pelas mais recentes políticas legislativas e fiscais centradas nos produtos de THR. O Brasil tem implementado de forma constante a maioria das disposições da CQCT, colocando-a no nível mais elevado de realização pela OMS para impostos, advertências, proibições de publicidade e apoio aos agricultores para a transição (OMS Global TB 2023). No entanto, a aplicação dos benefícios dos impostos especiais de consumo é corroída pela extensão do comércio ilícito. Por exemplo, a Szklo estimou em 2023 que 38,6% dos cigarros contrabandeados eram ilícitos e quase 10% eram legais, mas não pagavam impostos. Os níveis mais elevados de ilícitos foram registados nos Estados que fazem fronteira com o Paraguai. (14)

Além disso, o Brasil proibiu a venda de cigarros eletrônicos em 2009 e, pouco depois, proibiu os produtos de tabaco aquecido. Apesar da proibição, estima-se que existam entre 10 e 12 milhões de utilizadores de vape, dos quais entre 2,2 e 3,5 milhões são usuários regulares, de acordo com Alexandre Lucian, presidente do Diretório de Informações para a Redução dos Danos do Tabagismo (DIRETA). Os níveis de cigarros e vapes ilícitos indicam a fraqueza do Estado em fazer cumprir as leis, combinada com o espaço criado pelas proibições e impostos elevados para satisfazer a procura dos consumidores.

As bolsas de nicotina e o tabaco em pó (snus) são legais. Os dados sobre a prevalência são difíceis de obter. O último inquérito nacional oficial sobre os produtos do tabaco sem combustão foi realizado há 11 anos!

CAPÍTULO 7

Estimativa de vidas de fumantes adultos salvas em vários cenários

7.1 Cenários e potenciais vidas salvas

Tabela 5:

Mortes relacionadas ao tabagismo e tendências em vários cenários no Brasil

Critérios	Anos	Brasil
Tendências de Prevalência de Taxas Atuais de Consumo de Tabaco (% adultos)	2000	12.8
	2025	11.3
	2045	5
	2060	5
Mortes causadas pelo tabaco (milhares)	2019	191
	2045 THR	127
	2045 + Parar de Fumar	95
	2060 OMS	127
	2060 THR	76
	2060 + Tratar CP	60
Vidas Salvas 2020-2060 – Máx*		1364
Vidas Salvas 2020-2060 – THR Apenas **		935

Números baseados na comunicação pessoal do Dr. Derek Yach de estimativas baseadas em tendências nos domínios da neurociência, da dependência e da farmacologia.

FONTE: Site da Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK)

THR: Aplicação de uma redução de 80% da exposição que se traduz numa redução de 70% dos danos

PARAR: 25% de redução (50% de sucesso no abandono do tabaco aplicado a 50% da população fumante)

TRATAR CP (CÂNCER DE PULMÃO): Tratar e diagnosticar o câncer de pulmão com um declínio de 10% (pressupondo a continuação de um acesso deficiente)

*: Vidas salvas cumulativas 2020-2060 aplicando THR + PARAR + Tratar acima do status quo projetado pela OMS

** : Vidas cumulativas salvas aplicando apenas a THR

Brasil



Mortes relacionadas ao tabagismo e tendências em vários cenários

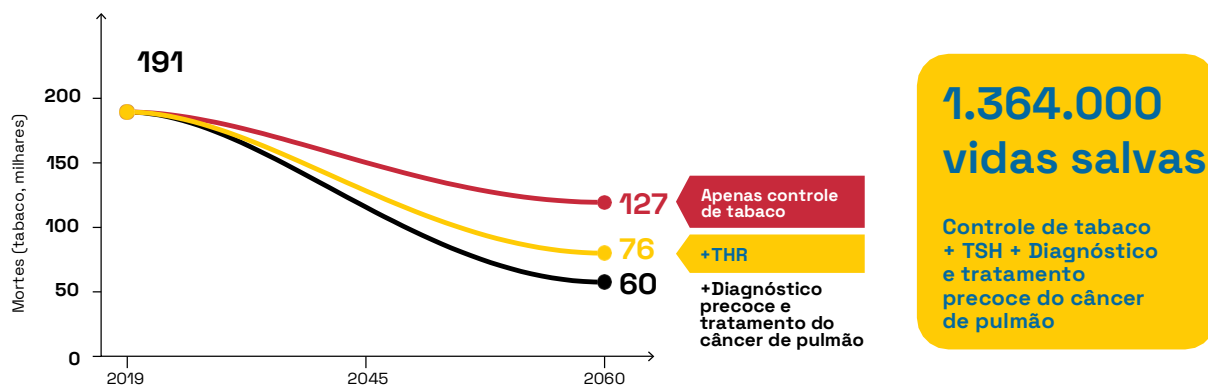


Figura 1: Gráfico esquemático mostrando o potencial de vidas salvas se o Brasil adotasse a THR e o diagnóstico e tratamento precoces do câncer de pulmão.

O Quadro 5 contém os resultados da análise e aplica vários pressupostos para calcular o número de vidas a salvar entre 2020 e 2060 se a THR e as medidas relacionadas forem aplicadas. Estes números representam os ganhos adicionais, para além daqueles estimados pela OMS, que ocorrerão devido à implementação do MPOWER. Eles representam um número significativo de mortes prematuras. São enumerados dois cenários: o primeiro inclui um acesso acelerado aos produtos de THR, enquanto o segundo inclui também um melhor acesso a NRTs mais eficazes e um melhor acesso e tratamento do câncer de pulmão.

Estes números são indicativos do que poderia acontecer se os governos, os profissionais de saúde, a indústria e os consumidores alinhassem políticas e ações. Se não o fizerem, a projeção da OMS não será realizada. O cálculo de EVCI ou dos benefícios econômicos da THR não foi objeto deste relatório. Para tal, é necessário um conjunto de análises separado e mais detalhado, idealmente conduzido pelos países.

Das vidas salvas num cenário de ausência de ação, 50% serão devidas às estratégias MPOWER e outros 50% à THR, à melhoria da cessação e à gestão do câncer de pulmão.

As mortes relacionadas ao tabaco serão reduzidas se forem implementadas políticas de THR

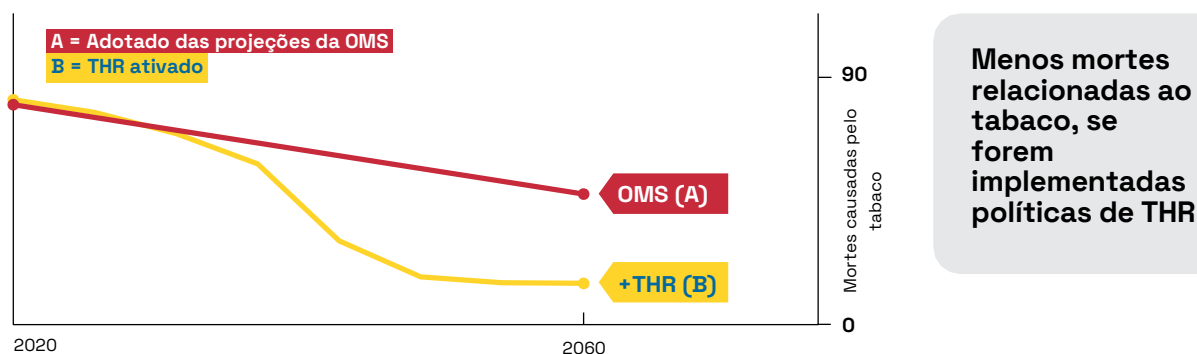


Figura 2: Gráfico esquemático que mostra o número cumulativo de mortes entre 2020 e 2060, devido a doenças relacionadas ao tabaco, em caso de manutenção do status quo (controle de tabaco orientado pela OMS) e se forem acrescentadas estratégias de redução dos danos causados pelo tabaco (THR)

A Figura 2 mostra as mortes por tabaco projetadas pela OMS ao longo do tempo em comparação com as projeções em que os fumantes adotam produtos de THR. A área entre as linhas vermelha e amarela representa o número cumulativo de mortes esperadas se a THR e as medidas conexas forem utilizadas para além das estratégias da OMS.

Dado o desfasamento entre o abandono do tabaco e/ou a mudança de hábitos e a diminuição do número de mortes, os legisladores têm de se manter motivados durante os anos de pouco progresso aparente. No entanto, dentro de duas décadas, os benefícios ficarão claros. Se o melhor acesso ao tratamento acompanhar o de progressos de THR, as taxas de mortalidade podem diminuir mais rapidamente, mesmo que a incidência se mantenha elevada.

7.2 Potencial de vidas de fumantes adultos salvas através da adoção de tecnologias que salvam vidas até 2060

Número cumulativo de vidas salvas através da adoção de tecnologias que salvam vidas até 2060

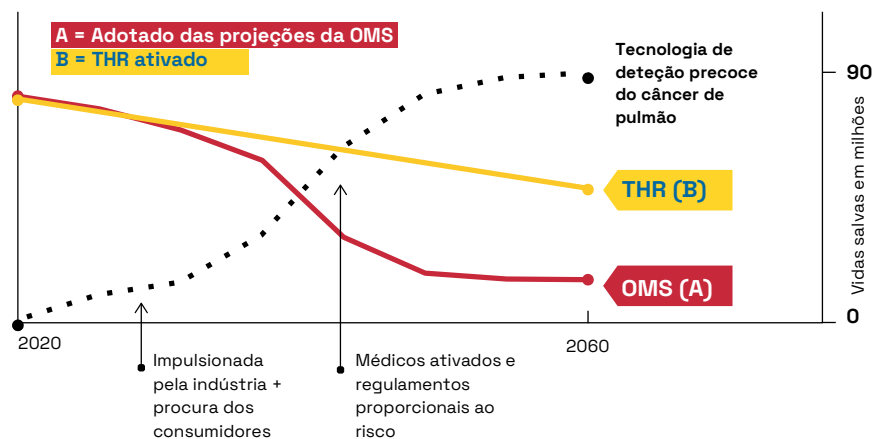


Figura 3: Gráfico esquemático que mostra o ritmo provável da adoção da tecnologia de THR e o desfasamento entre esse ritmo e a diminuição das mortes relacionadas com o tabaco em 2020-2060

A Figura 3 destaca o papel crucial do tempo na compreensão da rapidez com que as novas tecnologias de THR podem chegar aos utilizadores de tabaco e ter impacto, para ajudar a salvar as vidas dos fumantes adultos. Utilizamos uma curva clássica de difusão da inovação, sabendo que esta pode mudar devido a ações governamentais e à procura dos consumidores. As novas tecnologias são

normalmente adotadas em primeiro lugar pelos consumidores urbanos com rendimentos mais elevados e, a dada altura, atingem aquilo a que Malcolm Gladwell chama um "ponto de virada" (27), quando a aceitação acelera. Haverá um pequeno grupo de consumidores, normalmente menos instruídos, a quem as inovações não agradarão. É por isso que as projeções param em 90% dos fumantes.

CAPÍTULO 8

Ações necessárias se quisermos salvar milhões de vidas

8.1 Acabar com a inatividade agora e salvar vidas. A OMS deve atuar em prol da saúde

O número de vidas que seriam salvas através da expansão do acesso à THR é substancial e supera praticamente qualquer outra intervenção de saúde que os governos possam implementar. Só nos quatro países que estudamos anteriormente, poderia ser salvo um total de 2,6 milhões de vidas através de métodos de THR comprovados que já funcionam em todo o mundo. Se acrescentarmos o Brasil a este grupo, as vidas dos 22 milhões de fumantes adultos a salvar em apenas 5 países aumentam para cerca de 4 milhões nas próximas décadas.

Atualmente, existem cerca de 22 milhões de consumidores de cigarros no Brasil. Serão evitadas significativamente mais mortes prematuras se forem implementadas uma maior gama de intervenções (veja Tabela 4). Para cada morte evitada, haverá também benefícios consideráveis em termos de diminuição de doença e sofrimento. Além disso, o Brasil terá benefícios econômicos consideráveis, resultantes de uma redução dos custos diretos dos cuidados de saúde e de um aumento da produtividade.

Uma máxima básica da política de saúde é "se é possível prevenir, é eticamente necessário prevenir". Este estudo mostra a escala dos benefícios se as tecnologias já disponíveis fossem mais amplamente disponibilizadas. Nota-se que, nas próximas décadas, os produtos de THR evoluirão para se tornarem ainda mais acessíveis e eficazes na substituição dos cigarros. Serão ligados a dispositivos portáteis e disponibilizados digitalmente, em conjunto com um apoio comportamental culturalmente adequado. Este fato pode levar as nossas estimativas a subestimar seriamente o que é possível.

Os Estados-Membros que participaram na COP10, no Panamá, devem analisar o Quadro de Resultados da COP (13) que elaboramos e utilizá-lo como orientação para ativar plenamente o potencial da redução de danos, complementando os outros aspectos do controle de tabaco. A redução dos danos faz parte da própria definição de controle de tabaco, tal como consta da CQCT.

A OMS deve ser responsabilizada e o seu processo de elaboração de políticas deve ser transparente, a fim de evitar debilitar as nações soberanas e os direitos individuais. Existe um perigo real de que o escasso controle e responsabilização da CQCT da OMS possa levar à adoção de políticas que prejudiquem a saúde das pessoas. (26) O Quadro de Resultados (13) mostra que já é esse o caso.

8.2 Os governos devem liderar os esforços para salvar vidas

A vantagem da THR é que os custos consideráveis da inovação, do marketing e da distribuição são suportados pelo setor privado. O governo deve regulamentar os produtos de nicotina de forma proporcional ao risco que representam para a saúde e de modo a maximizar os benefícios e facilitar ao máximo as escolhas mais saudáveis. Os impostos devem ser mais elevados para os produtos a combustão mortais do que para os produtos THR. As proibições e advertências de comercialização devem desencorajar a utilização de produtos a combustão por adultos e crianças, mas fornecer informações sobre os benefícios para os utilizadores adultos de tabaco. O acesso a produtos a combustão e produtos sem combustão tóxicos deve ser severamente restringido, mas o acesso a produtos

de THR deve ser amplamente disponibilizado aos adultos.

Para o Brasil, é urgente inverter a proibição de venda de vapes e produtos de tabaco aquecido. Isto promoverá uma maior substituição dos produtos a combustão e reduzirá o tamanho crescente de um mercado ilícito que inevitavelmente prejudicará a segurança nacional, ao mesmo tempo que propaga produtos não seguros.

Esta abordagem contrasta com as recomendações da OMS e com as práticas atuais nos cinco países estudados. Esta situação tem de mudar para se centrar na prevenção das doenças relacionadas ao tabaco e da morte prematura.

Em suma – para salvar vidas.

8.3 A liderança dos médicos sobre THR é crucial: crenças, práticas e pontos de vista requerem atenção

Os médicos lideraram os primeiros anos do controle de tabaco. Foram eles os sujeitos dos primeiros estudos que demonstraram que fumar mata. (27) Os relatórios (28, 29) elaborados por eles levaram às primeiras ações governamentais. Eles pararam rapidamente e em grande número quando compreenderam as provas. Criaram serviços de cessação para os seus pacientes e lideraram o desenvolvimento de políticas de saúde pública para acabar com o tabagismo.

Chegou a hora de dar uma atenção equivalente à THR. Os médicos podem estar na vanguarda da aceleração do fim do tabagismo e da redução das doenças, incapacidades e mortes relacionadas ao tabaco – se forem encorajados a comunicar estratégias de redução de danos aos seus pacientes. É preciso começar por corrigir a enorme desinformação que levou 77% dos médicos de 16 países a acreditarem incorretamente que a nicotina causa câncer de pulmão (23) e que leva os médicos a elaborarem relatórios de impacto equivalente aos do Surgeon General e do Royal College of Physicians. Estes devem ser específicos de cada país e focados nas realidades nacionais.

Além de fornecerem aos seus pacientes as provas atuais dos benefícios da THR, precisam de ser mais consistentes ao dizerem aos seus pacientes que fumam para deixarem de fumar ou fumarem menos.

Durante décadas, os epidemiologistas documentaram fortes relações dose-resposta entre o tabagismo e os principais resultados. Este trabalho foi recentemente atualizado numa [importante revisão do IHME](#). (16) Ele revela diferenças de cinco a sete vezes nas taxas de mortalidade entre os fumantes que consomem cinco ou menos cigarros por dia e os que fumam 20-30 cigarros por dia. Estas relações são válidas para o câncer de pulmão, a tuberculose (TB), a doença isquêmica do coração (IHD) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOD). Eles sugerem fortemente que, se os fumantes fossem encorajados a reduzir o consumo diário de tabaco, assistiriam a um declínio substancial dos resultados de saúde relacionados ao tabaco. O tamanho do benefício da redução do consumo de tabaco está relacionado com o tempo que as pessoas fumaram e com os níveis de consumo, mas pode ser substancial em todas as idades.

Anteriormente, apresentamos provas atualizadas dos benefícios da cessação em todas as idades e demos foco na realidade de que a THR constitui a melhor forma de o conseguir.

Estes conhecimentos têm implicações para os debates atuais sobre a dupla utilização. É provável que qualquer dupla utilização inclua fumar menos cigarros – só isso já reduzirá o risco dos fumantes.

8.4 A voz da THR pode ser decisiva

Há muito a aprender com o câncer de mama e o HIV/AIDS. Em ambos os casos, foram os pacientes e os seus defensores que se mobilizaram em prol de melhores políticas sob o lema "nada sobre nós, sem nós". Grupos de pacientes organizados, utilizadores vocais de antirretrovirais e amigos de pessoas com doenças construíram movimentos que exigem lugares à mesa quando são discutidas políticas que afetam as suas vidas. E conseguiram isso.

Embora existam novos grupos de utilizadores de nicotina, estes ainda não se galvanizaram num movimento com impacto. A sua ação para chamar a atenção para as mortes relacionadas ao tabaco que podem ser evitadas, de acordo com este estudo, é um elemento muito necessário. A boa notícia é que o Brasil tem uma forte Organização Não Governamental de Defesa do Consumidor (Direta) que defende uma regulamentação sensata dos

vapes, observando que, embora a lei de 2009 proíba a venda, não proíbe a posse ou o uso. (15) Esta situação cria as condições para um comércio ilícito massivo, principalmente a partir da China. Estas organizações enfrentam grandes dificuldades num país onde a Bloomberg Philanthropies e os seus adquirentes se opõem ativa e agressivamente a qualquer progresso na THR e utilizam o seu acesso aos mais altos cargos políticos para manter o status quo.

A força das vozes dos consumidores também pode ser vista na resposta à consulta pública sobre vapes recentemente realizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esta consulta recebeu contribuições de mais de 14.000 pessoas – 58,8% opõem-se à proibição dos dispositivos eletrônicos e 57,7% partilham da convicção de que a proibição tem impactos negativos na sociedade. (20)

8.5 A indústria tem de fazer mais para proporcionar acesso à THR nos Países em Desenvolvimento e para obter licenças médicas para os produtos de THR

Anteriormente, descrevemos a realidade de que a maioria das empresas concentra as suas vendas, marketing e até investigação em países de rendimento alto e ainda não dedicou a atenção necessária aos Países em Desenvolvimento, onde vivem 80% dos fumantes. Esta situação está mudando lentamente, mas é preciso fazer muito mais.

As bolsas de nicotina e o tabaco em pó (snus) são um ponto positivo no mundo da THR no Brasil. Muitas das principais marcas estão disponíveis no mercado legal e são consideradas acessíveis, podem ser utilizadas discretamente e são consideradas satisfatórias pelas pessoas que deixam de fumar. Este poderá ser o primeiro passo para a substituição de produtos a combustão, de maneira similar à introdução de produtos de tabaco aquecido no Japão há uma década. Espera-se que os fabricantes

intensifiquem os seus esforços para garantir o acesso em todo o Brasil, assegurando simultaneamente o cumprimento escrupuloso das regras de comercialização e venda.

Com poucas exceções, a indústria do tabaco não desenvolveu produtos de THR que cumpram os regulamentos de licenciamento médico (exceto a [Imperial](#) e a [BAT](#)). (30, 31) Isto é necessário para fornecer aos médicos produtos medicamente aprovados, que eles podem utilizar nos seus contextos clínicos. Além disso, o efeito halo deste fato poderá ter implicações generalizadas na forma como os médicos apoiam todas as formas de THR fora do contexto clínico e garantem aos fumantes que esses produtos são muito menos nocivos e eficazes. É também a única política de THR que os opositores e apoiantes acadêmicos tradicionais da THR concordam ser necessária.

Sobre os Autores

Quaisquer perguntas sobre o relatório devem ser dirigidas ao Dr. Derek Yach, para o seguinte endereço derek@globalhealthconsults.net



DR. DEREK YACH (LÍDER DO PROJETO) – EUA, ÁFRICA DO SUL

O Dr. Yach é um antigo funcionário da Organização Mundial de Saúde e da PepsiCo.

Recebeu o seu MBChB da Universidade da Cidade do Cabo em 1979 e o seu MPH da Escola de Saúde Pública Johns Hopkins em 1985. Em 2007, recebeu um doutoramento honorário da Universidade de Georgetown.

Durante vários anos, Yach liderou importantes iniciativas epidemiológicas nacionais na África do Sul. Yach trabalhou depois sob a direção da Diretora-Geral Gro Harlem Brundtland, como diretor de gabinete, onde trabalhou na Convenção-Quadro para Controle de Tabaco da OMS e na Estratégia Global para a Dieta e a Atividade Física. Dirigiu a área da saúde global na Escola de Saúde Pública de Yale e depois na Fundação Rockefeller antes de se tornar Vice-presidente Sênior para a Saúde Global e Política Agrícola na PepsiCo. Após 5 anos desenvolvendo e dirigindo o Vitality Institute for Prevention em Nova York, fundou e dirigiu a Foundation for a Smoke Free World. Atualmente, Yach é um consultor independente de saúde global focado na erradicação do tabagismo, no apoio à saúde mental e na promoção de dietas saudáveis. Fez parte dos conselhos consultivos do Fórum Econômico Mundial, da Clinton Global Initiative e do Welcome Trust.



ERIKA SUZIGAN - BRASIL

Erika Suzigan é médica especialista em Medicina Física e Reabilitação e coordenadora acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Oeste Paulista, campus Guarujá. É doutoranda na mesma instituição, na área de Educação; possui mestrado em Ciências da Saúde (2018) pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde também se graduou em Medicina de Reabilitação (2010). Formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC em 2006. Desde 2010, atua como médica fisiatra e auxiliar de ensino para residentes nos serviços de reabilitação da Santa Casa de São Paulo, da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) e do SESI. Além do atendimento ambulatorial, também tem experiência em atendimento hospitalar, com passagens pelo Hospital Alvorada e Hospital Geral de Pirajussara.



INGRID DRAGAN TARICANO - BRASIL

Ingrid Dragan Taricano é toxicologista, com uma especialização em xx. Possui graduação em Ciências Biológicas pela UNISA - Universidade de Santo Amaro, mestrado em Farmacologia pela Escola Paulista de Medicina UNIFESP e doutorado em Medicina Veterinária (Toxicologia Aplicada) pela Universidade de São Paulo. Foi diretora do laboratório UNITOX e também ocupou o cargo de diretora da Faculdade de Biomedicina da UNISA.



DR. DELON HUMAN – ÁFRICA DO SUL, FRANÇA

O Dr. Delon Human é um médico de família especialista, defensor da saúde global, autor publicado, orador internacional e consultor de cuidados de saúde especializado em estratégia de saúde global, redução de danos e comunicação em matéria de saúde. Foi Secretário-Geral da Associação Médica Mundial, da Aliança Internacional de Alimentos e Bebidas e cofundador da African Harm Reduction Alliance (AHRA). Foi consultor de três Diretores-Gerais da OMS e do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre estratégias globais de saúde pública.



DR. S. ABBAS RAZA - PAQUISTÃO

O Dr. Raza é atualmente Endocrinologista Consultor no Shaukat Khanum Hospital and Research Center no Paquistão e no National Defence Hospital em Lahore, Paquistão, desde 2004. Licenciou-se em medicina na Faculdade de Medicina Allama Iqbal, em Lahore, e foi Médico-Chefe Residente no Atlantic City Medical Center, NJ, EUA. Concluiu a sua especialização em Diabetes, Endocrinologia e Metabolismo na Universidade de Wisconsin, Madison, EUA. O Dr. Raza é certificado pelo Conselho Americano em Medicina Interna e em Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.

Ao longo da sua carreira, fez inúmeras apresentações sobre diabetes e endocrinologia e recebeu inúmeros prêmios em reconhecimento das suas contribuições neste domínio. Recebeu o prêmio Tamghae-Imtiaz pelo Presidente do Paquistão pelos serviços prestados no domínio da Medicina.

O Dr. Raza é Membro Executivo (desde 2004) e Presidente da Sociedade Internacional de Endocrinologia (2022-2024), Ex-Presidente da Sociedade de Endocrinologia do Paquistão (PES), da Federação das Sociedades de Endocrinologia do Sul da Ásia (SAFES) e do Capítulo do Paquistão da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos. Anteriormente, foi também membro do Conselho de Administração da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos (AACE) (2003-2004).



DR. KGOSI LETLAPE – ÁFRICA DO SUL

O Dr. Kgosi Letlape é um oftalmologista da África do Sul e é atualmente membro fundador da Africa Harm Reduction Alliance (AHRA), Ex-Presidente do Conselho das Profissões de Saúde e presidente do Conselho Médico e Dentário da África do Sul. É o atual presidente da Associação Médica de África e presidente da Associação dos Conselhos Médicos de África. Foi também Presidente do Conselho de Administração da Associação Médica Sul-Africana (SAMA) e Presidente da Associação Médica Mundial (WMA), o órgão representativo dos médicos a nível mundial. Foi admitido como membro do College of Surgeons of South Africa em abril de 1988 e como membro do Royal College of Surgeons of Edinburgh para oftalmologia em maio de 1988. Distingue-se por ter sido o primeiro Africano negro a qualificar-se como oftalmologista em Southfield, na África do Sul, e o primeiro a tornar-se presidente da WMA.

A nível internacional, o Dr. Letlape tem estado estreitamente envolvido na definição de políticas sobre uma série de questões – desde a ética da investigação clínica aos sistemas de cuidados de saúde e à CQCT. Durante a última década, concentrou-se na política e na ciência da redução de danos. Ele contribui com competências superiores e de classe mundial em matéria de liderança, defesa e visão política.



PROF. MIHAELA RĂESCU - ROMÊNIA

A Prof. Dr. Răescu (Dentista) ensina Prevenção Oral e Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade "Titu Maiorescu" em Bucareste, Romênia, desde 2003 e é professora titular desde 2015, para além de ser uma praticante ativa e uma Médica de Especialidade, a Dr. Răescu é autora e coautora de numerosos estudos e publicações e foi oradora convidada em várias conferências profissionais.



DR. ANDERS MILTON - SUÉCIA

O Dr. Milton é um médico com uma vasta experiência no serviço público, um consultor muito procurado no setor dos cuidados de saúde e um antigo presidente da WMA. Atualmente, é proprietário e diretor executivo da Milton Consulting e presidente da Comissão do Tabaco em Pó (Snus). É Presidente do Conselho de Administração de três fundações que trabalham com educação de crianças e adolescentes e de várias empresas com fins lucrativos no domínio das ciências da vida. O currículo do Dr. Milton inclui também passagens como Presidente e Diretor Executivo da Associação Médica Sueca (SMA), e como Presidente da Cruz Vermelha Sueca, da Fundação para o Povo e a Defesa e da Confederação Sueca das Associações Profissionais (SACO).



PROF. KARL-OLOV FAGERSTRÖM - SUÉCIA

Karl Fagerström é psicólogo e membro fundador da Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT). Recebeu a medalha da Organização Mundial de Saúde em 1999 pelo seu trabalho notável no controle de tabaco. Em 2013, recebeu o Prêmio de Ciência Clínica da Society for Research on Nicotine and Tobacco. [Participou no desenvolvimento inicial dos produtos de substituição da nicotina e desenvolveu a primeira bolsa de nicotina sem tabaco.](#)



DR. DIEGO VERRASTRO - ARGENTINA

O Dr. Diego Verrastro é um cirurgião geral, especializado em medicina de emergência, cirurgia abdominal mini-invasiva, ultrassonografia e obesidade. É também porta-voz da RELDAT, a rede Latino-Americana para a redução dos danos associados ao tabaco. Nesta função, apelou a um maior debate sobre os méritos da redução de danos na América Latina, chamando a atenção para os exemplos fornecidos por outros países - incluindo o Reino Unido, a Nova Zelândia e a Suécia.



PROF. HEINO STÖVER - ALEMANHA

Stöver é um cientista social e professor de Investigação Científica Social sobre Dependência na Universidade de Ciências Aplicadas de Frankfurt, na Alemanha, Faculdade de Saúde e Trabalho Social. Desde 2009, é diretor do Institute of Addiction Research.

As principais áreas de investigação e de desenvolvimento de projetos de Heino Stöver são a promoção da saúde para grupos vulneráveis e marginalizados, os serviços de toxicod dependência, os cuidados de saúde nas prisões e questões de saúde conexas (especialmente HIV/AIDS, hepatite C, toxicod dependência e questões de gênero) e o potencial dos cigarros eletrônicos.

A sua experiência internacional em investigação e consultoria inclui o trabalho como consultor para a Comissão Europeia, o Gabinete das Nações Unidas para a Droga e o Crime (UNODC), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT), o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) e o Open Society Institute (OSI) em vários contextos.



DR. ANOOP MISRA – ÍNDIA

O Dr. Anoop Misra é um endocrinologista indiano e antigo médico honorário do Primeiro-Ministro da Índia. É o presidente do Fortis Centre for Diabetes, Obesity and Cholesterol (C-DOC) e dirige a National Diabetes Obesity and Cholesterol Foundation (NDOC). Antigo membro da Organização Mundial de Saúde no Royal Free Hospital, no Reino Unido, Misra recebeu o prêmio Dr. B. C. Roy, o mais alto prêmio indiano na categoria médica. O Governo da Índia concedeu-lhe a quarta maior condecoração civil, o Padma Shri, em 2007, pelas suas contribuições para a medicina indiana.



DR. HIROYA KUMAMARU - JAPÃO

Cirurgião cardiovascular. Hiroya Kumamaru é vice-diretor do AOI International Hospital em Kawasaki, Japão, cargo que ocupa desde abril de 2013. Licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Keio, Kumamaru estudou cirurgia cardiovascular na Europa e nos Estados Unidos. A sua experiência profissional inclui o tempo passado como diretor da Clínica K.I. Akihabara (julho de 2008 a março de 2013), cirurgião-chefe do departamento de cirurgia cardiovascular no Hospital Municipal de Kawasaki, Kanagawa (julho de 2005 a março de 2008) e diretor médico cardiovascular sênior e líder do grupo de assuntos científicos clínicos na Pfizer Japão (abril de 1996 a junho de 2005).

Referências

1. World Health Organization. Tobacco [Internet]. 2023 Jul 31 [cited 2023 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. The International Commission to Reignite the Fight Against Smoking. Commission report: Reignite the fight against smoking [Internet]. 2021 Sep [cited 2023 Oct 8]. Available from: https://www.fightagainstmoking.org/wp-content/uploads/2021/10/Updated-Commission-Report_9.29.21.pdf
3. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330221/9789240000032-eng.pdf?sequence=1>
4. Institute for Health Metrics and Evaluation. Smoking and tobacco [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 8]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/smoking-and-tobacco-research-library>
5. Raj B, Bramhankar, M. Tobacco use among Indian states: Key findings from the latest demographic health survey 2019–2020. *Tob Prev Cessat* [serial online]. 2021 Mar 9 [cited 2023 Oct 15]; 7:19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7942198/>
6. Wen H, Xie C, Shi F, et al. Trends in deaths attributable to smoking in China, Japan, United Kingdom, and United States from 1990 to 2019. *Int J Public Health* [serial online]. 2022 Sep 15 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.ssph-journal.org/articles/10.3389/ijph.2022.1605147/full>
7. Institute for Health Metrics and Evaluation Health Data. Brazil [Internet]. [cited 2024 Apr 3]. Available from: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/brazil>
8. Cho ER, et al. Smoking Cessation and Short- and Longer-Term Morality. *NEJM Evid* [serial online]. 2024 Feb 8. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://evidence.nejm.org/doi/full/10.1056/EVI-Doa2300272>
9. World Health Organization. MPOWER [Internet]. 2023 Jul 31 [cited 2023 Oct 8]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
10. Cancer Center. What's driving the improvement in U.S. cancer survival rates? [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.cancercenter.com/community/blog/2023/01/cancer-survival-rates-are-improving>
11. Park E, et al. Cancer Risk Following Smoking Cessation in Korea. *JAMA Netw Open* [serial online]. 2024 Feb 6. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2814567>
12. Tobacco Harm Reduction. Lives Saved [Internet]. 2023 Nov 8 [cited 2024 Mar 26]. Available from: https://media.thr.net/strapi/d0e05b5e-acc6a4f021b740d455a9ba49.pdf?updated_at=2023-11-08T08:19:24.080Z
13. Tobacco Harm Reduction. COP10 Scorecard [Internet]. 2024 Feb 1 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://media.thr.net/strapi/12592c-1201d0aa86e70733eb62024ca0.pdf>
14. Szklo AS, Drope J. The Cigarette Market in Brazil: New Evidence on Illicit Practices from the 2019 National Health Survey. 2023 May 29. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://tobacco-control.bmj.com/content/tobaccocontrol/early/2023/06/15/tc-2022-057847.full.pdf>
15. Alexandro Lucian discusses the way forward for Brazil's vaping activists. *GFN.TV*. 2023 Nov 28 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://gfn.tv/vids/gfn-news-78-brazils-thr-headache-alexandro-lucian-discusses-the-way-forward-for-brazils-vaping-activists/>
16. Institute for Health Metrics and Evaluation Health Data. Global burden of disease 2020 [Internet]. 2020. cited 2023 Oct 15]. Available from: https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2022/GBD%202020%20methods_smoking.pdf
17. GSTHR: Briefing Papers. The global state of tobacco harm reduction 2022: The right side of history. [Internet]. 2022 Nov [cited 2023 Oct 18]. Available from: <https://gsthr.org/briefing-pa>

- pers/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2022-the-right-side-of-history/
18. Philip Morris International. Smoke-free products in Japan and the U.K. help accelerate a decline in smoking rates – beyond that of Australia, where they are prescription-only [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.pmi.com/our-transformation/smoke-free-products-in-japan-and-the-uk-help-accelerate-a-decline-in-smoking-rates-beyond-that-of-australia-where-they-are-prescription-only>
 19. Manzar E, Zaidi AH, et al. Awareness and Perception of Nicotine Pouches and E-Cigarettes among Dental Students in Lahore. *PJMHS* [serial online]. 2021 December [cited 2023 Oct 3]; 15(12):3681-3686. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/Suppl_1/s82
 20. Cigarros eletrônicos no Brasil. vaping activists. *CNN Brasil Prime Time*. 2024 Mar 9 [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=FdMtBWIsWuM>
 21. Effects of Curbing the Illicit Cigarette Market in Brazil. 2023 Mar. [cited 2024 Mar 26]. Available from: <https://tobaccconomics.org/research/effects-of-curbing-the-illicit-cigarette-market-in-brazil-policy-brief/>
 22. Beaglehole R, Bonita R. Tobacco control: Getting to the Finish Line. *Lancet*: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00835-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00835-2)
 23. The Foundation for a Smoke Free World. Doctor's Survey [Internet]. 2023 July [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.smokefreeworld.org/doctorssurvey/>
 24. World Health Organization. Lung cancer: Key facts. [Internet]. 2023 Jun 26. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>
 25. Rigotti N. Electronic cigarettes for Smoking Cessation: Have we reached the Tipping Point? Published February 14, 2024. *N Engl J Med* 2024; 390:664-665. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2314977#:~:text=The%20evidence%20has%20brought%20e,e%2Dcigarettes%20to%20be%20ignored.>
 26. Bates C. The Counterfactual: EU bureaucrats plotting to use WHO treaty to sideline European Parliament on tobacco harm reduction [Internet]. 2023 Oct 16. [cited 2023 Oct 18]. Available from: <https://clivebates.com/eu-bureaucrats-plotting-to-use-who-treaty-to-sideline-european-parliament-on-tobacco-harm-reduction/>
 27. Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* [serial online]. 2004 Jun 24 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.bmj.com/content/328/7455/1519>
 28. Royal College of Physicians. Smoking and health [Internet]. 1962 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-health-1962>
 29. Surgeon General. The 1964 report on smoking and health [Internet]. 1964 [cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://profiles.nlm.nih.gov/spot-light/nn/feature/smoking>
 30. CNW Group. Imperial Tobacco Canada is excited to launch a smoking cessation product. [Internet]. 2023 Oct 12. [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://finance.yahoo.com/news/imperial-tobacco-canada-excited-launch-100000428.html?guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuYmlu-Zy5jb20v&guce_referrer_sig=AQAAAI0E-PR7X-cVOvroRTiL_KFJhcGVb3Lxjld_JdpGjbDQ-Jplf-ZYaAMqMnSJ_XNZBD2cqllil6GIAgHLxj-do7yOLmCQgCQtL61f9DqxizQ5vDnRtt5iG8E-crSS4jqGZUWmeZSERvjLkgUGkw8AUtBTnlOK-1kVpnqbiopHLSOUtv4kM&guccounter=1
 31. The Guardian. British American Tobacco e-cigarette wins UK medicine licence. [Internet]. 2016 Jan 4. [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.theguardian.com/society/2016/jan/04/british-american-tobacco-e-cigarette-wins-uk-medicine-licence#:~:text=Britain's%20drug%20regulators%20have%20given,drug%20licence%20in%20the%20UK>
 32. Wikipedia. Derek Yach [Internet]. 2022 Apr 27. [cited 2023 Oct 18]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Derek_Yach
 33. Wikipedia. Riccardo Polosa [Internet]. 2023 Sep 27 [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Riccardo_Polosa
 34. Wikipedia. Anoop Misra [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Anoop_Misra

Outras fontes consultadas incluem:

- Action on Smoking and Health. ASH Fact sheet: Tobacco and the Developing World [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://ash.org.uk/uploads/Tobacco-Developing-World.pdf>
- Bandi P, Asare S, et al. Relative Harm Perceptions of E-Cigarettes Versus Cigarettes, U.S. Adults, 2018–2020. *American Journal of Preventative Medicine* [serial online] 2022 Aug [cited 2023 Oct 3];63(2):186-194. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749379722001775>
- Beard E, West R, et al. Association of prevalence of electronic cigarette use with smoking cessation and cigarette consumption in England: a time-series analysis between 2006 and 2017. *Addiction*. [serial online] 2020 May [cited 2023 Oct 3];115(5):961-974. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31621131/>
- Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6839a6.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and tobacco use: Adult data [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm
- Cho YG. Smoking Cessation in Cancer Survivors. *Korean J Fam Med* [serial online]. 2021 Jul [cited 2023 Oct 3];42(4):258-259. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8321901/>
- Delnevo CD, Jeong M, et al. Communication Between US Physicians and Patients Regarding Electronic Cigarette Use. *JAMA Netw Open* [serial online]. 2022 Apr [cited 2023 Oct 3];5(4). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791164>
- E Cigarette Research. 4 in 10 Smokers Wrongly Fear Vaping – ASH E-Cigarette Use in GB 2023 Survey Results [Internet]. 2023 July [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.ecigclick.co.uk/4-in-10-smokers-wrongly-fear-vaping-ash-e-cigarette-use-in-gb-2023-survey-results/>
- Foxon F, Selya A, et al. Population-level counterfactual trend modelling to examine the relationship between smoking prevalence and e-cigarette use among US adults. *BMC Public Health*. [serial online]. 2022 Oct [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14341-z>
- Hartmann-Boyce J, Kock L. Heated tobacco products for smoking cessation and reducing smoking prevalence. *Cochrane Database System Rev.* [serial online]. 2022 Jan [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8733777/>
- Koh HK, Fiore MC. The Tobacco Industry and Harm Reduction. [serial online]. 2022 Nov [cited 2023 Oct 3];328(20):2009-2010. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2798425>
- Levy DT, Borland R, et al. Potential deaths averted in USA by replacing cigarettes with e-cigarettes. *Tobacco Control* [serial online]. 2017 Oct [cited 2023 Oct 3];27:18-25. Available from: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/18>
- Levy DT, Yuan Z, et al. The Minnesota SimSmoke Tobacco Control Policy Model of Smokeless Tobacco and Cigarette Use. *Am J Prev Med* [serial online]. 2019 Oct [cited 2023 Oct 3];57(4):103-115. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756173/#:~:text=The%20model%20projected%20that%20male,2018%20and%2046%20900%20by%202040.>
- Max WB, Sung HY, et al. Modelling the impact of a new tobacco product: review of Philip Morris International's Population Health Impact Model as applied to the IQOS heated tobacco product. *Tobacco Control* [serial online]. 2018 Oct [cited 2023 Oct 3];27:82-86. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/Suppl_1/s82
- Mendez D, Warner KE. A Magic Bullet? The potential impact of e-cigarettes on the toll

- of cigarette smoking. *Nicotine Tob Res.* [serial online]. 2021 Mar [cited 2023 Oct 3];23(4):654-661. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823272/>
- Muhammad-Kah RS, Pithawalla YB. A Computational Model for Assessing the Population Health Impact of Introducing a Modified Risk Claim on an Existing Smokeless Tobacco Product. *Int J Environ Res Public Health* [serial online]. 2019 Apr [cited 2023 Oct 3];16(7):1264. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30970571/>
 - Office for National Statistics. Adult Smoking Habits in the UK: 2022 [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2022>
 - Smoke Free Sweden. Saving Lives Like Sweden [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://smokefreesweden.org/wp-content/themes/smokefreesweden/assets/pdf/reports/Report_SAVING%20LIVES%20LIKE%20SWEDEN.pdf
 - The Snus Commission. Snus Saves Lives: A Study of Snus and Tobacco-Related Mortality in the EU [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 3]. Available from: https://snusforumet.se/wp-content/uploads/2017/05/Snuskommissionen_rapport3_eng_PRINT.pdf
 - Statista. Number of current adult smokers in the United States from 1965 to 2021 [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/261581/current-adult-smokers-in-the-united-states/>
 - Tønnesen P. Smoking Cessation and COPD. *Eur Respir Rev* [serial online]. 2013 Mar [cited 2023 Oct 3];22(127):37-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8321901/>
 - UK Health Security Agency. E-cigarettes: A Public Health Response [Internet]. 2015 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://ukhsa.blog.gov.uk/2015/09/18/e-cigarettes-a-public-health-response/>
 - Wills TA, Soneji SS, et al. E-cigarette use and respiratory disorders: an integrative review of converging evidence from epidemiological and laboratory studies. *Eur Respir J* [serial online]. 2021 Jan [cited 2023 Oct 3];57(1):1901815. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33154031/>
 - World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
 - Yach D. Accelerating an end to smoking: a call to action on the eve of the FCTC's COP9. *Drug and Alcohol Today* [serial online]. 2020 Sep [cited 2023 Oct 3];20(3):173-189. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DAT-02-2020-0012/full/html>
 - Yong HH, Gravely S, et al. Do smokers' perceptions of the harmfulness of nicotine replacement therapy and nicotine vaping products as compared to cigarettes influence their use as an aid for smoking cessation? Findings from the ITC Four Country Smoking and Vaping Surveys. *Nicotine Tob Res.* [serial online]. 2022 Sep [cited 2023 Oct 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9356684/>

VIDAS

SALVAS



**SMOKE FREE
SWEDEN**