

SALVAR VIDAS

COMO NA SUÉCIA



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**
www.smokefreesweden.org



Sobre o Relatório	5
Abreviações	6
Sumário Executivo	7

1. Introdução: O que significa "Livre de Fumo"?

1.1 Uma Prioridade da Política de Saúde Pública - "Livre de Fumo"	12
1.2 Porquê Ambicionar ser "Livre de Fumo"?	13
1.3 Produtos de Redução de Danos - uma saída de emergência para fumadores que lutam para deixar de fumar	15
1.4 Como se pode alcançar o estatuto de "Livre de Fumo"?	16
1.5 Apelo a uma abordagem integrada da Estratégia Anti-tabaco e de Fim do Tabaco	17

2. Doenças Relacionadas com o Tabaco e Morte Prematura: Análise Comparativa dos Principais Indicadores de Saúde Pública entre a Suécia e a União Europeia e outros países selecionados

2.1 Principais bases de dados e indicadores de saúde pública relacionados com o tabagismo	18
2.1.1 Fontes de dados	18
2.1.2 Principais Indicadores de Saúde Pública	19
2.2 Desempenho da Suécia em matéria de controlo do tabagismo em comparação com a União Europeia (UE)	20
2.3 Desempenho da Suécia em matéria de controlo do tabagismo em comparação com países selecionados da UE	23
2.4 Estudo de casos de países selecionados no domínio do controlo do tabagismo: Suécia versus Bélgica	25
2.5 Dificuldades na comparação da Suécia com países de Baixo e Médio Rendimento, por exemplo, a África do Sul	27

3. Calcular a "Dimensão do Prémio" para a Saúde Pública

3.1 Análise Retrospectiva versus Modelação Prospetiva.....	29
3.2 Modelação Prospetiva	29
3.2.1 Modelo de Tabagismo e Vaping (SAVM) - Levy et al (2021)	29
3.2.2 Acelerar o Fim do Tabagismo - Yach (2020)	33
3.2.3 Modelação de Simulação por Warner & Mendez (2018).....	35
3.2.4 Modelação de Simulação por Lars Ramström (2019)	36
3.3 Modelação Retrospectiva	37
3.4 Considerações Individuais de Saúde e Escolha do Consumidor: Porque é que os Fumadores Mudaram para Opções Alternativas de Nicotina na Suécia	39

Conclusões	40
-------------------------	----

Sobre os Autores	42
-------------------------------	----

Referências	45
--------------------------	----

APÊNDICE A

Estimativas Retrospectivas por País dos Encargos de Saúde Pública Atribuídos ao Tabagismo em Relação à Prevalência do Tabagismo (Suécia versus países seleccionados)	50
---	----



Lista de Tabelas / Lista de Figuras	63
--	----



Julgar um homem não pelas suas respostas, mas pelas suas perguntas

Voltaire

Sobre o Relatório

Mesmo após décadas de controlo do tabagismo, estima-se que 1,3 mil milhões de pessoas ainda consomem tabaco. O tabaco mata até metade dos seus utilizadores, sendo que cerca de 8 milhões de pessoas morrem anualmente em todo o mundo devido a causas relacionadas com o tabaco, perdendo-se 200 milhões de anos de vida.

A saúde pública mundial estabeleceu como objetivo um futuro "livre de fumo" até 2040, em que 5% ou menos da população adulta fume em qualquer país. A maioria dos países fica muito aquém deste objetivo. Desde a criação do tratado da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Controlo Tabágico (CQCT-OMS), há 18 anos, a procura de tabaco diminuiu, mas de forma demasiado lenta e, em alguns países de baixo e médio rendimento (PBMR), não diminuiu de todo.

Há uma exceção: a Suécia. O relatório precursor desta edição, denominado "The Swedish Experience, a Roadmap to a Smoke free World" ([ver ligação](#)), explica como os Suecos foram bem sucedidos onde outros não o foram. Graças à forma como a Suécia tornou os produtos alternativos de nicotina livres de fumo amplamente acessíveis, aceitáveis e económicos, a prevalência do tabagismo neste país desceu para 5,6%. Em suma, a Suécia tem conseguido combinar com êxito as estratégias de controlo do tabagismo e de redução dos danos.

É exatamente o que preconiza a CQCT-OMS, em que a alínea d) do artigo 1: "controlo do tabagismo", ou seja, uma série de estratégias de redução da oferta, da procura e dos danos que visam melhorar a saúde de uma população, eliminando

ou reduzindo o seu consumo de produtos do tabaco e a exposição ao fumo do tabaco.

Este relatório de acompanhamento é um apelo à OMS e à saúde pública mundial para que estudem as estratégias de redução de danos utilizadas com tanto sucesso pela Suécia. Mais importante ainda, desenvolver bases de dados atualizadas de mortes atribuíveis ao tabaco e métodos epidemiologicamente sólidos para calcular a "dimensão do prémio" para a saúde pública.

Este relatório apresenta fatos, análises e cálculos do número de mortes e anos de vida ajustados por incapacidade evitados na Suécia e anos de vida salvos. Existem limitações significativas na realização destes cálculos, sobretudo porque os dados da OMS sobre as mortes atribuíveis ao tabaco estão ultrapassados e é necessário fazer várias suposições para determinar a melhor estimativa para os principais parâmetros de saúde na Suécia e comparações com outros países. Por conseguinte, o presente relatório convida à crítica da metodologia e incentiva o debate e o desenvolvimento de bases de dados e métodos mais precisos.

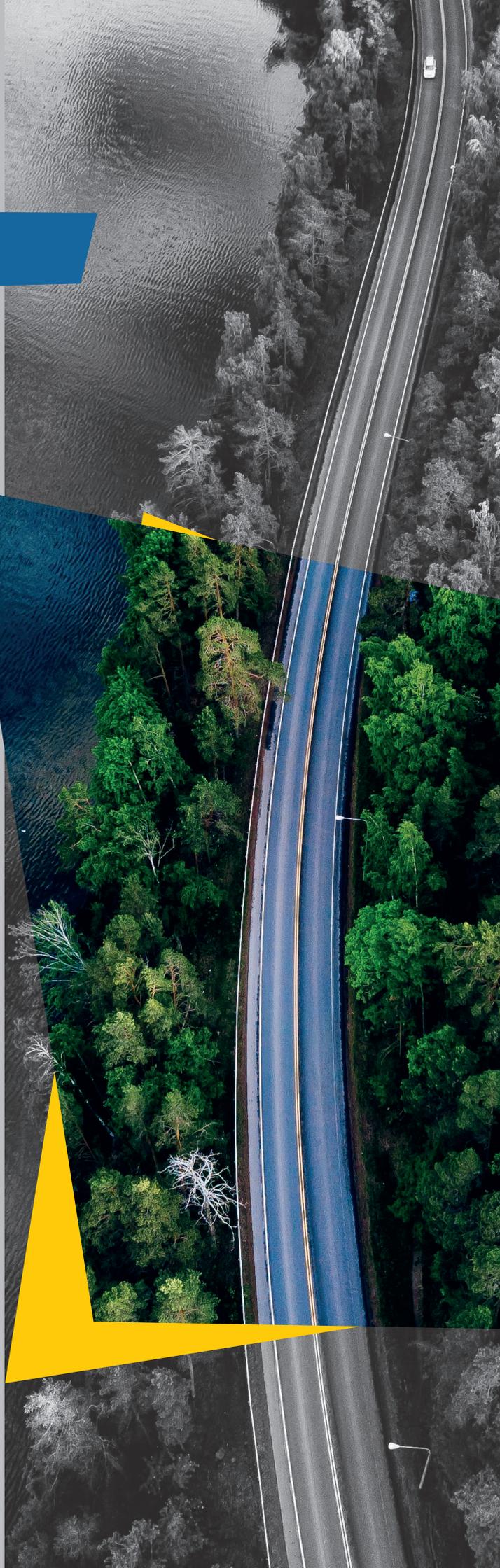
O que não se contesta é que a Suécia está prestes a tornar-se o primeiro Estado membro da OMS a tornar-se "livre de fumo" e que as suas estratégias de controlo do tabaco e de redução dos danos merecem ser estudadas e reproduzidas. Esta estratégia convincente tem o potencial de alterar drasticamente o futuro de inúmeros fumadores, podendo salvar milhões de vidas mundialmente.

Agradecimentos

Os autores que contribuíram para este relatório expressam a sua gratidão à equipa de investigação e a todos os colaboradores de todo o mundo. A produção do relatório foi coordenada pelo movimento "Smoke Free Sweden".

Abreviações

ANP	Produtos Alternativos de Nicotina
COP10	10ª sessão da conferência das partes na CQCT
CQCT-OMS	Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo Tabágico
MPOWER	Controlar o consumo de tabaco, Proteger as pessoas do fumo do tabaco, Deixar de fumar, Alertar para os perigos do tabaco, Aplicar as proibições de publicidade ao tabaco, Aumentar os impostos sobre o tabaco
LMICs	Países de baixo e médio rendimento
DALYs	Anos de vida ajustados pela incapacidade
YLLs	Anos de vida perdidos
YLDs	Anos vividos com deficiência
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
UNDP	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
COPD	Doença pulmonar obstrutiva crónica
NCD	Doenças não transmissíveis
IHME	Instituto de Métrica e Avaliação da Saúde
GBD	Estudo sobre o Peso Global da Doença
CDC	Centros de Controlo e Prevenção de Doenças
UE	União Europeia
ENDS	Sistemas eletrónicos de distribuição de nicotina
HRPs	Produtos de Redução de Danos
THR	Redução dos efeitos nocivos do tabaco
NRT	Terapia de substituição da nicotina
HNB	Aquecer sem queimar
SLT	Tabaco livre de fumo
SAVM	Modelo para fumar e vaporizar
THP	Produto de aquecimento do tabaco
HTP	Produtos do tabaco aquecidos
PPPs	Parcerias Público-Privadas
QALYS	Anos de vida ajustados pela qualidade
SAMRC	Conselho de Investigação Médica da África do Sul





SMOKE FREE
SWEDEN 2023

Sumário Executivo

Este relatório é um apelo à OMS e à saúde pública mundial para que estudem as estratégias de redução de danos utilizadas com tanto sucesso pela Suécia. Mais importante ainda, desenvolver bases de dados atualizadas sobre as mortes atribuíveis ao tabaco e desenvolver métodos epidemiologicamente sólidos para calcular a "dimensão do prémio" para a saúde pública.

O relatório examina o objetivo da luta antitabaco "livre de fumo" e os métodos atuais utilizados para atingir este objetivo. Identifica ainda as fontes de dados relevantes e os indicadores de saúde pública necessários para medir o sucesso. A combinação das estratégias de controlo do tabaco e de redução dos danos da Suécia é analisada e comparada com o desempenho da UE em matéria de controlo do tabaco e com outros países selecionados.

São analisadas as estruturas atuais de modelação de simulação e é registada a sua aplicação a vários países. Por último, é destacado um estudo recente sobre a perceção dos consumidores na Suécia, para mostrar a importância de uma abordagem global da sociedade e de um conhecimento profundo do comportamento dos consumidores, para enfrentar com êxito o desafio da epidemia do tabaco.

UM IMPULSO INTERNACIONAL NO SENTIDO DE UMA ECONOMIA "LIVRE DE FUMO":

A economia "livre de fumo" é definida em termos gerais como uma prevalência de fumadores adultos inferior a 5% e faz parte das estratégias de controlo do tabaco da OMS e de vários países, incluindo a UE, os EUA, o Reino Unido, a Nova Zelândia e a Suécia. Os esforços de cessação do tabagismo em todo o mundo estagnaram em grande medida ou revelaram-se menos eficazes, persistindo o tabagismo em muitos países de baixo e médio rendimento e nos grupos mais vulneráveis dos países de rendimento mais elevado.

A REDUÇÃO DOS EFEITOS NOCIVOS DO TABACO COMO PROVA DE CONCEITO:

Uma vez que os produtos de redução de danos (PRD) estão disponíveis há mais de duas décadas, existe uma prova de conceito relativamente à sua capacidade de substituir os cigarros e reduzir os danos para os utilizadores individuais. Embora a alínea d) do artigo 1.º da CQCT da OMS⁴ afirme a inclusão de "estratégias de redução dos danos" como parte de uma abordagem integrada do controlo do tabaco, o discurso político relacionado com os PRD continua a ser controverso.

A COMBINAÇÃO BEM SUCEDIDA DE ESTRATÉGIAS DE CONTROLO DO TABAGISMO E DE REDUÇÃO DOS DANOS NA SUÉCIA:

Na Europa, a Suécia é pioneira na adoção de uma abordagem integrada do controlo do tabaco, complementada por estratégias de redução dos danos. Embora a prevalência do consumo de nicotina seja semelhante à média da UE, a grande maioria deste consumo é realizada através de alternativas mais seguras e não combustíveis. A prevalência do tabagismo na Suécia (5,6%) é quase cinco vezes inferior à média da UE (23%). Consequentemente, a Suécia tem as taxas de doença e mortalidade relacionadas com o tabaco mais baixas da UE.

RECOMENDAÇÃO

#1

Tal como na Suécia, reconhecer a diferenciação fundamental entre formas combustíveis e não combustíveis de tabaco e nicotina. Defender uma regulamentação proporcional ao risco para incentivar os fumadores adultos a deixarem de fumar ou a mudarem para produtos livres de fumo menos nocivos.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO E MORTE PREMATURA: ANÁLISE COMPARATIVA DAS PRINCIPAIS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA ENTRE A SUÉCIA E A UNIÃO EUROPEIA E OUTROS PAÍSES SELECIONADOS:

Utilizando dados do Relatório Global da OMS sobre a Mortalidade Atribuível ao Tabaco e do Estudo sobre a Carga Global de Doenças do Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde (IHME), são realizadas quantificações e comparações de melhores estimativas relativamente às doenças relacionadas com o tabaco e à morte prematura em diferentes países.

MORTES E DALYS: Ao comparar as taxas de mortalidade e os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), as diferenças nas populações dos países são tidas em conta quando se comparam a mortalidade e a morbilidade atribuídas ao tabagismo. Um DALY é uma métrica universal que equivale à soma dos anos de vida perdidos (YLLs) e dos anos vividos com incapacidade (YLDs). Um DALY é equivalente a um ano de vida saudável perdido.

DESEMPENHO DA SUÉCIA EM MATÉRIA DE CONTROLO DO TABACO EM COMPARAÇÃO COM A UNIÃO EUROPEIA (UE):

Analisando "todas as causas de morte", se a União Europeia tivesse a mesma taxa de mortalidade atribuível ao tabagismo que a Suécia durante o período de 2000-2019, poderiam ter sido evitadas 2,9 milhões de mortes. Ao mesmo tempo, examinando "todas as causas" de DALYs perdidos, se a União Europeia tivesse a mesma taxa de DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo que a Suécia durante os anos 2000-2019, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs perdidos.

RECOMENDAÇÃO

#2

Como elaboração das estratégias de redução de danos referidas na alínea d) do artigo 1.º da CQCT, defender que a Suécia seja objeto de um estudo de caso por parte da OMS e dos Estados Membros. Sempre que adequado, reproduzir a abordagem integrada da Suécia em matéria de controlo de tabagismo, complementada por estratégias e produtos de redução de danos.

PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E MORTES RELACIONADAS COM O TABACO NA SUÉCIA:

A incidência de cancro na Suécia é 41% inferior à dos restantes países da Europa, o que corresponde a um nível 38% inferior de mortes por cancro. 24 dos outros 27 Estados Membros da UE têm uma taxa de mortalidade relacionada com o tabaco duas vezes mais elevada do que a Suécia, em relação à dimensão da população. A Suécia tem uma taxa de mortalidade por todas as doenças relacionadas com o tabaco 39,6% inferior à média da UE e tem o menor número de mortes atribuídas ao cancro do pulmão.

RECOMENDAÇÃO

#3

Desenvolver fontes de dados e mecanismos para avaliar o impacto na saúde de políticas proporcionais ao risco, como as utilizadas na Suécia. Esses mecanismos devem incluir a medição da eficácia das políticas aplicáveis em matéria de preços, rotulagem, tributação, aromas, níveis de nicotina e mensagens de saúde.

ESTUDO DE CASO DE UM PAÍS SELECIONADO EM MATÉRIA DE CONTROLO DO TABACO - SUÉCIA VERSUS BÉLGICA:

Recentemente, a Bélgica proibiu a categoria de saquetas de nicotina oral, um dos produtos de redução de danos utilizados pelos consumidores Suecos. Esta medida parece-me muito pouco adequada, uma vez que o produto mais nocivo, os cigarros, continua a ser de livre acesso. Se a Bélgica tivesse tido a mesma taxa de mortes e de DALYs relacionados com o tabagismo que a Suécia entre 2000-2019, poderiam ter sido evitadas 90.570 mortes e 2,5 milhões de DALYs.

CONSIDERANDO OS PAÍSES DE BAIXO RENDIMENTO E A INTERAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E A TUBERCULOSE:

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo e causa danos desproporcionalmente maiores aos grupos populacionais pobres, vulneráveis e marginalizados; mais de 80% dos fumadores vivem em países de baixo e médio rendimento (LMIC). Dada a necessidade de acesso, acessibilidade e aceitação de alternativas à nicotina livre de fumo, o modelo Sueco deve ser considerado como uma ajuda ao controlo do tabaco nos países de baixo e médio rendimento.



RECOMENDAÇÃO

#4

Considerar a possibilidade de financiar investigação nos países menos desenvolvidos, a fim de identificar as melhores respostas políticas, incluindo o modelo Sueco, para apoiar a cessação tabágica e melhorar o acesso, a acessibilidade e a aceitação dos produtos de redução dos danos causados pelo tabaco.

MODELAÇÃO PROSPETIVA - MODELAÇÃO DE SIMULAÇÃO PARA CALCULAR AS POTENCIAIS MORTES EVITADAS E OS ANOS DE VIDA GANHOS RELACIONADOS COM O TABACO:

Foram registados os modelos propostos por Levy et al, Warner et al, Ramström e Yach. O Modelo de Tabagismo e Vaping (SAVM) de Levy et al projeta que, de acordo com os padrões atuais de prevalência do tabagismo e do vaping nos **Estados Unidos**, entre 2013 e 2060, o resultado líquido da mudança dos fumadores para produtos de vaping de nicotina resultará em:

- **Menos 1,8 milhões de mortes prematuras relacionadas com o tabagismo**
- **38,9 milhões de anos de vida ganhos**

No **Canadá**, entre 2012 e 2052, isto significaria:

- **130.000 mortes evitadas**
- **3,5 milhões de anos de vida poupados**

Na **Alemanha**, entre 2013 e 2060, isto se traduziria em:

- **300.000 mortes evitadas**
- **4,7 milhões de anos de vida poupados**

Em **Inglaterra**, entre 2012 e 2052, isto significaria:

- **200.000 mortes evitadas**
- **5 milhões de anos de vida poupados**

Derek Yach previu como a adoção generalizada de PRH reduziria drasticamente as mortes relacionadas com o tabaco até 2060. De acordo com as estimativas de Yach, o potencial benefício para a saúde pública é de menos 3 a 4 milhões de mortes anuais relacionadas com o tabaco em quatro déca-

das. Nas suas palavras: "não há nenhuma outra questão de saúde pública em que os ganhos potenciais se aproximem dessa ordem de grandeza".

Warner e Mendez propuseram um modelo, no qual os autores projetaram que a população dos EUA ganharia quase 3,3 milhões de anos de vida até 2070 graças à mudança dos fumadores para os cigarros eletrónicos. Concluíram que: "Os benefícios para a saúde pública excederão os custos potenciais dos novos fumadores induzidos pela vaporização".

Utilizando o Relatório Global da OMS sobre a Mortalidade Atribuível ao Tabaco, **Lars Ramström** projetou que, nos homens com mais de trinta anos, na UE, poderiam ter sido salvas 355.000 vidas por ano se os outros países da UE tivessem igualado a taxa de mortalidade relacionada com o tabaco da Suécia.

MODELAÇÃO RETROSPETIVA:

- **Salvar vidas:** Uma comparação da mortalidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na União Europeia (UE), utilizando dados do Estudo da Carga Global de Doença do IHMA, mostrou que poderiam ter sido evitadas 2,9 milhões de mortes prematuras.
- **Evitar os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALYs):** Além disso, o modelo sueco poderia ter um efeito ainda maior na redução dos anos de vida ajustados pela incapacidade (DALYs). Se a UE tivesse adotado o modelo Sueco, teriam sido evitados 108 milhões de DALYs na UE. Em suma, a população adulta fumadora da UE poderia ter tido uma vida mais saudável e mais produtiva, como na Suécia.

RECOMENDAÇÃO

#5

Realizar modelos de simulação prospetivos e retrospectivos numa base multinacional e multidisciplinar, a fim de estimar e compreender melhor os benefícios das estratégias de redução de danos em termos de anos de vida poupados e de prevenção de mortes prematuras relacionadas com o tabaco e de anos de vida ajustados em função da incapacidade. Trata-se de uma força galvanizadora da saúde pública, como ficou demonstrado durante a pandemia de Covid.

PERCEPÇÕES DOS CONSUMIDORES

- **Investigação junto dos consumidores:** A escolha do consumidor pode impulsionar a mudança, como ficou provado na Suécia. O estudo Ipsos 2023 mostrou que a aceitabilidade, a acessibilidade e o preço são os principais fatores de migração dos consumidores da forma mais nociva de tabaco (cigarros) para formas menos nocivas de nicotina ou para deixar de fumar.
- **As razões de saúde** pesam significativamente mais com a idade, para que os Suecos mudem dos cigarros para alternativas de nicotina sem fumo.

RECOMENDAÇÃO

#6

Em apoio à COP 10 da CQCT, promover o envolvimento dos consumidores e uma abordagem de toda a sociedade para combater a epidemia do tabagismo, incluindo a realização de estudos sobre o comportamento dos consumidores. Aproveitar os conhecimentos dos consumidores Suecos para apoiar o fim do tabagismo noutros países.

RECOMENDAÇÃO

#7

Apelando a todas as partes interessadas na luta anti-tabaco e na redução dos danos para que afirmem e apoiem a Declaração Política das Nações Unidas da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e o Controlo das Doenças Não Transmissíveis (2011), que apela a um esforço de "todo o governo" e de "toda a sociedade". Além disso, "reconhecer que o aumento da prevalência, da morbilidade e da mortalidade das doenças não transmissíveis em todo o mundo pode ser amplamente prevenido e controlado através de uma ação coletiva e multissetorial por parte de todos os Estados Membros e de outras partes interessadas relevantes a nível local, nacional, regional e mundial, e através do aumento da prioridade atribuída às doenças não transmissíveis na cooperação para o desenvolvimento, reforçando essa cooperação a este respeito".



Tabela 1:

Utilizando a Suécia como referência, o quadro seguinte mostra o impacto transformador que uma menor prevalência do tabagismo pode ter na saúde de uma nação - em termos de mortes evitadas e anos de vida ganhos. Dados pormenorizados e alargados disponíveis no Anexo 1.

País	Potenciais mortes evitadas	Potenciais anos de vida ganhos	Potenciais DALY evitados
Dinamarca	116 284	2 125 295	2 470 455
Países baixos	125 151	3 178 308	3 572 180
Itália	124 750	4 263 002	4 369 863
França	90 570	2 303 844	2 511 439
Alemanha	454 366	15 504 344	17 981 109
Reino Unido	680 808	13 477 253	15 856 067
Espanha	30 865	3 900 229	3 352 663
Polónia	442 020	16 829 681	17 498 524
Roménia	251 205	10 530 736	10 479 915
Grécia	169 522	4 040 339	4 511 619
Bulgária	249 280	7 660 410	8 109 450
Hungria	251 124	7 942 192	8 494 164
UE	2 890 004	103 436 746	107 978 932

CAPÍTULO 1

Introdução:

O QUE SIGNIFICA "LIVRE DE FUMO"?

A procura do "Livre de Fumo" - porquê e como a Saúde Pública Mundial estabeleceu o objetivo ambicioso de 5% de prevalência do tabagismo como o "objetivo final" para o controlo do tabaco

<5%



1.1 Uma Prioridade da Política de Saúde Pública - "Livre de Fumo"

Uma prioridade política

Em 3 de fevereiro de 2021, a Comissão Europeia lançou o seu muito aguardado "Plano Europeu de Luta contra o Cancro"^{1,2} - uma iniciativa liderada pela Comissão Especial de Luta contra o Cancro (BECA) do Parlamento Europeu. Com um orçamento de 4 mil milhões de euros, o plano está estruturado em torno de quatro pilares fundamentais para combater o cancro: (1) prevenção; (2) deteção precoce; (3) diagnóstico e tratamento; (4) e qualidade de vida dos doentes e sobreviventes de cancro⁴. Uma área de ação prioritária no âmbito do primeiro pilar da prevenção é "alcançar uma Europa sem tabaco"², uma vez que o consumo de tabaco continua a ser a principal causa de cancro evitável (responsável por 27% de todos os cancros)³.

O significado de "livre de tabaco"

Em termos práticos, o que significa ser "livre de tabaco"? A resposta depende, em parte, da posição de cada país em relação aos produtos de redução de danos, como os sistemas eletrónicos de distribuição de nicotina (ENDS), as bolsas de nicotina oral, os produtos de tabaco aquecidos (HTPs) e o tabaco húmido. Embora a alínea d) do artigo 1.º da CQCT da OMS⁴ afirme a inclusão de "estratégias de redução dos danos" como parte de uma abordagem integrada do controlo do tabaco, o discurso político relacionado com os PRD continua a ser heterogéneo⁵. Por exemplo, enquanto a Suécia foi pioneira no tabaco húmido como uma alternativa menos nociva aos cigarros de combustão, a Bélgica emitiu um decreto em 2022 que proíbe a venda de bolsas de nicotina⁶.



No entanto, a noção de uma "geração livre de tabaco" (TGN), apoiada pela OMS, está presente na maioria das nações como um objetivo pelo qual vale a pena lutar; é definida como uma prevalência de fumadores adultos <5%, associada a legislação que impede a venda de produtos do tabaco a pessoas nascidas após uma determinada data⁷ - por exemplo, em Singapura, a venda de tabaco é proibida a "uma pessoa com menos de 18 anos ou um cidadão nascido em ou após 1 de janeiro de 2000"⁸.

Um impulso internacional no sentido de uma economia "Livre de Fumo"

Desde a observação de Michael Russell, em 1976, de que "as pessoas fumam pela nicotina, mas morrem pelo alcatrão"⁹, um conjunto crescente de provas (ver parte 1 do presente relatório) demonstrou de forma conclusiva que os PSR não combustíveis são significativamente menos nocivos do que os cigarros combustíveis¹⁰⁻¹³. Assim, surgiu um termo alternativo a "sem tabaco", que reconhece devidamente o papel que os PSR desempenham na substituição dos cigarros de combustão, para além das tradicionais medidas de controlo do tabaco MPOWER¹⁴. O termo é "livre de fumo", definido como uma prevalência de tabagismo em adultos inferior a 5%, o que implica que os PSR são um ingrediente essencial para acelerar a consecução do objetivo de acabar com os cigarros de combustão⁵. Exemplos de políticas que perseguem o estatuto de "livre de fumo" (com ano previsto)

- UE: Plano Europeu de Luta contra o Cancro (2040)²
- EUA: Pessoas Saudáveis (2030)¹⁵
- Nova Zelândia: Aotearoa Livre de Fumo (2025)¹⁶
- Inglaterra: Ambição para uma Inglaterra Livre de Fumo 2030 (2030)¹⁷
- Suécia: Fim do Tabagismo - Suécia Livre de Fumo (2025)¹⁸



O conceito de "sem fumo" é definido como menos de

5%

de adultos fumadores

1.2 Porquê ambicionar uma vida livre de fumo?

Os malefícios do tabagismo para os indivíduos e para a sociedade

Existem mais de 7000 substâncias químicas no fumo do tabaco, das quais 250 são reconhecidamente nocivas, incluindo 70 carcinogéneos¹⁹. Dos 1,3 mil milhões de pessoas que fumam em todo o mundo, mais de metade morrerá premat-

uramente em consequência disso; anualmente, há mais de 8 milhões de mortes prematuras atribuíveis ao tabagismo²⁰. Além disso, por cada morte prematura, 30 pessoas vivem com uma doença grave relacionada com o tabagismo que limita a sua qualidade de vida²¹. Estes números fornecem uma visão geral e sombria dos danos individuais e sociais causados pelos cigarros de combustão.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Tabela 2: Fatores de incentivo selecionados para se afastar dos danos individuais e sociais do tabaco de combustão.

Individual	Apreciação	Societal
Os efeitos nocivos do tabagismo na saúde estão amplamente documentados; a nível mundial, é a principal causa de morte evitável. Por exemplo, as pessoas que fumam têm até 30 vezes mais probabilidades de contrair cancro do pulmão ²² ; o risco de mortalidade prematura por todas as causas é mais do dobro nas pessoas que fumam ²³ . O impacto negativo do tabagismo na qualidade de vida também está bem estabelecido, com uma relação entre o tabagismo e a perda de independência nas atividades da vida diária. Xu et al demonstraram recentemente uma perda média de 8.1 anos de vida ajustados à qualidade (QALY) entre as pessoas que fumam ²⁴ .	Saúde	Embora o tabagismo seja muitas vezes visto como uma atividade social e uma razão comum para começar a fumar, resultados recentes do English Longitudinal Study of Ageing, representativo a nível nacional, indicam que o tabagismo continuado aumenta o isolamento social e a solidão. Mesmo depois de ajustados em função da idade, do sexo e do estatuto socioeconómico, as pessoas que fumam têm interações sociais menos frequentes com a família e os amigos, participam menos frequentemente em atividades comunitárias e culturais e têm maior probabilidade de viver sozinhas ²⁵ . Tendo em conta as tendências mundiais para o envelhecimento da população, este fator constitui mais um motivo para se tornarem livres de fumo.
Numa meta-análise de 2017 sobre a associação entre a prevalência do tabagismo e o nível de rendimento, Casetta et al verificaram que o rendimento mais baixo estava consistentemente associado a uma maior prevalência do tabagismo (OR 1,45; IC 95% 1,35-1,56) ²⁶ . Além disso, como o tabagismo está concentrado nos grupos pobres e vulneráveis, existe um ciclo vicioso de dependência do cigarro e pobreza ²⁷ .	Economia	Globalmente, o consumo de tabaco sobrecarrega as economias com mais de 1 trilhão de dólares em custos de cuidados de saúde e perda de produtividade todos os anos. Este encargo económico afeta desproporcionadamente os países de baixo rendimento, uma vez que 80% das pessoas que fumam vivem em países de baixo rendimento ²⁷ . O resultado líquido é o agravamento das desigualdades socioeconómicas, a redução da produtividade económica e a limitação do crescimento do PIB ²⁸ .
Dois exemplos de danos ambientais causados aos indivíduos pelos cigarros de combustão são (i) incêndios domésticos: Apesar do desenvolvimento dos chamados cigarros "seguros contra incêndios", estes continuam a ser a principal causa de incêndios domésticos mortais ^{29,30} , mesmo em países onde a prevalência do tabagismo diminuiu nos últimos anos ³¹ ; (ii) Poluição causada pelo fumo passivo: refere-se aos resíduos de fumo de longa duração que permanecem nas superfícies interiores. A acumulação de componentes tóxicos do fumo polui o ambiente interior e as crianças são especialmente vulneráveis a esta situação, uma vez que passam muito tempo dentro de casa ³² .	Ambiente	As cinzas de cigarro são a forma mais abundante de poluição plástica no mundo. São fumados anualmente 5,6 biliões de cigarros, dois terços dos quais são eliminados de forma incorreta ³³ . Isto manifesta-se em 766,6 milhões de quilogramas de lixo tóxico todos os anos; é o lixo plástico mais comum encontrado nas limpezas das praias ³⁴ . Os danos ambientais são claros: por exemplo, fugas de microplásticos para o ecossistema marinho e acumulação de microplásticos na cadeia alimentar. A OMS e o PNUA estabeleceram uma parceria para resolver este problema urgente através da Campanha Mares Limpos ³⁴ .
Os efeitos nocivos diretos do fumo passivo para o indivíduo são indiscutíveis. Uma meta-análise (compilação de provas de 24 estudos) revelou um risco significativamente maior de doença para as pessoas expostas ao fumo passivo: 66% para a DPOC, 35% para o AVC e 27% para a doença cardíaca isquémica ³⁵ . Os bebés e as crianças são particularmente vulneráveis aos efeitos nocivos do fumo passivo, que está implicado em 60% das mortes súbitas de crianças (também conhecidas como morte no berço) ³⁶ .	Juventude	Para concretizar o objetivo de uma sociedade livre de fumo, é necessário eliminar gradualmente o consumo de cigarros de combustão a cada geração. Os dados mostram que o tabagismo dos pais é uma das principais razões para o início do consumo de tabaco pelos jovens; as crianças cujos pais fumam têm 4x mais probabilidades de começarem a fumar elas próprias ³⁷ . Curiosamente, os filhos de pais que deixaram de fumar não parecem ter mais probabilidades de fumar do que as crianças cujos pais nunca fumaram ³⁸ .



1.3 Produtos de Redução de Danos (PRDs): Uma saída de emergência para os fumadores que lutam para deixar de fumar

A vontade de abandonar os efeitos nocivos dos cigarros de combustão é significativa tanto entre os responsáveis políticos como entre os consumidores. Sete em cada dez adultos que fumam querem deixar de fumar e três quartos lamentam ter começado³⁹. Dos 44% que tentam deixar de fumar, apenas 4 a 7% conseguem²⁰... o número médio de tentativas de deixar de fumar antes de conseguir é de 30⁴⁰.

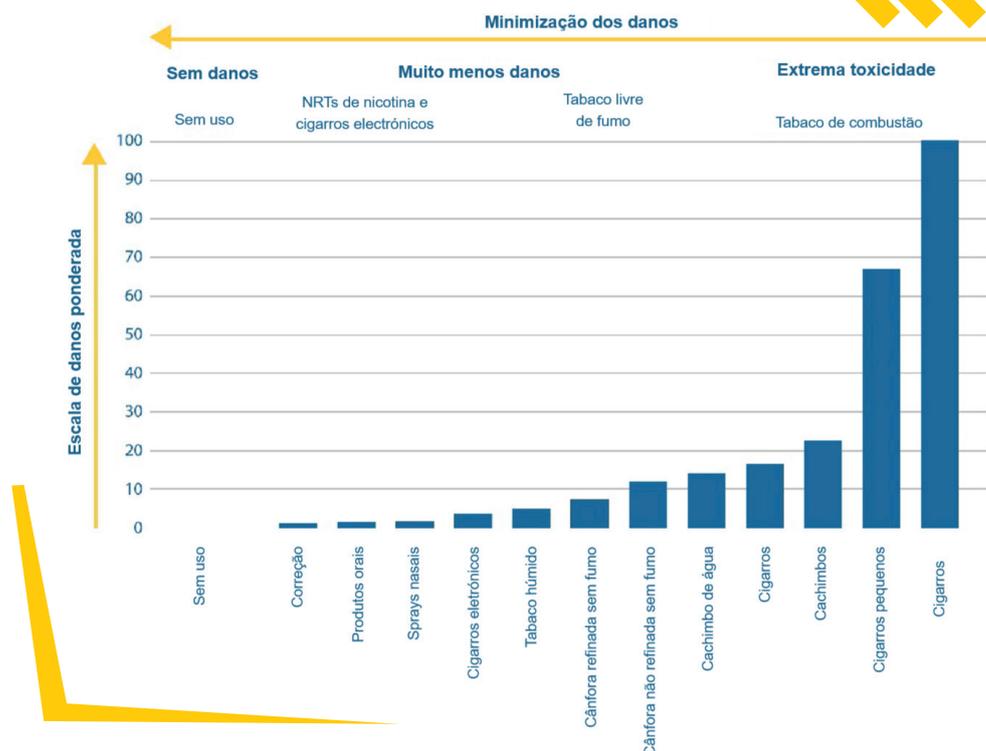
Os produtos de redução de danos (PRD) proporcionam uma saída de emergência. Ao remover o elemento de combustão, estas alternativas livres de fumo são comprovadamente menos nocivas do que os cigarros e proporcionam meios para fornecer nicotina sem o alcatrão. Infelizmente, a própria nicotina continua a ser uma molécula amplamente incompreendida; num estudo recente realizado nos EUA com 1058 médicos, a grande maioria deles "concordou fortemente" que a nicotina contribui diretamente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (83%), DPOC (81%) e cancro (81%)⁴¹. Estas percepções erróneas não factuais refletem-se na população consumidora - em 2020, Rajkumar et al. realizaram um estudo internacional de adultos (n=54 627) que fumam, utilizam produtos fitofarmacêuticos, ou que já fumaram ou utilizaram produtos fitofarmacêuticos nos últimos cinco anos. Descobriram que 89% dos consumidores atuais acreditam que a nicotina é prejudicial e que 78% acreditam que é a principal causa do cancro relaciona-

do com o tabaco⁴².

A VERDADE SOBRE A NICOTINA E ALTERNATIVAS MAIS SEGURAS

O médico de renome mundial e principal especialista em farmacologia da nicotina, Prof. Dr. Neal L. Benowitz, declarou "A nicotina desempenha um papel menor, se é que desempenha algum, na causa das doenças induzidas pelo tabaco"²⁰. Outro médico apaixonado por desfazer os mitos sobre a nicotina e por ajudar os fumadores a deixar de fumar é o Dr. Colin Mendelsohn. Num capítulo intitulado "Busting the Myths about Nicotine" do seu livro recentemente publicado, o Dr. Mendelsohn sintetiza um conjunto sólido de provas que demonstram que a nicotina não causa cancro, doenças pulmonares ou doenças cardíacas⁴³. Por conseguinte, ao mudar dos cigarros de combustão para alternativas de nicotina sem fumo, os potenciais ganhos em termos de saúde pública são notáveis. Tal como o Royal College of Physicians afirmou no seu relatório histórico "Nicotine Without the Smoke"⁴⁴: "(...) a nicotina em si não é especialmente perigosa. Se a nicotina pudesse ser fornecida numa forma aceitável e eficaz como substituto do cigarro, milhões de vidas poderiam ser salvas".

Figura 1: Os danos ponderados do tabaco de combustão em comparação com as alternativas não combustíveis, colocados ao longo do "continuação de minimização de danos" por Abrams et al⁴⁵



1.4 Como se pode alcançar o estatuto de "Livre de Fumo"?

VÁRIAS ABORDAGENS AO OBJETIVO FINAL

Desde a adoção da Convenção-Quadro para a Luta Anti-tabaco (CQLA) pela OMS em 2003⁴⁶, foram propostas várias estratégias para eliminar progressivamente o consumo de tabaco⁴⁷. Estas podem ser classificadas de três formas:

- **As medidas MPOWER da CQCT:** incluem espaços públicos livres de fumo, apoio à cessação, rótulos de advertência, embalagens simples, proibição da publicidade, campanhas de saúde pública e aumento da tributação dos produtos do tabaco⁴⁴.
- **A proposta "Geração Livre de Tabaco" (TFG):** proíbe a venda de produtos do tabaco a pessoas nascidas após uma determinada data, por exemplo, em Singapura, a cidadãos nascidos em ou após 1 de janeiro de 2000⁸.
- **Redução dos danos através de produtos alternativos de nicotina:** Para os fumadores que estão a lutar para deixar de fumar, proporcionar o acesso a alternativas menos nocivas (HRPs), por exemplo, cigarros eletrónicos, bolsas de nicotina oral, tabaco húmido e produtos de tabaco aquecidos. Esta abordagem não é atualmente adotada pela CQCT da OMS, apesar de estar consagrada na alínea d) do artigo 1º do tratado original⁴.

Todas as abordagens acima referidas concordam com a premissa de que os danos relacionados com o tabaco continuam a ser inaceitáveis. Embora as medidas MPOWER tenham sido bem sucedidas na redução das taxas de tabagismo, muitos dos países desenvolvidos onde foram implementadas encontram-se atualmente num patamar de prevalência do tabagismo de 15-25%⁴⁷ - muito longe da ambição de não fumar <5%. De fato, como Bonita e Beaglehole comentaram recentemente: "o controlo do tabaco não está a funcionar na maior parte do mundo. (...) A estratégia que falta nas políticas da OMS e da CQCT é a redução dos danos"⁴⁸.

ACELERAR A ERRADICAÇÃO DO TABAGISMO

O Dr. Derek Yach, antigo Diretor Executivo das Doenças Não Transmissíveis da OMS, que foi fundamental para o desenvolvimento da CQCT, também apelou a uma mudança do status quo. Num documento intitulado "Acelerar o fim do tabagismo"⁵, Yach assinala a implementação insuficiente das medidas MPOWER - por exemplo, apenas 23 países do



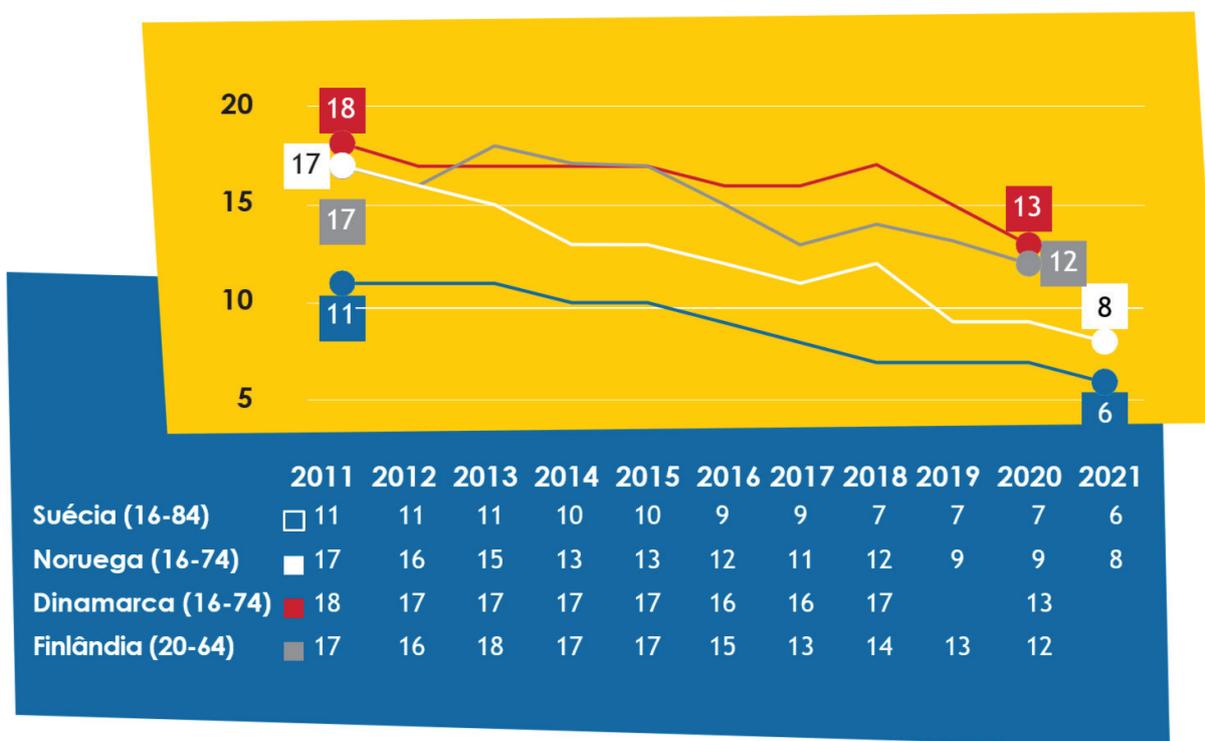
mundo oferecem serviços de cessação do tabagismo ao nível das melhores práticas. O apelo à ação lançado por Yach, ressoa com Bonita e Beaglehole: "Para reduzir as taxas de mortalidade e de doença no prazo de duas décadas, temos de considerar novas estratégias para acelerar a cessação de fumar entre os adultos. Em particular, devemos adotar táticas empáticas que incentivem os fumadores a deixar de fumar ou a mudar - incluindo a utilização de produtos de redução de danos (PRD)"⁵.

REDUÇÃO DOS EFEITOS NOCIVOS DO TABACO: PROVA DO CONCEITO

Uma vez que os PSR estão disponíveis há mais de duas décadas, existe uma prova de conceito relativamente à sua capacidade de substituir os cigarros e reduzir os danos para os utilizadores individuais. Numa análise recentemente publicada pelo Dr. Karl Fagerström, a prevalência do tabagismo em países com uma adoção relativamente elevada de produtos alternativos à nicotina foi comparada com a de países vizinhos onde os produtos alternativos à nicotina são menos prevalentes: "Os dados indicam que os países com uma elevada adoção de produtos alternativos à nicotina conseguiram atingir taxas de tabagismo mais baixas"⁴⁹ Para utilizar os países Nórdicos como exemplo, a Suécia e a Noruega (onde o tabaco húmido e a nicotina oral estão disponíveis) estão muito à frente dos seus vizinhos Dinamarca e Finlândia (onde estes produtos hormonais são proibidos) no que diz respeito à criação de uma sociedade sem fumo⁴⁹:



Figura 2: Prevalência do consumo diário de tabaco na Suécia e na Noruega (onde o tabaco húmido está disponível) versus na Dinamarca e na Finlândia (onde o tabaco húmido é proibido)⁴⁹



1.5 Apelo a uma estratégia integrada “Livre de Fumo” e “Objetivo Final”

O objetivo final de qualquer estratégia deve ser o de minimizar as doenças e as mortes prematuras relacionadas com o tabaco. Cada uma das três abordagens (políticas tradicionais de controlo do tabaco do MPOWER, uma geração sem tabaco e a redução dos danos) tem os seus méritos e limitações na consecução do objetivo de uma prevalência do tabagismo inferior a 5%. Isoladamente, é pouco provável que atinjam este objetivo. No entanto, ao integrar ideias de cada uma destas estratégias, está à vista um roteiro pragmático e realista para o objetivo final do tabagismo^{5, 47-49}.

É necessária uma revolução baseada na ciência e orientada para o consumidor para acelerar o fim do tabagismo. Combinando fortes medidas MPOWER para o tabaco de com-

bustão com um quadro regulamentar e fiscal que incentive os fumadores a mudar para alternativas mais seguras à nicotina, a ambição de nos tornarmos livres de fumo é inteiramente realizável.

Na Europa, a Suécia é pioneira na adoção desta abordagem integrada. Embora a prevalência do consumo de nicotina seja semelhante à média da UE, a grande maioria deste consumo é realizada através de alternativas mais seguras e não inflamáveis⁵⁰; a prevalência do tabagismo na Suécia (5,6%) é quase cinco vezes inferior à média da UE (23%)⁵¹. Consequentemente, a Suécia tem as taxas de doença e mortalidade relacionadas com o tabaco mais baixas da UE⁵².

CAPÍTULO 2

DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO E MORTE PREMATURA:



Análise Comparativa dos Principais Indicadores de Saúde Pública entre a Suécia e a União Europeia e outros países selecionados

2.1 Principais bases de dados e indicadores de saúde pública relacionados com o tabagismo

2.1.1 Fontes de dados

Para quantificar e comparar as doenças relacionadas com o tabagismo e as mortes prematuras nos diferentes países, é necessário utilizar dados representativos a nível nacional provenientes de fontes idóneas. As duas principais fontes de dados para este capítulo são:

a) O Relatório Global da OMS sobre a Mortalidade Atribuível ao Tabaco⁵³: Embora este relatório tenha sido publicado em 2012, cita dados recolhidos em 2004. Trata-se do relatório mais recente da OMS neste domínio.

b) O estudo Global Burden of Disease (GBD) do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)⁵⁴: Com mais de mil mil-

hões de pontos de dados em mais de 200 países, este projeto de investigação em colaboração liderado pela Universidade de Washington é o maior e mais detalhado esforço científico para compilar dados observacionais de métricas de saúde. É altamente respeitado pelas comunidades científica e de decisão política; desde 2010, foram publicadas mais de 400 publicações com revisão por pares utilizando dados do IHME. Para este capítulo, o GBD tem a vantagem adicional de compilar dados mais recentes (de 1990 a 2019) do que o relatório da OMS acima mencionado.



2.1.2 Principais Indicadores de Saúde

Os principais indicadores de saúde citados neste capítulo são as mortes atribuídas ao tabagismo e os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) devidos ao tabagismo:

- Todas as causas
- Doenças não transmissíveis (DNT)
- Todos os câncros
- Câncros do trato respiratório (traqueia, brônquios, pulmão)
- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)
- Doenças cardiovasculares
- Infecções do trato respiratório inferior

Mortes e DALYs

Ao comparar as taxas de mortalidade e os DALY, as diferenças nas populações dos países são tidas em conta quando se comparam a mortalidade e a morbilidade atribuídas ao tabagismo. Um DALY é uma métrica universal que equivale à soma dos anos de vida perdidos (YLLs) e dos anos vividos com incapacidade (YLDs). Um DALY é equivalente a um ano de vida saudável perdido⁵⁴.

Figura 3: Explicação esquemática do Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (DALY)⁵⁵

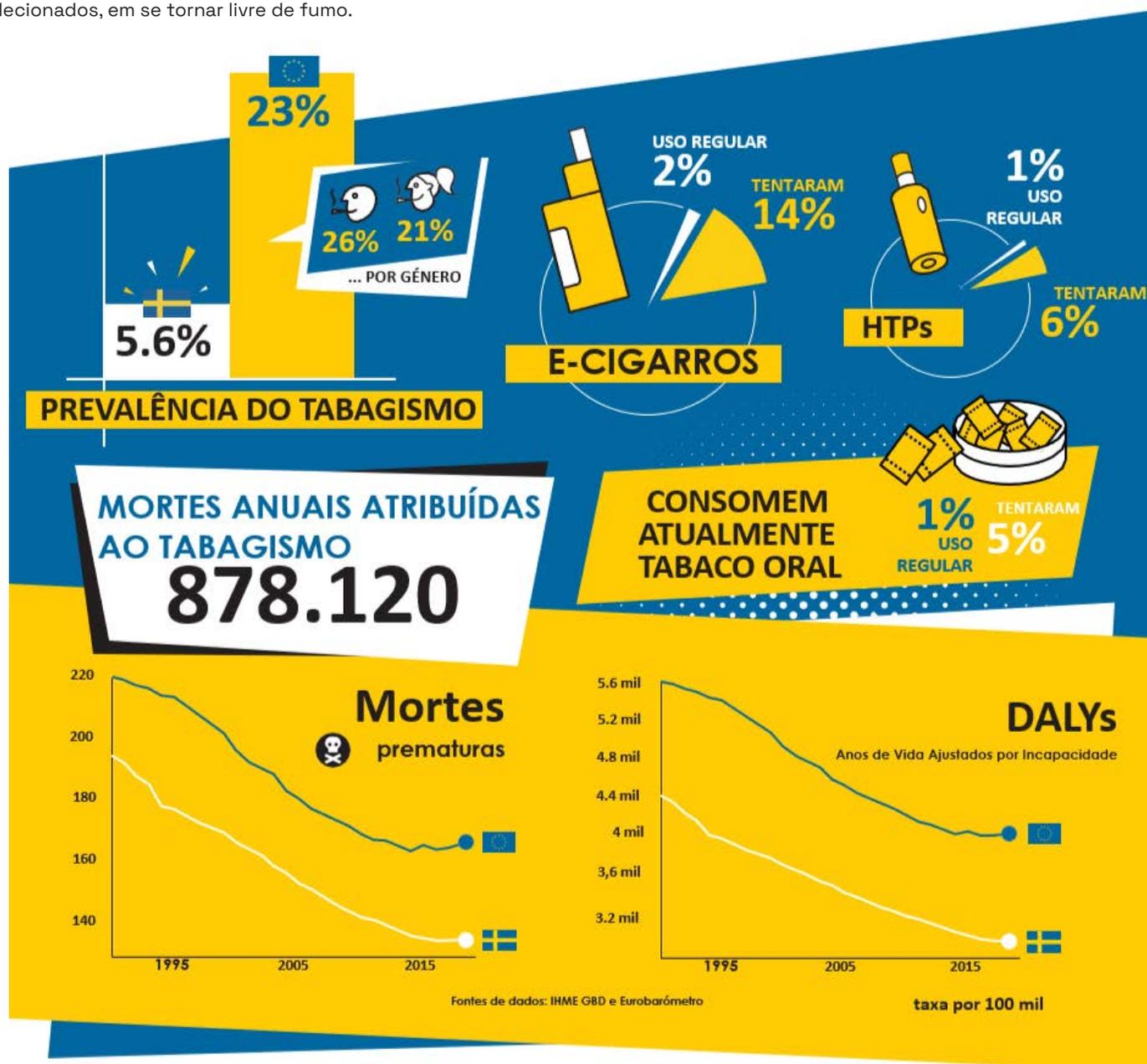


O custo económico por DALY foi recentemente calculado por Daroudi et al⁵⁶ utilizando dados do IHME para países com diferentes níveis de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O custo estimado por DALY evitado foi de US\$998, US\$6522, US\$23.782 e US\$69.499 em países com IDH baixo, IDH médio, IDH alto e IDH muito alto. Assim, no futuro, será possível quantificar e comparar os custos humanos e

económicos potenciais do tabagismo entre países. Dos 27 países da UE, 26 estão classificados como "IDH muito elevado" e um (Bulgária) como "IDH elevado"⁵⁷.

2.2 Desempenho da Suécia em matéria de controlo do tabagismo em comparação com a União Europeia (UE)

Em primeiro lugar, o desempenho da Suécia será comparado com o desempenho médio da União Europeia nos 20 anos entre 2000-2019⁵⁴. Desta forma, é possível calcular as potenciais mortes, DALYs e custos económicos que poderiam ter sido evitados. Seguem-se representações visuais de dados relativos à saúde que refletem o êxito da Suécia, em relação a outros países da UE selecionados, em se tornar livre de fumo.



SE A UNIÃO EUROPEIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS	POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS	POTENCIAIS DALYs EVITADAS
2,890,004	103,436,746	107,978,932

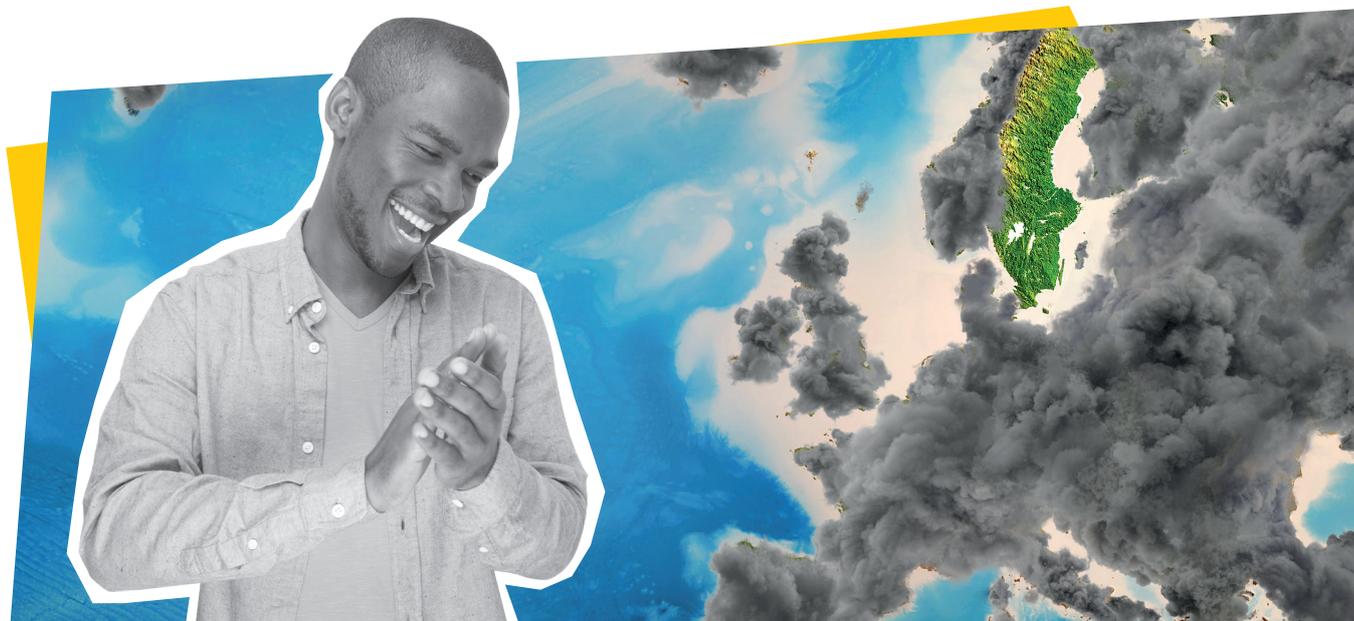
Figura 4: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a UE tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴



Tabela 3: Comparação da morbidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na UE, utilizando dados do GBD do IHME.⁵⁴ A coluna a azul "UE (se classificada como a Suécia)" é um valor hipotético calculado através da seguinte equação: (DALYs perdidos efetivos na UE/taxa de DALYs perdidos na UE) multiplicado pela taxa de DALYs perdidos na Suécia. Considerando "todas as causas", se a UE tivesse a mesma taxa de DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo que a Suécia durante estes 20 anos, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs perdidos.

Mortes atribuíveis ao tabagismo: Suécia vs UE (2000-2019)

Causa de morte	Mortes atribuíveis ao tabagismo, taxa por 100 mil (2000-2019)		Mortes atribuíveis ao tabagismo, número (2000-2019)		Mortes que poderiam ter sido evitadas, número
	Suécia	UE	UE (atual)	UE (se for classificada como Suécia)	
Doenças não transmissíveis (DNT)	139,9	167,6	16,870,287	14,082,789	2,787,499
Todos os cancros	56,0	79,6	8,020,071	5,637,051	2,383,020
Cancros do trato respiratório	28,4	44,0	4,434,576	2,858,811	1,575,765
COPD	18,9	23,2	2,336,499	1,906,782	429.717
Doenças cardiovasculares	52,7	55,2	5,541,923	5,294,089	247.834
Infeções do trato respiratório inferior	5,0	5,9	595.510	503.637	91,873
Todas as causas	145,8	174,5	17,562,390	14,672,386	2,890,004



SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Taxas de mortalidade atribuíveis ao tabagismo por causa: Suécia vs UE (2000-2019)

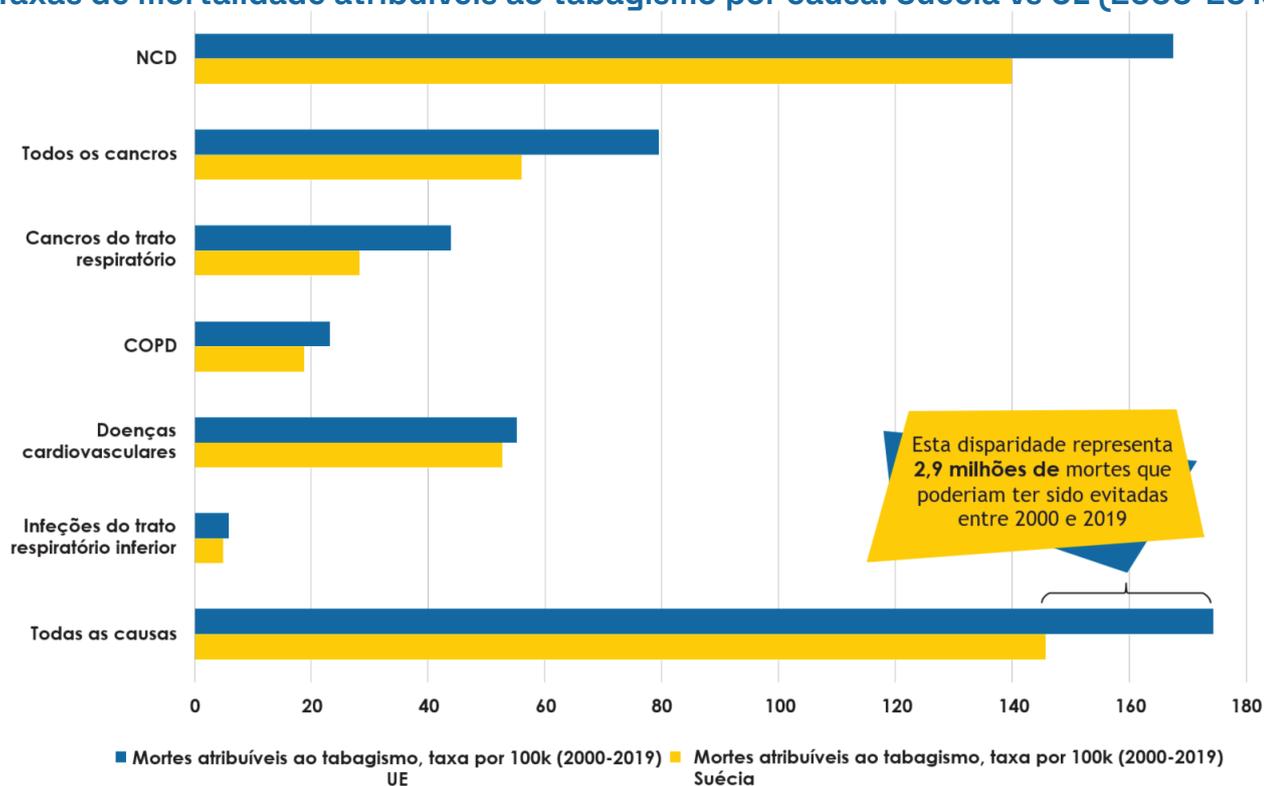


Figura 5: Gráfico de barras empilhadas representando os dados da Tabela 3. Todos os dados são utilizados com a autorização do GBD do IHME.⁵⁴

DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo: Suécia vs UE (2000-2019)

Causa do DALY perdido	DALYs atribuíveis ao tabagismo, taxa por 100 mil (2000-2019) Suécia		DALYs atribuíveis ao tabagismo, número (2000-2019)		DALYs perdidos que podiam ter sido avertidos
	Suécia	UE	UE (atual)	UE (se for classificada como Suécia)	
NCD	3,211.7	4,238.6	426,581,452	323,185,122	103,396,330
Todos os cancros	1,093.1	1,749.8	176,247,374	110,085,240	66,162,134
Cancros do trato respiratório	558,1	961,2	96,833,104	56,220,730	40,612,374
COPD	485,5	527,1	53,109,026	48,925,974	4,183,052
Doenças cardiovasculares	1,032.8	1,275.2	128,079,066	103,732,113	24,346,954
Infecções do trato respiratório inferior	64,3	99,4	9,997,373	6,459,388	3,537,985
Todas as causas	3,307.2	4,379.6	440,763,826	332,836,144	107,927,682

Tabela 4: Comparação da morbidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na UE, utilizando dados do Estudo da Carga Global de Doença do IHME⁵⁵. A coluna a azul "UE (se classificada como a Suécia)" é um valor hipotético calculado através da seguinte equação: (DALYs perdidos efetivos na UE / taxa de DALYs perdidos na UE) multiplicado pela taxa de DALYs perdidos na Suécia. Considerando "todas as causas", se a União Europeia tivesse a mesma taxa de DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo que a Suécia durante estes 20 anos, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs perdidos.



DALYs perdidos por causa atribuíveis ao tabagismo: Suécia vs. UE (2000-2019)

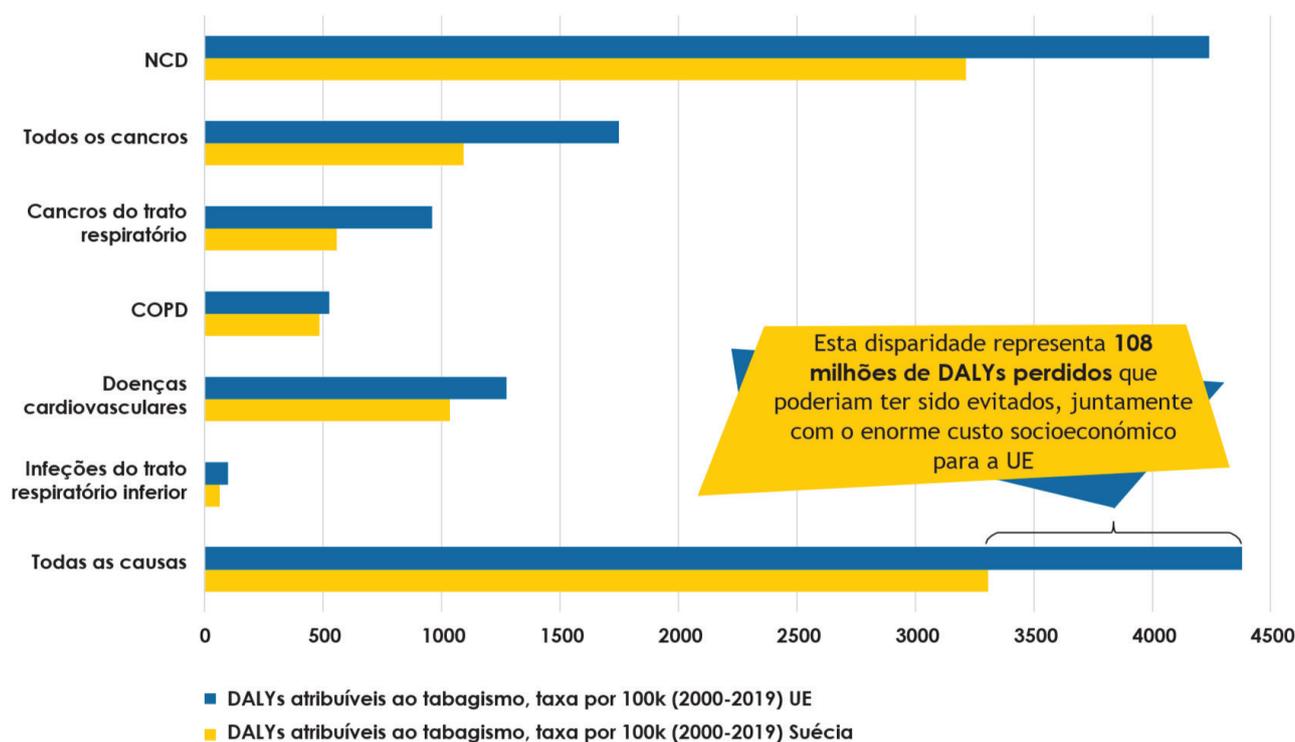


Figura 6: Gráfico de barras empilhadas representando os dados da Tabela 4. Todos os dados são utilizados com a autorização do GBD do IHME.⁵⁴

2.3 Desempenho da Suécia em matéria de controlo do tabaco em comparação com países selecionados da UE (com base em dados da OMS)

Os dados da OMS e da OCDE corroboram os dados do IHME

Os dados do IHME (Figuras 3 e 4) são corroborados pelos dados da OMS, que mostram uma tendência semelhante entre os países Europeus em termos de morbilidade e mortalidade relacionadas com o tabagismo. Considere os gráficos abaixo produzidos pela Snus Commission⁵⁸ utilizando dados da OCDE⁵⁹ e do Relatório Global da OMS de 2012 sobre a Mortalidade Atribuível ao Tabaco⁶³. A esquerda (Figura 7) mostra a percentagem de homens com mais de 30 anos que fumam diariamente. A direita (Figura 8) mostra a taxa de mortalidade nos homens com mais de 30 anos atribuível ao tabaco. Note-se que a Suécia tem um desempenho superior ao de todos os outros países da UE nestes indicadores, com taxas de tabagismo e taxas de mortalidade atribuíveis ao tabagis-

mo superiores a metade da média da UE:

A Suécia tem as taxas de cancro mais baixas da UE

Para além dos dados acima referidos do relatório da OMS de 2012, dados mais recentes do Centro Internacional de Investigação do Cancro (CIIC) da OMS demonstram que a Suécia tem a taxa de mortalidade mais baixa entre os homens em todos os tipos de cancro - ver Figura 9 abaixo. Mais especificamente, tem a incidência de cancro do pulmão mais baixa da Europa em ambos os sexos (17,7 por 100.000). Isto traduz-se numa taxa de mortalidade por cancro do pulmão na Suécia (14,4 mortes por 100 000), a mais baixa da União Europeia⁶⁰.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Prevalência do Tabagismo

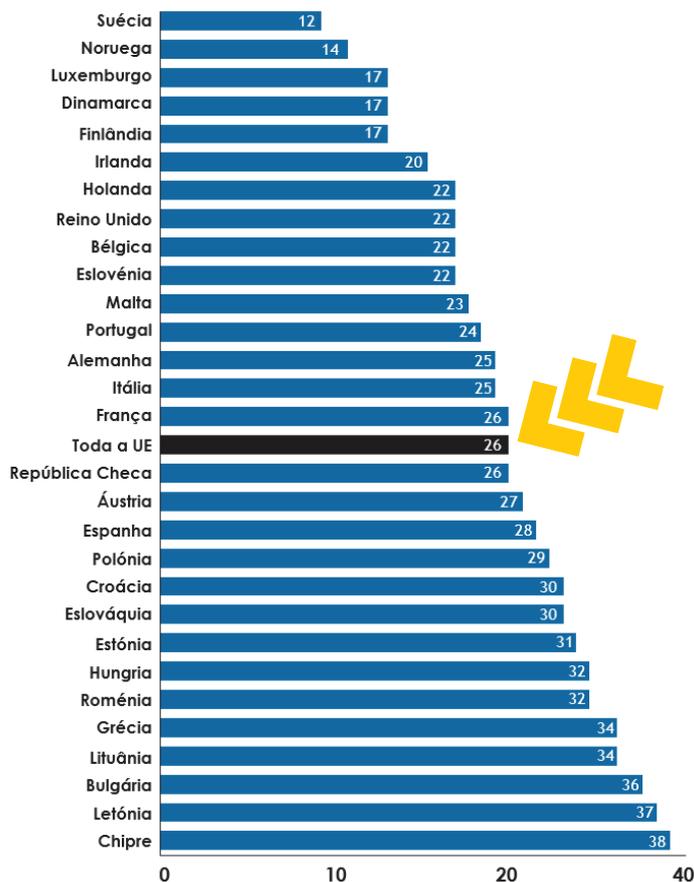


Figura 7: Percentagem de homens com mais de 30 anos que fumam diariamente⁵⁸.

Mortalidade Relacionada com o Tabagismo

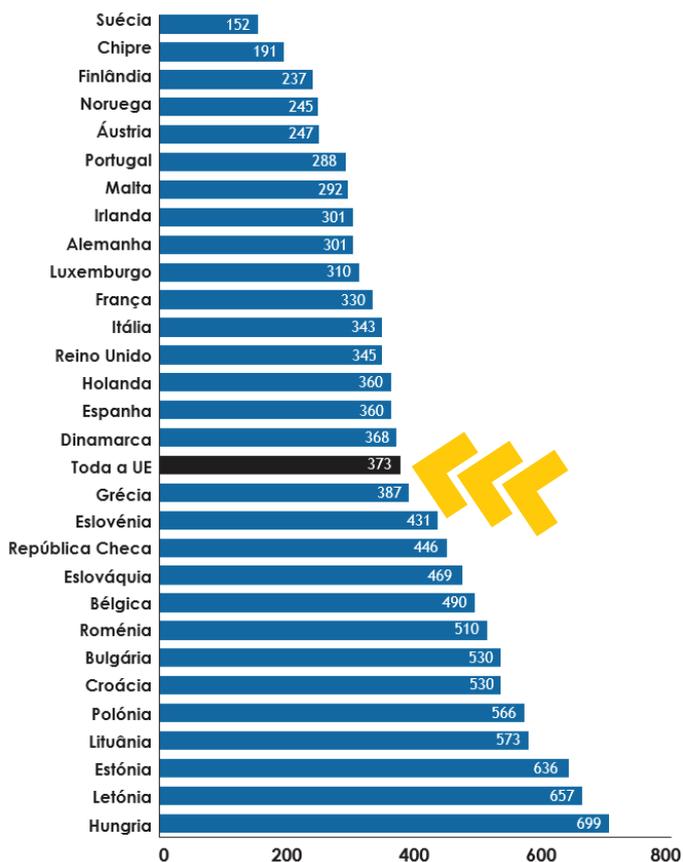


Figura 8: Taxa de mortalidade atribuível ao tabaco em homens com idade >30 anos por 100.000 habitantes⁵³.

Taxas de mortalidade padronizadas por idade em 2020 para todos os cancros, Região Europeia da OMS

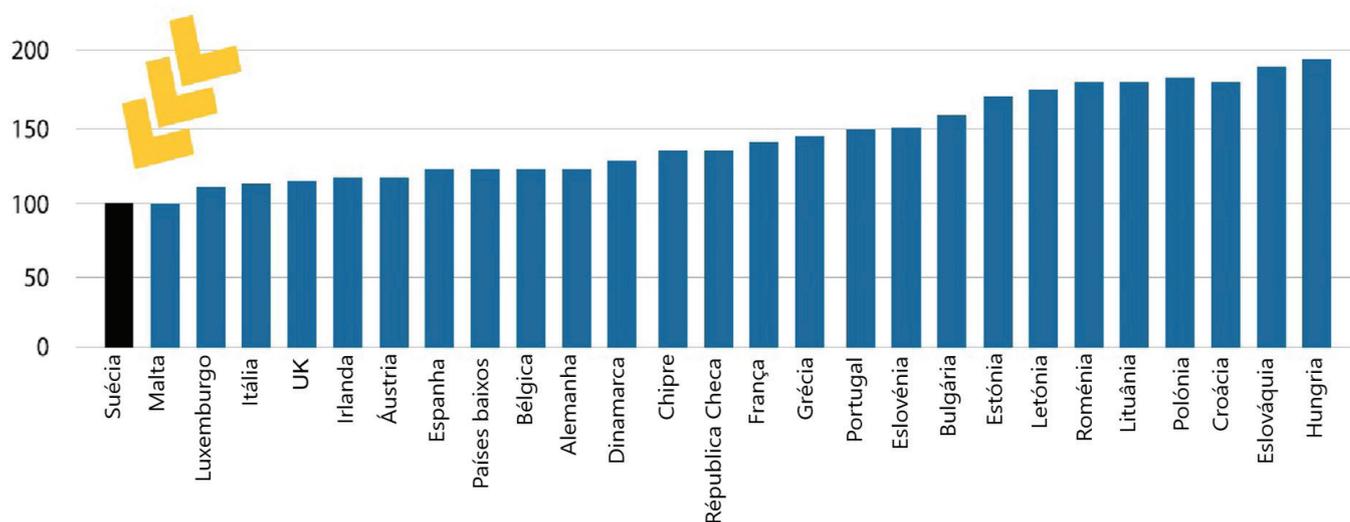


Figura 9: De acordo com os dados do IARC 2020 da OMS, a Suécia tem a taxa de mortalidade mais baixa da Europa entre os homens em todos os tipos de cancro⁶⁰.



2.4 Estudo de casos de países selecionados no domínio do controlo do tabagismo: Suécia versus Bélgica

Recentemente, o Ministro da Saúde da Bélgica, Frank Vandebroucke, apelou à proibição das bolsas de nicotina, afirmando "As bolsas de nicotina, tal como os cigarros eletrónicos e o vaping, podem ser um trampolim para o consumo de tabaco numa idade precoce. É por isso que optamos resolutamente pela sua proibição"⁶¹. Esta abordagem contrasta fortemente com o modelo sueco, que adota os produtos de redução de danos como um desvio dos inflamáveis muito mais nocivos.

Muitas vezes, as disparidades entre países em termos de prevalência do tabagismo e de doenças relacionadas com o tabagismo são justificadamente explicadas por diferenças socioeconómicas. No entanto, a Suécia e a Bélgica têm muito em comum:

- **Rendimento:** Ambos classificados como países de "rendimento elevado" pelo Banco Mundial⁶².
- **Estrutura etária:** Pirâmides populacionais muito semelhantes⁶³.
- **A igualdade:** Índices de Gini quase idênticos: Bélgica 0,26, Suécia 0,27^{64,65}.
- **Despesas públicas:** Ambos os países estão no top 5 da OCDE no que respeita à despesa pública em percentagem do PIB - a Bélgica está em terceiro lugar, com 52%, e a Suécia

em quinto, com 49%.

- **Dimensão da população:** Bélgica 11,6 milhões, Suécia 10,4 milhões⁶³.
- **GDP:** Similar - Bélgica 594 mil milhões de dólares, Suécia 636 mil milhões de dólares^{64,65}.
- **Contexto político/histórico:** A Suécia e a Bélgica são ambas monarquias constitucionais com um governo parlamentar⁶⁶.

As semelhanças acima referidas tornam a Suécia e a Bélgica candidatos ideais para comparação no que respeita à questão dos efeitos nocivos do tabagismo. Então, com base nas provas, como é que se comparam?

Prevalência do tabagismo: De acordo com os dados do Eurobarómetro, a Suécia está a ultrapassar consideravelmente a Bélgica no que se refere ao objetivo de se tornar livre de fumo. Em 2020, a Bélgica (21%) terá o triplo da prevalência de fumadores da Suécia (7%)⁶⁷. Consequentemente, as taxas de mortalidade e morbilidade relacionadas com o tabagismo são inevitavelmente mais elevadas na Bélgica, como mostram os dados do IHME (Figura 10).

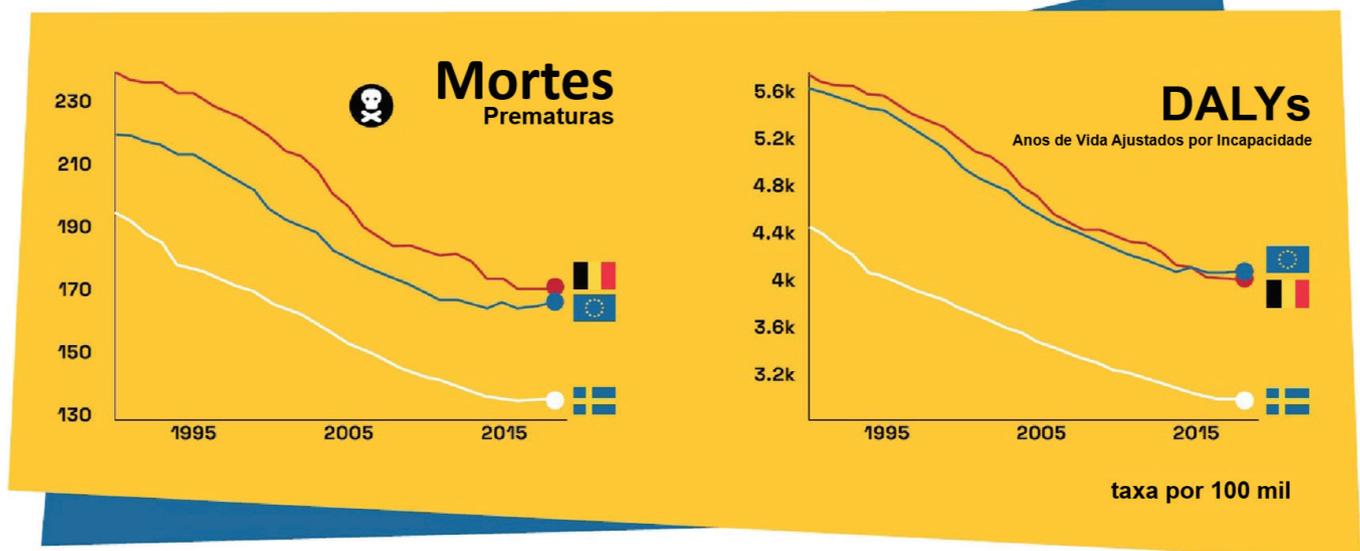


Figura 10: Comparação dos óbitos e DALYs relacionados com o tabagismo entre a Suécia e a Bélgica e a UE, utilizando dados do GBD do IHME⁵⁴. Se a Bélgica tivesse tido a mesma taxa de mortes e de DALYs relacionados com o tabagismo que a Suécia entre 2000-2019, poderiam ter sido evitadas 90.570 mortes e 2,5 milhões de DALYs.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

Com as provas crescentes que apoiam a abordagem da Suécia para se tornar livre de fumo, deputados respeitados do Parlamento Europeu têm defendido a sua adoção em todo o resto do bloco nas suas intervenções públicas no Parlamento Europeu em dezembro de 2022:

- **Deputada ao Parlamento Europeu (MPE), eleita em 2022, em representação do Partido Democrata da Suécia:**

"Para promover a saúde pública e resolver os problemas de saúde relacionados com o tabaco a longo prazo, o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido incentivou as pessoas a utilizarem cigarros eletrónicos em vez de produtos de tabaco tradicionais. Esta medida faz parte de uma campanha de saúde governamental de longa data, cujo objetivo é tornar o país totalmente livre de fumo até 2030. Estamos a assistir a uma tendência semelhante na Suécia. As saquetas de nicotina são populares e, juntamente com o tabaco húmido, conduziram a uma redução acentuada do número de fumadores. A Suécia tem a percentagem mais baixa de fumadores da UE, com apenas cerca de 6% das pessoas a fumarem diariamente. A média da UE é de cerca de 18%. Por conseguinte, uma Suécia livre de fumo parece ser uma perspetiva cada vez mais realista. Tendo em conta o que precede:

- A Comissão analisou a evolução registada no Reino Unido e na Suécia?
- Considerou a Comissão o risco de o número de fumadores na Europa aumentar se o imposto sobre as bolsas de nicotina e os cigarros eletrónicos for aumentado?

Tem a Comissão algum plano para promover alternativas aos cigarros, como as bolsas de nicotina e os cigarros eletrónicos, com vista a reduzir o consumo de tabaco na Europa?"⁶⁸

- **Deputada ao Parlamento Europeu (MPE), eleita em 2019 e em representação do Partido Democrata-Cristão, Suécia:**

"Com apenas 5,6% da população a ser fumadora diária, a Suécia tem a proporção mais baixa de fumadores de cigarros na Europa, por uma margem significativa. Além disso, a proporção de fumadores na Suécia continua a diminuir e a utilização de bolsas de nicotina tem desempenhado um papel significativo nesta evolução. Outros países escolheram um caminho diferente. Por exemplo, a Bélgica está a avançar com um plano para proibir as bolsas de nicotina. Informaram a Comissão das suas intenções no verão de 2022 e declararam que pretendiam proibir estes produtos até haver provas de que são um instrumento útil para reduzir as taxas de tabagismo.

- Considera a Comissão que constitui um problema para o mercado único o facto de os Estados Membros estarem a adotar regulamentações diferentes para os novos produtos de nicotina, como as bolsas de nicotina?
- O que é que os Estados Membros devem ter em consideração ao imporem nova regulamentação sobre os produtos de nicotina?"⁶⁹





2.5 Dificuldades na comparação da Suécia com países de Baixo e Médio Rendimento, por exemplo, a África do Sul

Na comparação entre a Suécia e os países de baixo rendimento, há variáveis que dificultam as comparações com o modelo Sueco. Por exemplo, a interação entre o tabagismo e a tuberculose. A tuberculose continua a ser uma doença generalizada na África do Sul, com cerca de 852 casos por 100.000 habitantes⁷⁰, ao contrário da Suécia, com 4 casos por 100.000 habitantes⁷¹. Este fato tem um efeito significativo em todos os indicadores relacionados com o tabaco, como se descreve a seguir.

CONSIDERANDO OS PAÍSES DE BAIXOS RENDIMENTOS: A INTERAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E A TUBERCULOSE

O tabagismo é a principal causa de morte evitável em todo o mundo e causa danos desproporcionalmente maiores aos grupos populacionais pobres, vulneráveis e marginalizados; mais de 80% dos fumadores vivem em países de baixo e médio rendimento (LMIC)⁷². Do mesmo modo, a tuberculose (TB) é a principal causa de morte por uma única doença in-

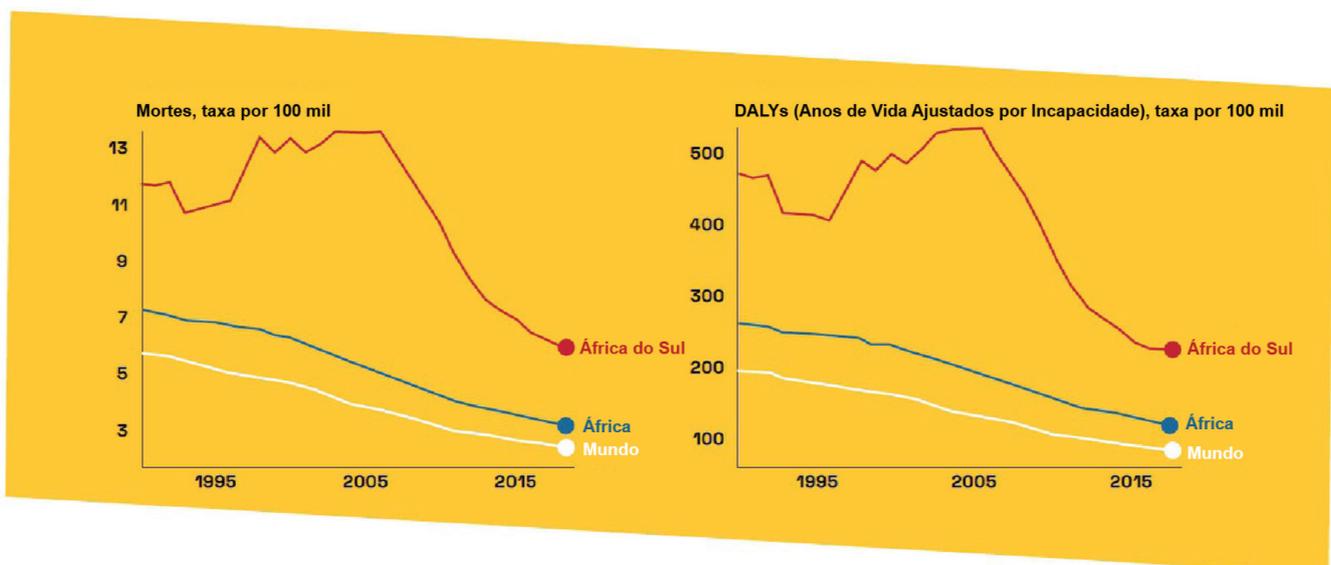
feto-contagiosa a nível mundial, e mais de 95% dos casos e mortes por TB ocorrem em países de baixo e médio rendimento⁷³. A sinergia nociva entre o tabagismo e a tuberculose está bem documentada:

- Fumar aumenta o risco de contrair tuberculose em 4,5 vezes⁷⁴.
- O tratamento da tuberculose é 24% menos eficaz nos fumadores⁷⁵.
- As crianças expostas ao fumo passivo têm duas vezes mais probabilidades de contrair tuberculose⁷⁶.

TABAGISMO E TB NA ÁFRICA DO SUL

Tendo em conta as provas acima referidas, a África do Sul é um país interessante para estudar, porque 60% das pessoas que vivem com TB são fumadores e o país ocupa o terceiro lugar a nível mundial, depois da Índia e da China, em termos de

O Custo Humano do Tabagismo na Tuberculose na África do Sul



Se a África do Sul tivesse a mesma taxa de mortes por tuberculose atribuídas ao tabagismo e de DALYs que a média africana, poderiam ter sido evitadas 80.000 mortes e 3 milhões de DALYs entre 1990-2019

Figura 11: Gráficos que mostram as mortes por tuberculose atribuídas ao tabagismo e os DALYs na África do Sul em comparação com as médias Africana e Mundial. Todos os dados foram utilizados com a autorização do GBD do IHME⁵⁴.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

casos anuais de TB⁷⁷. O Global Adult Tobacco Survey (GATS) foi recentemente implementado em 2021 pelo Conselho de Investigação Médica da África do Sul (SAMRC), tendo revelado uma carga económica e de saúde significativa atribuída ao tabaco. Revelou uma prevalência global do tabagismo de 25,8% (41,2% dos homens e 11,5% das mulheres), com despesas elevadas em cigarros manufacturados, apesar dos

elevados níveis de pobreza⁷⁸. Curiosamente, havia uma boa sensibilização para os malefícios do tabaco e mais de dois terços dos fumadores atuais planeavam ou pensavam deixar de fumar. Assim, utilizando os dados do IHME, quais são os potenciais custos humanos e económicos do tabagismo e da TB na África do Sul (Figuras 11 e 12)?

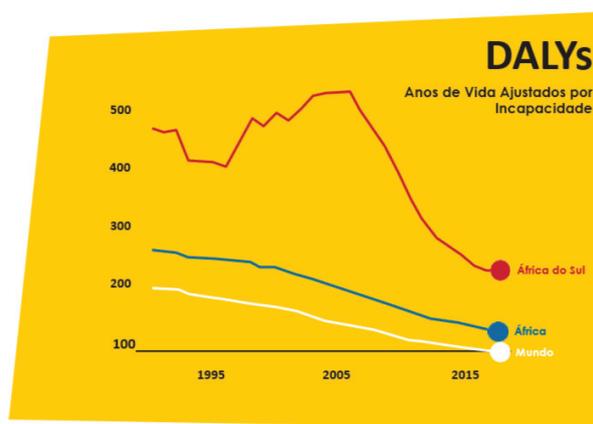
O Potencial Custo Económico do Tabagismo na Tuberculose na África do Sul

De acordo com a ONU, a África do Sul tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de **0,713**, que é classificado como "elevado".

Utilizando dados do IHME, Daroudi et al calcularam o custo por DALY evitado para os países com "IDH elevado" em **23,782 dólares**.

Entre 1990 e 2019, poderiam ter sido evitados 3 milhões de DALYs de Tuberculose atribuídos ao tabagismo. 3 milhões x \$23,782 = \$71 mil milhões (= \$2,4 mil milhões por ano).

Se a África do Sul tivesse a mesma taxa de TB DALY atribuída ao tabagismo que a média Africana, poderiam ter sido evitados potencialmente 3 milhões de DALYs entre 1990-2019



2,4 mil milhões de dólares por ano = 44 mil milhões de ZAR

Figura 12: A África do Sul é classificada como "IDH elevado" pela ONU⁵⁷. Assumindo que o custo de cada DALY perdido é de 23.782 dólares, de acordo com as conclusões de Daroudi et al⁵⁶, o tabagismo está potencialmente a custar à África do Sul mais 2,4 mil milhões de dólares por ano na sua batalha contra a TB, em comparação com a média Africana. Dados DALY do IHME GBD⁵⁴.



CAPÍTULO 3

CALCULAR A "DIMENSÃO DO PRÉMIO" PARA A SAÚDE PÚBLICA

Modelos Atualmente Disponíveis para Prever os Benefícios de Saúde Pública da Adoção de Estratégias de Redução de Danos do Tabaco a Nível Populacional

3.1 Análise Retrospectiva versus Modelação Prospetiva

Este relatório analisa os principais indicadores de saúde para estabelecer comparações entre a Suécia, a UE e outros países selecionados. Para o efeito, procedeu-se principalmente a uma análise retrospectiva dos dados do IHME de 2000-2019. Mas e se fosse possível prever prospetivamente os efeitos da adoção de estratégias de THR a nível popula-

cional? Uma vez que a popularidade mundial dos produtos de nicotina livres de fumo aumentou nas últimas duas décadas, foram propostos vários modelos. Este capítulo resume quatro modelos revistos por pares baseados em dados do mundo real.

3.2 Modelação Prospetiva

3.2.1 Modelo de Tabagismo e Vaping (SAVM) - Levy et al (2021)

O Professor David Levy é professor de oncologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Georgetown, especializado em saúde da população. Com mais de 200 publicações revistas por pares, desenvolveu modelos de simulação de políticas de tabaco para mais de 40 países⁷⁹. Um dos mais

recentes é o Modelo de Tabagismo e Vaping (SAVM), que simula as futuras implicações para a saúde pública da introdução de produtos vaporizadores de nicotina (NVPs) a nível populacional. Embora este modelo tenha sido aplicado a vários países, a publicação inicial refere-se aos EUA⁸⁰, ten-

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

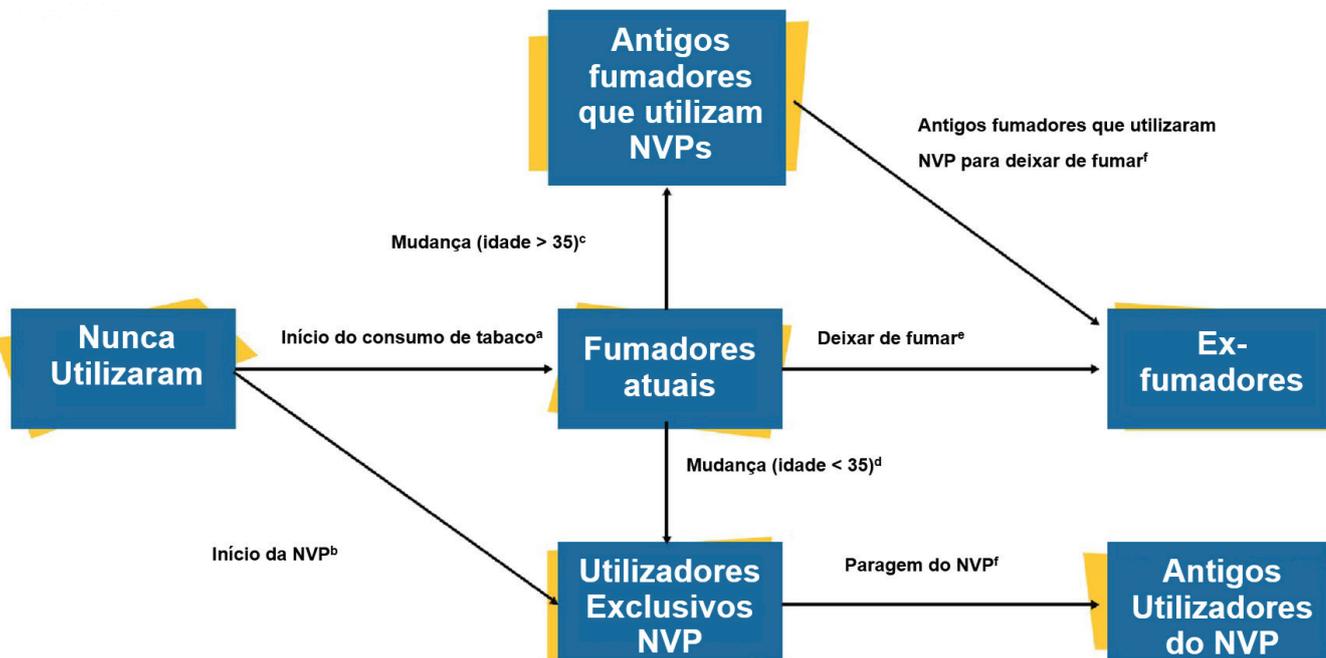


Figura 13: Gráfico reproduzido de Levy et al⁸⁰ que descreve os estados de transição entre os utilizadores de categorias de produtos no seu percurso para deixar de fumar e/ou de tomar NVP.

do o mesmo modelo sido também aplicado a outros países como o Canadá, a Inglaterra, a Alemanha e a Austrália.

a) Parâmetros e resultados validados

O modelo SAVM simula o que aconteceria se os fumadores de uma nação mudassem para produtos de vaping com nicotina menos nocivos. Avalia a prevalência do tabagismo e do vaping ao longo do tempo, as taxas de abstinência do tabagismo com e sem a ajuda de NVP e as mortes e anos de vida perdidos atribuíveis ao tabagismo e ao vaping. O modelo foi validado pela primeira vez durante os anos de 2013 a 2018, comparando as previsões do modelo da prevalência atual do tabagismo com as taxas futuras de prevalência do tabagismo do National Health Interview Survey (NHIS) dos EUA. Análises de sensibilidade exaustivas revelaram um modelo robusto e fiável para prever como as mortes atribuíveis ao tabagismo e os YLL podem ser afetados pelos NVPs no futuro.⁸⁰

b) Um modelo publicamente disponível

Uma das principais vantagens do modelo SAVM é que a sua metodologia é transparente e está disponível ao público no sítio Web da Universidade de Georgetown, juntamente com um Manual do Utilizador do SAVM⁸¹. Como tal, este modelo validado pode ser aplicado a conjuntos de dados de outros países por utilizadores experientes.

c) Modelação das implicações para a saúde pública dos vaporizadores de nicotina para o período 2013-2060

A SAVM prevê que, de acordo com os atuais padrões de consumo de tabaco e vaporização nos Estados Unidos, o resultado líquido da mudança dos fumadores para produtos de vaporização de nicotina irá resultar em:⁸⁰

- **Menos 1,8 milhões de mortes prematuras relacionadas com o tabagismo**
- **38,9 milhões de anos de vida ganhos**



SMOKE FREE SWEDEN 2023



Estados Unidos



POPULAÇÃO:

330 milhões



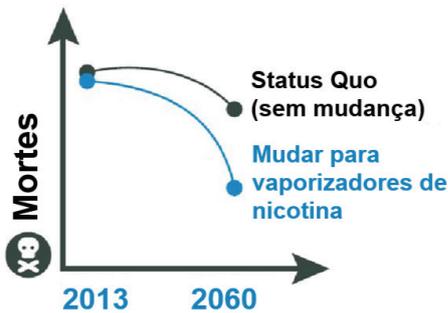
PREVALÊNCIA DO TABAGISMO:

14%



PREVALÊNCIA DO VAPORIZADOR:

3%



Se os fumadores adultos nos EUA passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina

1,8 milhões de **mortes evitadas**
38,9 milhões de **anos de vida salvos**

de 2013-2060

Figura 14: O que aconteceria se os fumadores adultos nos EUA passassem a utilizar produtos vaporizadores de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 1,8 milhões de mortes e seriam ganhos 38,9 milhões de anos de vida.



Canadá



POPULAÇÃO:

38 milhões



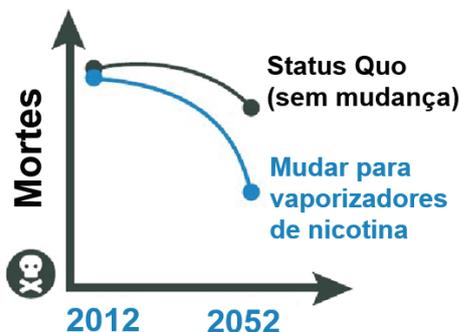
PREVALÊNCIA DO TABAGISMO:

15%



PREVALÊNCIA DE VAPORES:

9%



Se os fumadores adultos no Canadá passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina

130.000 **mortes evitadas**
3.5 milhões **anos de vida salvos**

de 2012-2052

Figura 15: O que aconteceria se os fumadores adultos no Canadá passassem a utilizar produtos vaporizadores de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 130.000 mortes e seriam ganhos 3,5 milhões de anos de vida.



Alemanha

POPULAÇÃO:
84 milhões

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO:
24%

PREVALÊNCIA DO VAPORIZADOR:
3%

Se os fumadores adultos na Alemanha passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina

300,000 mortes evitadas

4.7 milhões anos de vida salvos

de 2013-2060

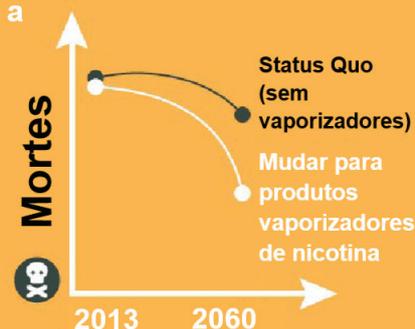


Figura 16: O que aconteceria se os fumadores adultos na Alemanha passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 300.000 mortes e seriam ganhos 4,7 milhões de anos de vida.

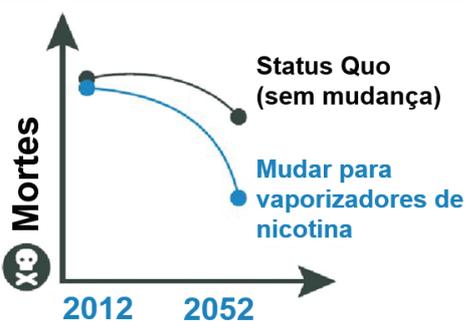


Inglaterra

POPULAÇÃO:
56 milhões

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO:
14%

PREVALÊNCIA DO VAPORIZADOR:
6%



Se os fumadores adultos em Inglaterra passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina

200,000 mortes evitadas

5 milhões anos de vida salvos

de 2012-2052

Ilustração baseada no modelo SAVM (Levy et al. 2021)

Figura 17: O que aconteceria se os fumadores adultos em Inglaterra passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 200.000 mortes e seriam ganhos 5 milhões de anos de vida.



Austrália



POPULAÇÃO:

26.17 milhões



PREVALÊNCIA DO TABAGISMO:

14.5%



PREVALÊNCIA DO VAPORIZADOR:

1.2%

A utilização de produtos vaporizadores de nicotina está atualmente sujeita a severas restrições, uma vez que, ao abrigo da legislação do Estado Australiano, é "ilegal possuir, fornecer ou vender cigarros eletrônicos que contenham nicotina, exceto em circunstâncias específicas e quando são fornecidos ou acedidos mediante receita médica"

Se os fumadores adultos na Austrália passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina

104,200 mortes evitadas
2.05 milhões anos de vida salvos
de 2017-2080



INVESTIGAÇÃO-CHAVE: Levy et al. (2022); The Australia SAVM: O Potencial Impacto do Aumento do Acesso a Produtos Vaporizadores de Nicotina: Pontos fundamentais de dados: gsthr.org. Para ler mais sobre este estudo visite www.thr.net/updates#AUS_lives_saved

Figura 18: O que aconteceria se os fumadores adultos na Austrália mudassem para produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 104 200 mortes e seriam ganhos 2,05 milhões de anos de vida.

3.2.2 Acelerar o Fim do Tabagismo - Yach (2020)

O Dr. Derek Yach é um antigo Diretor Executivo para as Doenças Não Transmissíveis na Organização Mundial de Saúde e foi fundamental para o desenvolvimento da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco. Apoiado por uma distinta carreira em epidemiologia, o Dr. Yach publicou um documento seminal em 2020 intitulado "Acelerar o fim do tabagismo: um apelo à ação nas vésperas da COP9 da CQCT⁵". O documento de Yach fornece um contexto geopolítico para o lento progresso na redução das taxas globais de tabagismo nos últimos 20 anos, antes de abordar a premissa principal do documento: "para reduzir as taxas de mortalidade e de doença no prazo de duas décadas, temos de considerar novas estratégias para acelerar a cessação tabágica nos adultos. Em particular, temos de adotar táticas empáticas que incentivem os fumadores individuais a deixar de fumar ou a mudar - incluindo a utilização de produtos de redução de danos (HRPs)."

A CQCT: "Congelada no tempo"

Embora o princípio da redução dos efeitos nocivos esteja explicitamente consagrado e seja incentivado na alínea d) do artigo 1.º do Tratado FCTC original de 2003⁴, não existe uma definição clara dos produtos de redução dos efeitos nocivos (PRD) que este princípio inclui. Yach observa que este fato se deve, em parte, à época em que o tratado foi redigido: "Com exceção do tabaco húmido, a gama de tecnologias de nicotina disponíveis hoje não existia há 20 anos". A persistente falta de integração dos PRH numa abordagem integrada da cessação tabágica exemplifica uma das formas em que a CQCT permanece "essencialmente congelada no tempo"⁵.

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

A metodologia do Dr. Yach para estimar as tendências da mortalidade relacionada com o tabaco

Yach resumiu as mortes projetadas relacionadas com o tabaco de 2020 a 2060, baseando as suas estimativas em:

- Projeções desenvolvidas por investigadores dos setores público e privado
- Relatórios publicados sobre a adoção de produtos de redução de danos
- Dados sobre a deslocação bem estabelecida de cigarros de combustão associados à absorção de HRP.

As projeções de Yach partem do "ponto de vista muito conservador" de que uma redução de 90% das exposições nocivas associadas aos produtos fitofarmacêuticos em comparação com os cigarros se traduziria numa redução de 60% da taxa de mortalidade real. Além disso, as suas projeções não têm em conta a rápida melhoria das taxas de deteção e dos resultados dos cancros relacionados com o tabaco,

como o cancro do pulmão, que é responsável por mais de um terço das mortes anuais relacionadas com o tabagismo⁵.

Projeções para 2020-2060

Se o pacote completo de recomendações da CQCT da OMS for implementado, as mortes anuais relacionadas com o tabaco aumentarão de 7 milhões em 2020 para 10 milhões no início da década de 2030. Depois desse ponto, as mortes diminuirão lentamente, como se pode ver na Figura 19 abaixo ("status quo"). No entanto, este lento declínio pode ser acelerado através da adoção de PRH em grande escala e da catalisação da inovação destes novos produtos, de modo a que produzam taxas de cessação tabágica de cerca de 50% ao longo de um ano ("TRH + cessação"). De acordo com as estimativas de Yach, o benefício potencial para a saúde pública é de menos 3 a 4 milhões de mortes anuais relacionadas com o tabaco no espaço de quatro décadas; "não há nenhuma outra questão de saúde pública em que os ganhos potenciais se aproximem dessa ordem de grandeza":

Tendências estimadas das mortes relacionadas com o tabagismo 2020-2060

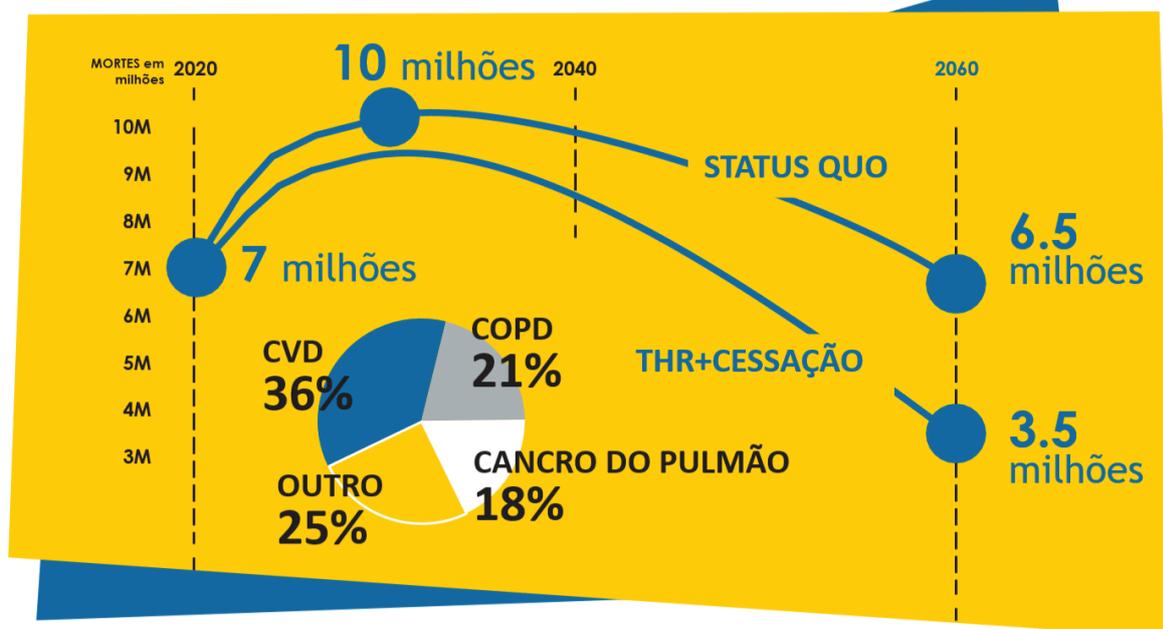


Figura 19: As projeções de Yach que mostram como a adoção generalizada de PRH reduziria drasticamente as mortes relacionadas com o tabaco até 2060⁵.



3.2.3 Warner e Mendez (2018)

O Professor Kenneth E. Warner publicou mais de 300 artigos relacionados com os aspetos económicos e políticos do tabaco e da saúde. Para além de uma distinta carreira académica na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, foi consultor do Banco Mundial, da OMS, do US Surgeon General, da FDA e presidente da Society for Research on Nicotine and Tobacco. Da mesma forma, o seu colega, o Professor David Mendez, é um respeitado Professor de Gestão e Política de Saúde e é especialista na avaliação das políticas de controlo do tabaco e do seu impacto na saúde da população, utilizando modelos de simulação. Mendez partilhou os seus conhecimentos a nível internacional, incluindo o CDC, o Instituto de Medicina, o NASEM, a FDA e a OMS. Em 2018, Warner e Mendez publicaram em conjunto um artigo intitulado: "Cigarros Eletrónicos: Comparando os Possíveis Riscos de Aumentar a Iniciação ao Tabagismo com os Potenciais Benefícios de Aumentar a Cessação do Tabagismo"⁸².

O vaporizador é agora a ajuda mais popular para deixar de fumar no Reino Unido e nos EUA

Warner e Mendez referem que, embora existam muitas razões para fumar, os cigarros eletrónicos são atualmente a ajuda mais utilizada nas tentativas de deixar de fumar nos Estados Unidos. Do mesmo modo, no Reino Unido, mais de um terço dos fumadores afirmam que, embora já não vaporizem, utilizaram cigarros eletrónicos para os ajudar a deixar de fumar⁸². Isto corrobora um grande conjunto de provas

sintetizadas pela revisão sistemática viva da Colaboração Cochrane, que demonstra que as taxas de sucesso na cessação do tabagismo são mais elevadas nas pessoas que utilizam cigarros eletrónicos com nicotina do que com terapias de substituição da nicotina¹².

Modelo de simulação testado e comprovado

Utilizando um modelo com o qual têm trabalhado com sucesso desde 1995, Warner e Mendez refinaram a sua simulação para comparar os efeitos do vaping na cessação e iniciação do tabagismo nos EUA em termos do número de anos de vida salvos ou perdidos até ao ano 2070. O cenário de base parte do pressuposto conservador de que o vaporizador aumenta anualmente a iniciação ao tabagismo em 2% e a cessação do tabagismo em 10%.

Resultado: Anos de vida ganhos

Com os pressupostos de base acima referidos, os autores projetaram que a população dos EUA ganharia quase 3,3 milhões de anos de vida até 2070 graças à mudança dos fumadores para os cigarros eletrónicos. Concluíram que: "Os benefícios para a saúde pública excederão os custos potenciais dos novos fumadores induzidos pela vaporização". Este ponto de vista foi corroborado por um documento seminal co-publicado por quinze antigos presidentes da Society for Tobacco and Nicotine Research:



Embora as provas sugiram que o vaporizador está atualmente a aumentar a cessação do tabagismo, o impacto poderia ser muito maior se a comunidade de saúde pública prestasse uma atenção séria ao potencial do vaporizador para ajudar os fumadores adultos, se os fumadores recebessem informações corretas sobre os riscos relativos do vaporizador e do tabaco e se as políticas fossem concebidas tendo em conta os potenciais efeitos nos fumadores. Isso não está a acontecer⁸³.

- Equilíbrio na Consideração dos Riscos e Benefícios dos Cigarros Eletrónicos (2021), Balfour et al.⁸³

3.2.4 Método de Lars Ramström (2019)

Lars Ramström, doutorado, fundou o Instituto de Estudos do Tabaco em 1991, depois de ter sido Diretor-Geral da Associação Nacional de Tabagismo e Saúde, onde trabalhou durante 24 anos. É frequentemente contratado como revisor de revistas científicas e como consultor especial em numerosos comités de peritos, incluindo o da OMS⁵⁴.

Em 2017, como parte do relatório da Comissão Sueca do Tabaco Húmido, Ramström et al demonstraram a diferença entre o nível atual de mortalidade relacionada com o tabaco nos países da UE e o nível que teria sido alcançado se todos os outros países da UE tivessem adotado os mesmos padrões de consumo de tabaco que na Suécia. A base para os cálculos no relatório⁵⁸ foram os dados do Relatório Global da Organização Mundial de Saúde (OMS): Mortalidade Atribuível ao Tabaco⁵³. O tratamento dos dados foi realizado pelo Institutet för Tobaksstudier (Instituto de Estudos do Tabaco) e uma compilação dos dados foi referenciada no relatório. O grupo estudado era constituído por homens com mais de trinta anos em cada país e estava relacionado com vários grupos de doenças. O relatório mostra que a Suécia tem a taxa de mortalidade relacionada com o tabaco mais baixa de todos os países da UE em relação à dimensão da sua população. Em comparação com a Suécia, as taxas de mortalidade relacionadas com o tabaco são mais do dobro das taxas relativas à dimensão da população em 24 dos outros 27 Estados Membros da UE.

No total e entre os homens (com mais de 30 anos), poderiam ter sido salvas 355.000 vidas por ano se os outros países da UE tivessem igualado a taxa de mortalidade relacionada com o tabaco da Suécia⁵⁸.

A Suécia tem claramente a taxa de mortalidade relacionada com o tabaco mais baixa da UE em relação à dimensão da sua população, apesar de o consumo diário de nicotina entre os homens estar ao mesmo nível que noutros países da Europa. Por outras palavras, a taxa de mortalidade relacionada com o tabaco teria sido mais baixa em toda a UE se, nas últimas décadas, tivessem sido permitidas na União Europeia alternativas de nicotina menos nocivas, como o tabaco húmido.

Em 2019, Ramström compilou dados do estudo Global Bur-

den of Disease do IHME⁵⁴ para comparar as taxas de mortalidade atribuíveis ao tabaco na Suécia com as do resto da União Europeia⁵², que é desenvolvido abaixo.

Metodologia

Uma vez que as comparações de dados de mortalidade de diferentes países podem dar impressões enganadoras devido a diferenças nas distribuições etárias, foram utilizados os seguintes conjuntos de dados para ter em conta este fato:⁵²

- Dados normalizados em função da idade para a população masculina total
- Dados normalizados em função da idade para a população feminina total
- Homens de 45-49 anos

Os dados de mortalidade da Suécia foram comparados com os dados da média da UE em oito causas de morte atribuídas ao tabaco: mortalidade total, cancro do trato respiratório, cancro orais, cancro da laringe, cancro do pâncreas, doença cardíaca isquémica, acidente vascular cerebral e DPOC.

Diferenças nos resultados entre homens e mulheres Suecos

Embora o tabagismo seja mais prevalente do que o consumo de tabaco húmido entre as mulheres, o consumo de tabaco húmido está a dominar o tabagismo entre os homens. Este fato reflete-se nos dados de mortalidade de 2019 apresentados abaixo - os homens Suecos têm a mortalidade e os cancros relacionados com o tabaco mais baixos da UE, enquanto as mulheres parecem ter níveis próximos da média da UE. Estes dados sugerem que a mudança dos cigarros para alternativas de nicotina não inflamáveis entre os homens Suecos produziu benefícios para a saúde pública.



Taxas de mortalidade por 100 000 atribuíveis ao tabagismo na Suécia e no resto da União Europeia em 2019 / Total Todas as causas

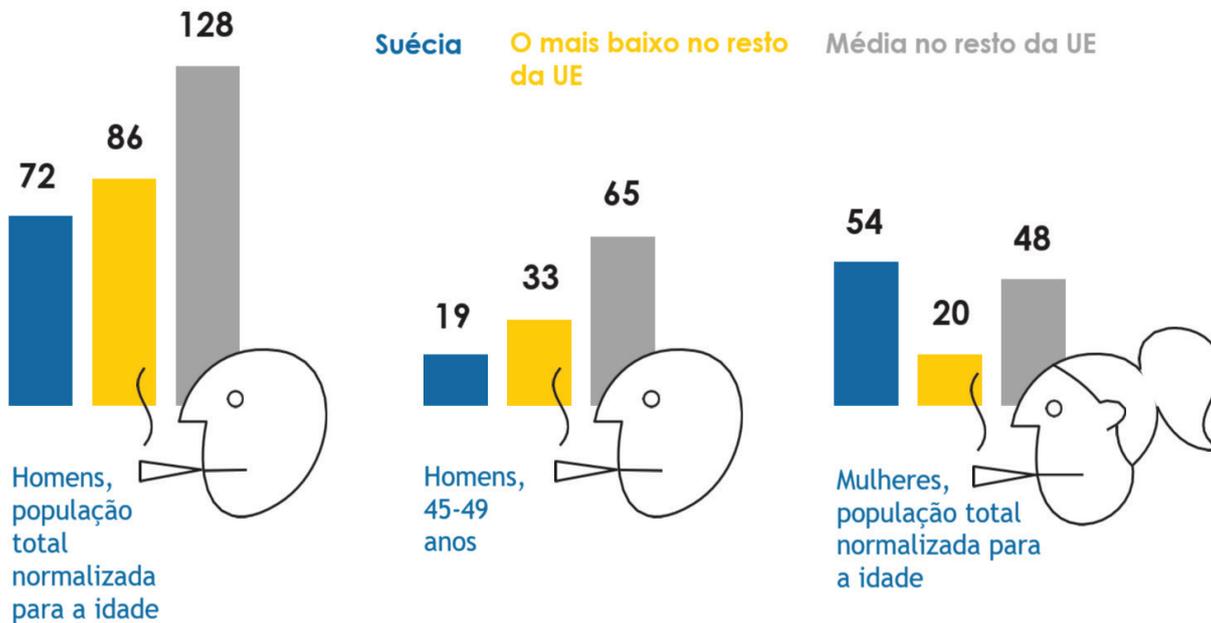


Figura 20: A Suécia tem a mortalidade masculina relacionada com o tabaco mais baixa da UE, de acordo com a compilação de Ramström⁵² de dados IHME GBD⁵⁴.

3.3 Modelação Retrospectiva

EXPLICAÇÃO DAS COMPARAÇÕES ENTRE PAÍSES

Prevalência de Fumadores vs. Não Inflamáveis

No Apêndice A, foram selecionados 12 países para comparação com a Suécia - metade dos quais com uma prevalência de tabagismo igual ou inferior à média da UE (23%) e a outra metade acima da média da UE. As estatísticas relativas à prevalência do tabagismo, à distribuição dos fumadores por sexo e à prevalência do consumo de produtos não combustíveis (cigarros eletrónicos, produtos de tabaco aquecidos (PTA) e tabaco oral (incluindo nicotina oral e tabaco húmido)) provêm do Eurobarómetro Especial 506 da Comissão Europeia: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes⁸⁵ da Comissão Europeia, que contém dados de 2020. Esta análise incidirá sobre os utilizadores "atuais" de tabaco e/ou de produtos não inflamáveis, e não sobre os utilizadores "anteriores" ou "ocasionais". Os países selecionados são:

Prevalência do Tabagismo ≤ Média da UE

- Dinamarca
- Países baixos
- Itália
- Bélgica
- Alemanha
- Reino Unido

- Espanha
- Polónia
- Roménia
- Grécia
- Bulgária
- Hungria

Prevalência do Tabagismo > Média da UE

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Cada país terá o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentado por baixo do seu nome. O IDH, criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

(PNUD), é uma medida sumária do desempenho médio em três dimensões-chave do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável, ter conhecimentos e ter um nível de vida decente⁵⁷:

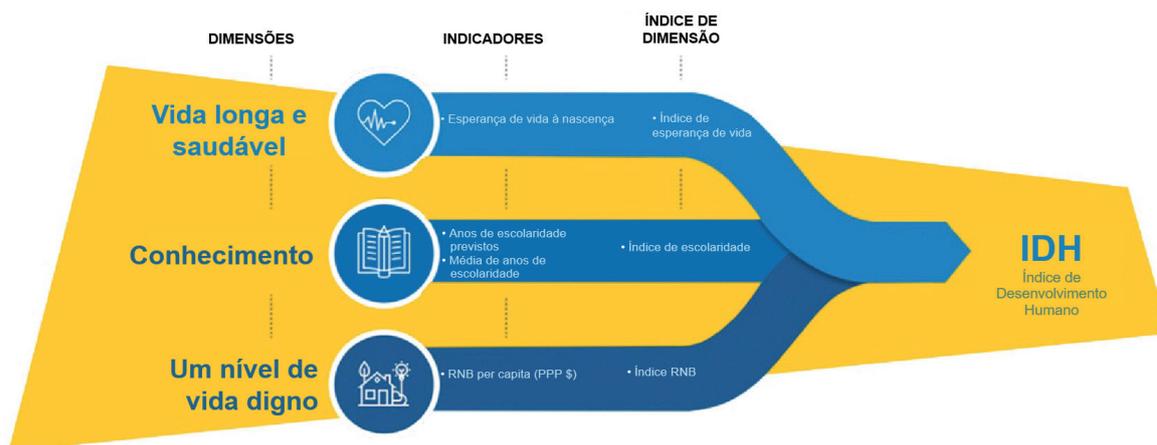


Figura 21: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) explicado⁵⁷

Quanto mais próximo de 1.000 for o IDH calculado, mais desenvolvido é o país. O IDH de cada país é classificado da seguinte forma:

- 0.800-1.000 – "muito elevado"
- 0.700-0.799 – "elevado"
- 0.550-0.699 – "médio"
- 0.000-0.550 – "baixo"

MORTES ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO, LYLS E DALYS

O Estudo sobre a Carga Global da Doença (GBD) do Instituto de Métrica e Avaliação da Saúde (IHME) é um projeto de investigação em colaboração liderado pela Universidade de Washington⁵⁴. É o maior e mais pormenorizado esforço científico de compilação de dados observacionais de métricas de saúde. É altamente respeitado pelas comunidades científica e de decisão política; desde 2010, foram publicadas mais de 400 publicações com revisão por pares utilizando dados do IHME. Os dados deste estudo serão utilizados para quantificar e comparar as mortes e os DALY atribuídos ao tabagismo em cada país nos vinte anos entre 2000 e 2019.

Ao comparar as taxas de mortalidade, os anos de vida perdidos (LYL) e os DALY, as diferenças nas populações dos países são tidas em conta quando se comparam a mortalidade e a morbilidade atribuídas ao tabagismo. Um DALY é uma métrica universal que equivale à soma dos anos de vida

perdidos (LYLs) e dos anos vividos com incapacidade (YLDs). Um DALY é equivalente a um ano de vida saudável perdido⁵⁴.

POTENCIAIS POUPANÇAS ECONÓMICAS

O custo económico por DALY foi recentemente calculado por Daroudi et al⁵⁶ utilizando dados do IHME para países com diferentes níveis de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O custo estimado por DALY evitado foi o seguinte:

- US\$998 - baixo HDI
- US\$6522 - médio HDI
- US\$23,782 - elevado HDI
- US\$69,499 - muito elevado HDI

No futuro, será possível quantificar e comparar os custos económicos potenciais do tabagismo entre países. Dos 27 países da UE, 26 estão classificados como "IDH muito elevado" e um (Bulgária) como "IDH elevado"⁵⁷. Para efeitos do presente relatório, os principais indicadores a comparar entre a Suécia e os países selecionados incluem:

- Potenciais mortes evitadas
- Potenciais anos de vida ganhos
- Anos de vida potencialmente ajustados por incapacidade evitados



3.4 Saúde Individual e Escolha do Consumidor: Porque é que os Fumadores Mudaram para Opções Alternativas de Nicotina na Suécia

Para além da modelação por simulação baseada em dados de saúde da população, muito se pode aprender com a saúde individual e as escolhas dos consumidores. Uma recente sondagem de opinião⁸⁴ realizada pela Ipsos e encomendada pela We Are Innovation revelou que os Suecos que mudam para os produtos alternativos à nicotina (ANP), como o tabaco húmido, as bolsas de nicotina, o vaping e o tabaco aquecido, são motivados principalmente por preocupações de saúde. O estudo intitulado "A opinião dos Suecos sobre as

alternativas aos cigarros. Uso de produtos alternativos de nicotina entre ex-fumadores de cigarros" esclarece o que levou os ex-fumadores na Suécia a recorrerem aos produtos alternativos de nicotina e que fatores influenciam a sua tomada de decisão. De acordo com a sondagem da Ipsos, a combinação de medidas rigorosas de controlo do tabaco e a promoção de produtos de nicotina mais seguros incentivaram os consumidores a mudar dos cigarros tradicionais para os ANP.

Os motivos de saúde pesam significativamente mais com a idade

Quatro em cada cinco consumidores com 65 anos ou mais colocam as questões de saúde no topo da lista.

Motivos - Grupos etários

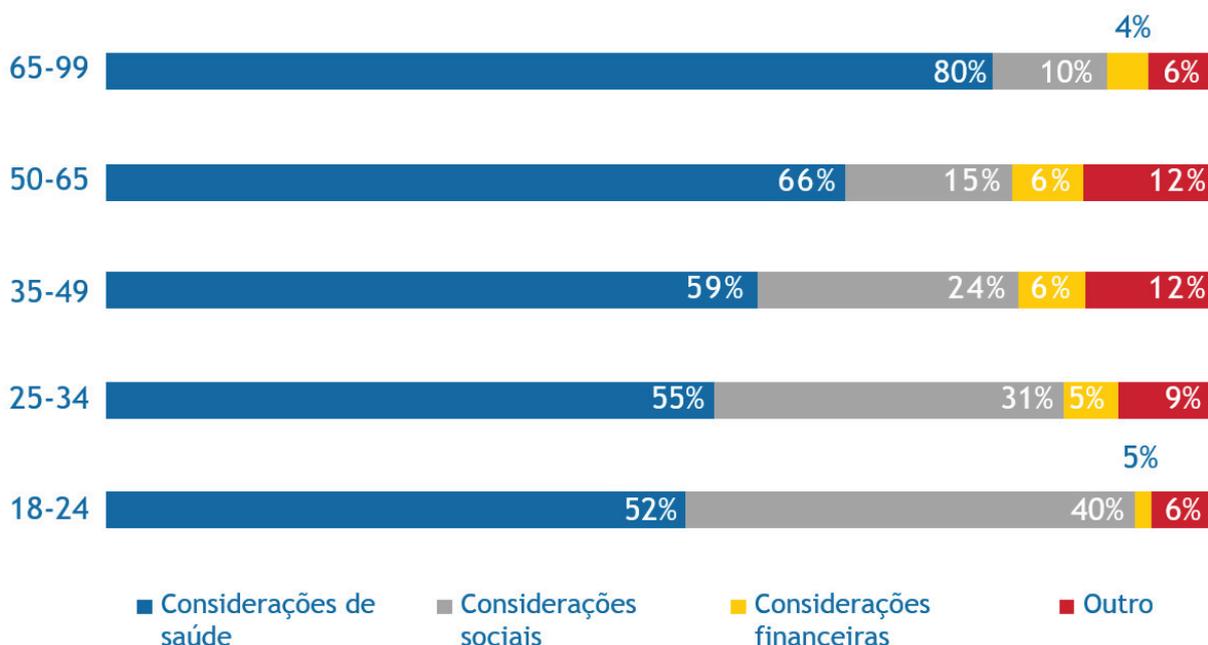


Figura 22: A sondagem We are Innovation, realizada pela IPSOS, concluiu que "os Suecos que mudaram para as ANP são motivados principalmente por preocupações de saúde. Seguem-se considerações de ordem social, financeira e outras⁸⁶"

Conclusões

O estudo de caso da Suécia é um exemplo da eficácia do controlo do tabaco, se for complementado por estratégias sólidas de redução dos danos. É por isso que a prevalência do tabagismo tem vindo a diminuir mais rapidamente do que em qualquer outro país do mundo.

No nosso primeiro relatório, "Roteiro para uma Sociedade Livre de Fumo", mostrámos que, se o resto da Europa adoptasse o modelo Sueco de redução dos efeitos nocivos do tabaco e encorajasse os fumadores a mudar para uma gama de alternativas de nicotina livres de fumo, durante a próxima década, poderiam ser evitadas mais de 3,5 milhões de mortes prematuras.

Neste relatório de acompanhamento, desenvolvemos ainda mais os modelos para calcular a "dimensão do prémio" para a saúde pública. Ao mesmo tempo, foram analisados os elementos constitutivos do estudo de caso Sueco:

CONSIDERAÇÕES POLÍTICAS

- **Regulamentação proporcional ao risco:** Atualmente, em todos os países, com exceção de alguns, como a Suécia, a política de regulamentação do tabaco é contraditória e não se baseia nos melhores dados científicos. Muitas vezes, a procura de provas é mais orientada para a política do que para uma política baseada em provas sólidas. Em última análise, as políticas públicas devem permitir que os fumadores persistentes deixem de fumar ou passem a utilizar alternativas de nicotina livres de fumo. Apoiadas pela investigação e pelo desenvolvimento de produtos inovadores livres de fumo, as políticas proporcionais ao risco são a melhor forma de atingir esse objetivo.
- **Avaliação do Impacto:** Os governos devem desenvolver mecanismos para avaliar o impacto de políticas proporcionais ao risco na cessação do tabagismo e na mudança de cigarros de combustão para alternativas sem fumo.
- **Incentivos:** Tal como o inquérito aos consumidores demonstrou, é importante a forma como o risco é comunicado - a rotulagem, a tributação e os aromas devem ser regulados de forma a incentivar as pessoas que fumam a deixar de fumar ou a mudar para alternativas





de nicotina mais seguras, ao longo do ciclo de danos.

CONSIDERAÇÕES CIENTÍFICAS

- **Estudos retrospectivos e prospetivos:** Devem ser incentivados para quantificar e qualificar de forma mais adequada o potencial do controlo do tabaco e da redução de danos. O principal objetivo da saúde pública é prevenir a doença e a morte prematura. O cálculo do potencial de mortes e DALYs evitados e dos anos de vida salvos é uma força galvanizadora para todas as partes interessadas.
- **Salvar vidas:** Uma comparação da mortalidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na União Europeia (UE), utilizando dados do IHMA Global Burden of Disease Study, mostrou que poderiam ter sido evitadas 2,9 milhões de mortes prematuras.
- **Evitar os anos de vida ajustados pela incapacidade (DALY):** Além disso, o modelo Sueco poderia ter um impacto ainda maior na redução dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY). Se a UE tivesse adotado o modelo Sueco, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs na UE. Em suma, a população da UE poderia ter tido uma vida mais saudável e mais produtiva, como na Suécia.
- **Prevenir a doença:** Os dados da OMS mostram claramente que a incidência de cancro na Suécia é 41% inferior à dos restantes países Europeus, o que corresponde a um nível 38% inferior de mortes por cancro. A Suécia tem uma taxa de mortalidade por todas as doenças relacionadas com o tabaco 39,6% inferior à média da UE.
- **Os estudos de casos nacionais podem desempenhar um papel benéfico:** Por exemplo, se a Bélgica tivesse tido a mesma taxa de mortes e DALY relacionados com o tabagismo que a Suécia entre 2000-2019, poderiam ter sido evitadas 90.000 mortes e 2,5 milhões de DALY.

CONSIDERAÇÕES DOS CONSUMIDORES

- **Investigação junto dos consumidores:** A escolha do consumidor pode impulsionar a mudança, como ficou provado na Suécia. O estudo da Ipsos demonstrou que a aceitabilidade, a acessibilidade e o preço são fatores determinantes para a migração dos consumidores da forma mais nociva de consumo de tabaco (cigarros) para o abandono do consumo ou a mudança para alternativas de nicotina não inflamáveis.
- **Envolvimento dos consumidores:** É necessária uma

abordagem de toda a sociedade para resolver os danos causados pelo tabaco. A realização de estudos em grande escala sobre a perceção dos consumidores e a atenção às experiências reais das pessoas mais afetadas pelos danos causados pelo consumo de tabaco, das que deixaram de fumar com sucesso e das que mudaram para produtos menos nocivos, exigem uma investigação bem concebida e inclusiva dos consumidores.

- **Políticas de prevenção para jovens:** Para evitar a iniciação e o consumo de produtos do tabaco e de produtos de redução de danos por parte dos jovens, é necessário adotar restrições abrangentes em matéria de comercialização e de consumo pelos jovens. Estas devem ser distintas das políticas que incentivam os fumadores adultos a deixar de fumar ou a mudar para produtos menos nocivos.
- **Combater a desinformação e desenvolver uma comunicação de riscos mais precisa para a redução dos efeitos nocivos do tabaco:** Identificar e combater as fontes de desinformação e incentivar mensageiros e mensagens de confiança, para garantir que os consumidores recebam informações exatas.

INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

- **Inovar nos produtos livres de fumo:** A Suécia adotou com cautela tecnologias e produtos inovadores que fornecem nicotina sem os perigos para a saúde causados pela combustão do tabaco. Com o apoio de uma investigação alargada, o desenvolvimento desta tecnologia deve ser encorajado.
- **Os países de baixo e médio rendimento são mais vulneráveis:** Mais de 80% das mortes relacionadas com o tabagismo a nível mundial ocorrem nos países menos desenvolvidos. Os esforços para reduzir a prevalência do tabagismo nos países de baixo rendimento devem ser acelerados. Além disso, a sinergia nociva entre o tabagismo e a tuberculose deve ser tida em conta nos países endémicos. Nos países de baixo rendimento, há uma necessidade urgente de melhorar o acesso, a acessibilidade económica e a aceitabilidade por parte dos consumidores dos produtos para deixar de fumar e de THR.

Sobre os Autores

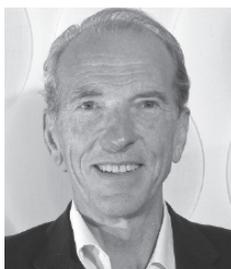


DR. DELON HUMAN é um médico de família especialista, defensor da saúde global, autor publicado, orador internacional e consultor de cuidados de saúde especializado em estratégia de saúde global, redução de danos e comunicação em matéria de saúde. É o antigo Secretário-Geral da Associação Médica Mundial, da Aliança Internacional de Alimentos e Bebidas e cofundador da Aliança Africana de Redução de Danos (AHRA). Foi consultor de três Diretores-Gerais da OMS e do Secretário-Geral das Nações Unidas sobre estratégias globais de saúde pública.



DR. ANDERS MILTON é um médico com uma vasta experiência no serviço público, um consultor muito procurado no setor da saúde e um antigo presidente da WMA. Atualmente, é proprietário e diretor executivo da Milton Consulting e presidente da Comissão do Tabaco Húmido. 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 de Associações Profissionais (SACO).



PROF. KARL FAGERSTRÖM é psicólogo e membro fundador da Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) e atualmente editora adjunta da Nicotine & Tobacco Research. Recebeu a medalha da Organização Mundial de Saúde em 1999 pelo seu trabalho notável no controlo do tabaco. Em 2013, foi galardoado com o Prémio de Ciência Clínica da Sociedade de Investigação sobre Tabaco e Nicotina.



DR. JACQUES LE HOUZEC (França), formado como neurocientista em Paris, trabalha há 40 anos no domínio da nicotina e da cessação tabágica. É Consultor em Saúde Pública e Dependência do Tabaco e especialista em cessação tabágica. É também Diretor da Amzer Glas - CIMVAPE, uma organização de formação e certificação, sediada em França.



PROF. DR. MIHAELA RĂESCU (Dentista) ensina Prevenção Oral e Dentária na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade "Titu Maiorescu" em Bucareste, Roménia, desde 2003 e é professor titular desde 2015. Para além de ser um praticante ativo e um médico de especialidade, o Dr. Răescu é autor e coautor de numerosos estudos e publicações e foi orador convidado em várias conferências profissionais.



DR. FRANCIS P. CRAWLEY (Lovaina, Bélgica) é um filósofo especializado em ética, integridade e metodologia da investigação, bem como em ética e direito dos dados/da IA. É Diretor Executivo da Good Clinical Practice Alliance - Iniciativa Estratégica da Europa e daí para o Desenvolvimento de Capacidades em Análise Ética (SIDCER). Foi Secretário-Geral do Fórum Europeu de Boas Práticas Clínicas (EFGCP), onde também desempenhou as funções de Responsável pela Ética do Conselho e de Presidente do Grupo de Trabalho sobre Ética.

É "Global Fellow in Medicines Development Program (GFMD)" e atualmente membro do Grupo de Trabalho de Ética da Federação Internacional das Associações de Médicos Farmacêuticos e Medicina Farmacêutica (IFAPP).



PROF. HALINA CAR, chefe do Departamento de Farmacologia Experimental e do Departamento de Farmacologia Clínica da Universidade Médica de Bialystok, Polónia. Professor na Faculdade de Medicina da Universidade Lazarski em Varsóvia, Polónia. Médico com especialidades: doenças internas, farmacologia clínica. O consultor em farmacologia clínica na província de Podlaskie. Membro do Comité de Ciências Fisiológicas e Farmacológicas da Academia Polaca de Ciências, Membro da equipa de avaliação de bolsas de estudo científicas pelo Ministro da Saúde, Membro da Direção da Sociedade Polaca de Farmacologia, Membro da Sociedade Polaca de Neurociências, Membro da Sociedade Médica Polaca. Autor de mais de 300 publicações e 6 patentes, incluindo uma patente Europeia.



PROF. ANDRZEJ SOBCZAK licenciado pela Universidade de Tecnologia de Gdansk. Recebeu os seguintes graus académicos: Mestre em Ciências em Química (1974); Doutor em Filosofia em Química (1979); Doutor em Ciências (habilitação) em Medicina/Biologia Médica (2006); Professor Titular de Medicina (2013). Há mais de uma dezena de anos que se ocupa do impacto do fumo do tabaco no organismo do fumador e da segurança da utilização de produtos inovadores do tabaco (cigarros eletrónicos, aquecedores, bolsas de nicotina) no âmbito das estratégias de redução dos danos causados pelo tabagismo. Promotora do primeiro doutoramento na Polónia sobre cigarros eletrónicos ("Exposição de utilizadores de cigarros eletrónicos a compostos tóxicos selecionados", L. Kośmider, 2016). É autor de mais de 200 publicações, das quais mais de 80 na lista da Philadelphia. Publicou em revistas de prestígio, como por exemplo Tobacco Control; Nicotine & Tobacco Research; Thorax; Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention; Circulation journal; European Journal of Public Health; International Journal of Public Health; Addiction Biology; Journal of Applied Toxicology; Atherosclerosis. O seu trabalho foi citado mais de 5.000 vezes. Vencedor por duas vezes do prémio do Ministro da Saúde (2009, 2019) e de vários prémios do Reitor da Universidade de Medicina da Silésia pela sua atividade científica.



DR. KGOSI LETLAPE é um oftalmologista da África do Sul, atualmente membro fundador da Aliança Africana para a Redução de Danos (AHRA), antigo 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 negro Africano a qualificar-se como oftalmologista em Southfield, na África do Sul, e o primeiro a tornar-se presidente da WMA.



JESSICA PERKINS concluiu a sua licenciatura em Química, na Universidade de Southampton, e trabalhou como cientista no departamento de I&D de uma empresa multinacional. O seu trabalho centrou-se na implementação, desenvolvimento e teste inovadores de dispositivos analíticos para caracterizar os aerossóis de produtos de risco reduzido, na indústria do tabaco e da nicotina. Tornou-se então programadora de produtos inovadores, onde se concentrou na ciência dos materiais e no desenvolvimento de dispositivos na categoria de produtos de tabaco aquecido. Jessica é atualmente uma defensora da redução de danos e lidera várias plataformas de defesa (incluindo a THR.net) que comunicam a ciência da redução de danos.



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. Neste papel, 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.



SCOTT D. BALLIN, JD passou mais de 50 anos envolvido em questões relacionadas com o tabaco e a saúde pública. Trabalhou numa série de questões relacionadas com o tabaco e a nicotina, desde reformas da rotulagem de cigarros e produtos de tabaco sem fumo, regulamentação do tabaco e da nicotina pela FDA, impostos especiais de consumo, leis sobre ar interior limpo, reformas da agricultura do tabaco, redução dos danos do tabaco e envolvimento das partes interessadas. Durante mais de 10 anos, foi vice-presidente e conselheiro legislativo da American Heart Association, membro do comité diretor e duas vezes presidente da Coalition on Smoking OR Health (AHA, ACS, ALA), que foi a primeira coligação nacional verdadeiramente ativa no movimento de controlo do tabaco.



FEDERICO N. FERNÁNDEZ é Diretor Executivo da Somos Innovación, uma rede de mais de 30 grupos de reflexão e ONG dedicadas à procura de soluções inovadoras para problemas na Europa e na América Latina. É também fundador e presidente da Fundación Internacional Bases, uma organização que pensa globalmente e atua localmente em questões relacionadas com as liberdades individuais e a economia de mercado. A Fundación Internacional Bases é também responsável pela organização da Escuela Austríaca, um congresso dedicado à economia, sendo Federico N. Fernández o presidente do comité organizador. A sua obra tem sido apresentada numa grande variedade de meios de comunicação social na Europa e na América Latina, sendo também autor de vários artigos académicos e co-editor de livros.



DR. MAREWA GLOVER é um dos principais investigadores da Nova Zelândia no domínio do controlo do tabaco. Há 30 anos que trabalha na redução dos efeitos nocivos do tabagismo. É reconhecida internacionalmente pela sua defesa da redução dos efeitos nocivos do tabaco e, a nível local, foi finalista do prémio New Zealander of the Year Supreme em 2019, reconhecendo o seu contributo para a redução do tabagismo na Nova Zelândia.

O Dr. Glover presidiu a numerosos comités e organizações, incluindo a End Smoking NZ, uma ONG independente que fez lobby para uma abordagem de redução de danos mesmo antes da introdução dos cigarros eletrónicos. Em 2018, o Dr. Glover criou o Centro de Excelência em Investigação: Soberania Indígena e Tabagismo - um programa internacional de investigação destinado a reduzir os danos relacionados com o tabaco entre os povos indígenas a nível mundial. www.coreiss.com O Centro de Excelência em Investigação: Soberania Indígena e Tabagismo (o Centro) foi criado com a ajuda de uma subvenção da Foundation for a Smoke-Free World, Inc. ("FSFW"), uma fundação privada sem fins lucrativos 501(c)3 dos EUA. O trabalho do Centro, nos termos da convenção de subvenção com a FSFW, é editorialmente independente da FSFW. O trabalho do Centro e as opiniões por ele expressas são da exclusiva responsabilidade do autor e não devem, em circunstância alguma, ser considerados como refletindo as posições da FSFW.



O DR. JOHN R. "JACK" FOWLE III é o diretor da Science to Inform, LLC, que atua como consultor independente, aconselhando clientes sobre o uso da ciência para informar decisões relativas a riscos ambientais e no desenvolvimento e uso de alternativas para testes em animais. Antes de 2012, foi Diretor Adjunto da Divisão de Efeitos na Saúde da Agência de Proteção Ambiental dos EUA (EPA) no Gabinete de Programas de Pesticidas (OPP) em Washington, DC. Foi responsável pela direção das atividades de avaliação dos riscos para a saúde que apoiaram o novo registo de pesticidas existentes, bem como geriu a integração de novas abordagens toxicológicas nas avaliações dos riscos para a saúde humana do OPP. Antes da OPP, foi Diretor da Divisão de Neurotoxicologia da EPA, bem como Diretor Assistente de Laboratório, no National Health and Environmental Effects Research Lab (NHEERL) em Research Triangle Park, NC, ajudando a desenvolver alternativas às abordagens animais e a estabelecer o programa de toxicologia computacional da Agência. Foi Diretor Adjunto do Conselho Consultivo Científico da EPA e Conselheiro Científico do Senador dos EUA Daniel Patrick Moynihan. Desde que se reformou da EPA, faz parte do Conselho de Administração do Instituto de Ciências In Vitro em Gaithersburg, MD, é Presidente do Conselho de Administração do Consórcio de Toxicologia Baseada em Evidências e é Editor AltTox. É conselheiro da Sociedade Americana de Toxicologia Celular e Computacional, bem como Ex-Presidente da secção especializada em métodos in vitro e alternativos da Sociedade de Toxicologia. Obteve o bacharelato e o doutoramento em genética na Universidade George Washington em Washington, D.C. e é toxicologista certificado.



Referências

1. Trillet-Lenoir V. Europe's Beating Cancer plan - BECA Committee final report [Internet]. European Parliament. 2021 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://www.europarl.europa.eu/legislative-train/theme-promoting-our-european-way-of-life/file-europe-s-beating-cancer-plan>
2. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan: Communication from the Commission to the European Parliament and the Council [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf
3. World Health Organization Regional Office for Europe. European Tobacco Use: Trends Report 2019 [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/402777/Tobacco-Trends-Report-ENG-WEB.pdf
4. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Article 1(d) [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
5. Yach D. Accelerating an end to smoking: a call to action on the eve of the FCTC's COP9. *Drugs Alcohol Today*. 2020 May 21 ;20(3):173–89.
6. Service Public Fédéral Santé Publique de Belgique. Royal Decree prohibiting the manufacture and placing on the market of nicotine pouches and cannabinoid pouches [Internet]. Brussels; 2022 Jun [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/tris/en/search/?trisaction=search.detail&year=2022&num=417>
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Tobacco-Free Generations: Protecting children from tobacco in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen; 2017 [cited 2023 Mar 1]. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/343376/20170428_WHO-TobaccoFreeGeneration-DRAFT09.pdf
8. Khoo D, Chiam Y, Ng P, Berrick AJ, Koong HN. Phasing-out tobacco: proposal to deny access to tobacco for those born from 2000. *Tob Control*. 2010 Oct 1;19(5):355–60.
9. Russell MA. Low-tar medium-nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. *Br Med J* [Internet]. 1976 Jun 12 [cited 2021 Dec 6];1(6023):1430. Available from: [/pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC1640397/?report=abstract)
10. Human D, Milton A, Rataemane S, Letlape K, Magero J, Fagerström K. An Introduction to Oral Nicotine Delivery Systems: Oral Nicotine Commission 2020 Report [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 12]. Available from: https://healthdiplomats.com/THR_Downloads/Oral_Nicotine_Delivery_Systems.pdf
11. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. Estimating the harms of nicotine-containing products using the MCDA approach. *Eur Addict Res*. 2014 Apr 16;20(5):218–25.
12. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020 Oct 14 [cited 2021 Dec 7];10(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33052602/>
13. Nutt DJ, Phillips LD, Balfour D, Curran HV, Dockrell M, Foulds J, et al. E-cigarettes are less harmful than smoking. *The Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1160–2.
14. World Health Organisation. MPOWER Measures: Tobacco Control [Internet]. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
15. Nargis N. Healthy People Countdown 2030: reaching 5% cigarette smoking prevalence among US adults through state cigarette excise tax increases. *Tob Control*. 2021 Nov 5;tobacco-control-2021-056755.
16. Aotearoa Ministry of Health. Smokefree Aotearoa 2025 Action Plan [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- 1]. Available from: <https://www.health.govt.nz/our-work/preventative-health-wellness/tobacco-control/smokefree-aotearoa-2025-action-plan>
17. Balogun B. The Smokefree 2030 Ambition for England [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9655/CBP-9655.pdf>
18. Tobaksfakta. The Swedish Government aims at Smoke Free Sweden 2025 [Internet]. 2016 [cited 2023 Mar 1]. Available from: <https://tobaksfakta.se/the-swedish-government-aims-at-smoke-free-sweden-2025/>
19. NIH National Cancer Institute. What harmful chemicals does tobacco smoke contain? [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>
20. tobaccoharmreduction.net. An Advocate's Guide to Tobacco Harm Reduction [Internet]. 1st ed. thr.net; 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: 1. <https://media.thr.net/strapi/d5b691d-7b57a532da30f41f52dd63dcc.pdf>
21. Centers for Disease Control and Prevention. Fact Sheets: Smoking and Cigarettes [Internet]. CDC. 2023 [cited 2023 Mar 3]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/index.htm
22. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Risk Factors for Lung Cancer? [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 6]. Available from: https://www.cdc.gov/cancer/lung/basic_info/risk_factors.htm#:~:text=People%20who%20smoke%20cigarettes%20are,the%20risk%20of%20lung%20cancer.
23. Lariscy JT, Hummer RA, Rogers RG. Cigarette Smoking and All-Cause and Cause-Specific Adult Mortality in the United States. *Demography*. 2018 Oct 1;55(5):1855–85.
24. Xu X, Fiacco L, Rostron B, Homsy G, Salazar E, Levine B, et al. Assessing quality-adjusted years of life lost associated with exclusive cigarette smoking and smokeless tobacco use. *Prev Med (Baltim)*. 2021 Sep;150:106707.
25. Philip KE, Bu F, Polkey MI, Brown J, Steptoe A, Hopkinson NS, et al. Relationship of smoking with current and future social isolation and loneliness: 12-year follow-up of older adults in England. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2022 Mar;14:100302.
26. Casetta B, Videla AJ, Bardach A, Morello P, Soto N, Lee K, et al. Association Between Cigarette Smoking Prevalence and Income Level: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2016 Sep 27;ntw266.
27. U.S. National Cancer Institute, World Health Organisation. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. Monograph 21. [Internet]. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH; 2016 [cited 2023 Mar 6]. Available from: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>
28. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018 Jan;27(1):58–64.
29. Bonander C, Jakobsson N, Nilson F. Are fire safe cigarettes actually fire safe? Evidence from changes in US state laws. *Injury Prevention*. 2018 Jun;24(3):193–8.
30. National Fire Protection Association. Home Fires Started by Smoking [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.nfpa.org/News-and-Research/Data-research-and-tools/US-Fire-Problem/Smoking-Materials>
31. London Fire Brigade. Smoking remains the top cause of fatal fires despite a fall in the number of smokers [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://www.london-fire.gov.uk/news/2019-news/october/smoking-remains-the-top-cause-of-fatal-fires-despite-a-fall-in-the-number-of-smokers/>
32. World Health Organization. Tobacco and its environmental impact: an overview [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255574/9789241512497-eng.pdf>



33. World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control Secretariat. Tobacco has a negative impact on the environment [video online]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=A_JVz02PwAl
34. World Health Organization, United Nations Environment Programme. UNEP, Secretariat of the WHO FCTC partner to combat microplastics in cigarettes [Internet]. 2022 [cited 2023 Mar 8]. Available from: <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/01-02-2022-unesp-secretariat-of-the-who-fctc-partner-to-combat-microplastics-in-cigarettes>
35. Fischer F, Kraemer A. Meta-analysis of the association between second-hand smoke exposure and ischaemic heart diseases, COPD and stroke. *BMC Public Health*. 2015 Dec 1;15(1):1202.
36. The Lullaby Trust. Smoking during pregnancy or after birth increases the risk of SIDS [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.lullabytrust.org.uk/safer-sleep-advice/smoking/>
37. UK Government Department of Health & Social Care. Children whose parents smoke are 4 times as likely to take up smoking themselves [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://www.gov.uk/government/news/children-whose-parents-smoke-are-four-times-as-likely-to-take-up-smoking-themselves>
38. Gilman SE, Rende R, Boergers J, Abrams DB, Buka SL, Clark MA, et al. Parental Smoking and Adolescent Smoking Initiation: An Intergenerational Perspective on Tobacco Control. *Pediatrics*. 2009 Feb 1;123(2):e274–81.
39. Action on Smoking and Health. ASH and Breathe 2025 response to Advancing our health: prevention in the 2020s. [Internet]. 2019 [cited 2023 Mar 10]. Available from: <https://ash.org.uk/about/submissions>
40. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*. 2016 Jun 9;6(6):e011045.
41. Steinberg MB, Bover Manderski MT, Wackowski OA, Singh B, Strasser AA, Delnevo CD. Nicotine Risk Misperception Among US Physicians. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2022 Mar 31];36(12):3888–90. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-06172-8>
42. Rajkumar S, Adibah N, Paskow MJ, Erkkila BE. Perceptions of nicotine in current and former users of tobacco and tobacco harm reduction products from seven countries. *Drugs Alcohol Today*. 2020 Sep 10;20(3):191–206.
43. Mendelsohn C. The Healthy Truth About Vaping [Internet]. 1st ed. 2021 [cited 2022 Mar 31]. Available from: <https://colinmendelsohn.com.au/book/>
44. Royal College of Physicians. Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction [Internet]. London; 2016 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction>
45. Abrams DB, Glasser AM, Pearson JL, Villanti AC, Collins LK, Niaura RS. Harm Minimization and Tobacco Control: Reframing Societal Views of Nicotine Use to Rapidly Save Lives. *Annu Rev Public Health*. 2018 Apr 1;39(1):193–213.
46. Yach D. WHO Framework Convention on Tobacco Control. *The Lancet*. 2003 Feb;361(9357):611.
47. van der Eijk Y. Development of an integrated tobacco end game strategy. *Tob Control*. 2015 Jul;24(4):336–40.
48. Beaglehole R, Bonita R. Tobacco control: getting to the finish line. *The Lancet*. 2022 May;399(10338):1865.
49. Fagerström K. Can alternative nicotine products put the final nail in the smoking coffin? *Harm Reduct J*. 2022 Dec 1;19(1):131.
50. Human D, Farsalinos K, Milton A, Fagerström K, Glover M. Smoke Free Sweden 2023: Launch Event [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 22]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=CcnF0mXiV3o>
51. European Commission. Eurobarometer Dataset: Special Eurobarometer 506 [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 22]. Available from: https://data.europa.eu/data/datasets/s2240_506_eng?locale=en
52. Ramström L. Tobacco-related mortality Sweden & EU easier readable charts. Institute for Tobac-

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

- co Studies [Internet]. 2020 [cited 2023 Mar 22]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/345643346_Tobacco-related_mortality_SwedenEU_easier_readable_charts
53. World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564434>
54. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study [Internet]. IHME GBD Tool. 2019 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://www.healthdata.org/gbd>
55. Wikipedia. Schematic representation of DALY [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Disability-adjusted_life_year#/media/File:DALY_disability_affected_life_year_infographic.svg
56. Daroudi R, Akbari Sari A, Nahvijou A, Faramarzi A. Cost per DALY averted in low, middle- and high-income countries: evidence from the global burden of disease study to estimate the cost-effectiveness thresholds. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2021 Dec 4;19(1):7.
57. United Nations Development Program. Human Development Index [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 21]. Available from: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
58. The Snus Commission. Snus Saves Lives: A study of snus and tobacco-related mortality in the EU [Internet]. 2017 [cited 2023 May 2]. Available from: https://snusforumet.se/wp-content/uploads/2017/05/Snuskommissionen_rapport3_eng_PRINT.pdf
59. OECD. Health at a Glance: Europe 2016 [Internet]. OECD; 2016 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en
60. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. IARC Data on Cancer Incidence and Mortality Rates [Internet]. 2020 [cited 2023 May 2]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=15&type=1&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=0&include_nmssc_other=0&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=who_EURO&show_ranking=0&rotate=%255B10%252C0%255D
61. Belga. Belgium's Health Minister wants nicotine pouches banned. *The Brussels Times* [Internet]. [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.brusselstimes.com/health/359085/belgiums-health-minister-wants-nicotine-pouches-banned>
62. World Health Organization. WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Smoking: 2000-2025, Second Edition. [Internet]. 2018 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>
63. United Nations. Data Portal: Population Division [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://population.un.org/dataportal/home>
64. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Belgium [Internet]. 2021 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-belgium.pdf>
65. OECD. Government at a glance 2021 - country fact sheet: Sweden. 2021 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.oecd.org/gov/gov-at-a-glance-2021-sweden.pdf>
66. Wikipedia. List of European Union member states by political system [Internet]. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_European_Union_member_states_by_political_system
67. European Union. Eurobarometer: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. 2020 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
68. Johan Nissinen. Parliamentary question - E-003907/2022 - Promotion of e-cigarettes and nicotine pouches to curb smoking in Europe [Inter-



- net]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003907_EN.html
69. Sara Skyttedal. Parliamentary question - P-004082/2022 - European approaches to nicotine pouches [Internet]. European Parliament. 2022 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/P-9-2022-004082_EN.html
70. Ayles H, Mureithi L, Simwinga M. The state of tuberculosis in South Africa: what does the first national tuberculosis prevalence survey teach us? *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug;22(8):1094–6.
71. World Bank. Incidence of Tuberculosis (per 100,000 people) - Sweden [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://data.world-bank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=SE>
72. World Health Organisation. Fact Sheet: Tobacco [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
73. Stubbs B, Siddiqi K, Elsej H, Siddiqi N, Ma R, Romano E, et al. Tuberculosis and Non-Communicable Disease Multimorbidity: An Analysis of the World Health Survey in 48 Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 2;18(5):2439.
74. Padrão E, Oliveira O, Felgueiras Ó, Gaio AR, Duarte R. Tuberculosis and tobacco: is there any epidemiological association? *European Respiratory Journal*. 2018 Jan 25;51(1):1702121.
75. Khan AH, Sulaiman SAS, Hassali MA, Khan KU, Ming LC, Mateen O, et al. Effect of smoking on treatment outcome among tuberculosis patients in Malaysia; a multicenter study. *BMC Public Health*. 2020 Dec 4;20(1):854.
76. Jafta N, Jeena PM, Barregard L, Naidoo RN. Childhood tuberculosis and exposure to indoor air pollution: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2015 May 1;19(5):596–602.
77. Brunet L, Pai M, Davids V, Ling D, Paradis G, Lenders L, et al. High prevalence of smoking among patients with suspected tuberculosis in South Africa. *European Respiratory Journal*. 2011 Jul 1;38(1):139–46.
78. South African Medical Research Council. First national Global Adult Tobacco Survey highlights the huge burden of tobacco use in SA [Internet]. 2022 [cited 2023 May 4]. Available from: <https://www.samrc.ac.za/press-releases/first-national-global-adult-tobacco-survey-highlights-huge-burden-tobacco-use-sa>
79. Georgetown University. Professor David Levy - Global Health Institute [Internet]. 2023 [cited 2023 May 11]. Available from: <https://globalhealth.georgetown.edu/people/david-levy>
80. Levy DT, Tam J, Sanchez-Romero LM, Li Y, Yuan Z, Jeon J, et al. Public health implications of vaping in the USA: the smoking and vaping simulation model. *Popul Health Metr* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2021 Dec 6];19(1):1–18. Available from: <https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-021-00250-7>
81. Georgetown University, University of Michigan, Center for the Assessment of Tobacco Regulations. Register to download the SAVM Model [Internet]. 2023 [cited 2023 May 12]. Available from: https://tcors.umich.edu/Resources_Download.php?FileType=SAV_Model
82. Warner KE, Mendez D. E-cigarettes: Comparing the Possible Risks of Increasing Smoking Initiation with the Potential Benefits of Increasing Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*. 2019 Jan 1;21(1):41–7.
83. Ramström L. Institute for Tobacco Studies [Internet]. [cited 2023 Jun 5]. Available from: <http://www.tobaccostudies.com/>
84. European Commission. Special Eurobarometer 506: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes [Internet]. 2021 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
85. We Are Innovation, IPSOS. Swedes' Views on the Alternatives to Cigarettes: Usage of Alternative Nicotine Products Among Former Cigarette Smokers [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 5]. Available from: <https://weareinnovation.eu/documents/wai-sweden-poll-safer-nicotine.pdf>

Apêndice A

Estimativas Retrospectivas por País dos Encargos de Saúde Pública Atribuídos ao Tabagismo em Relação à Prevalência do Tabagismo

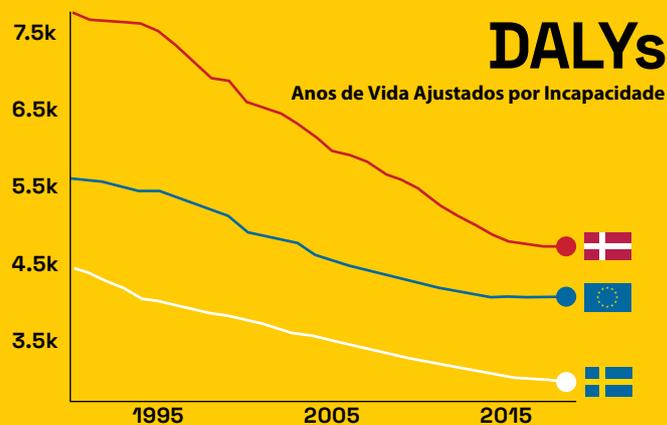
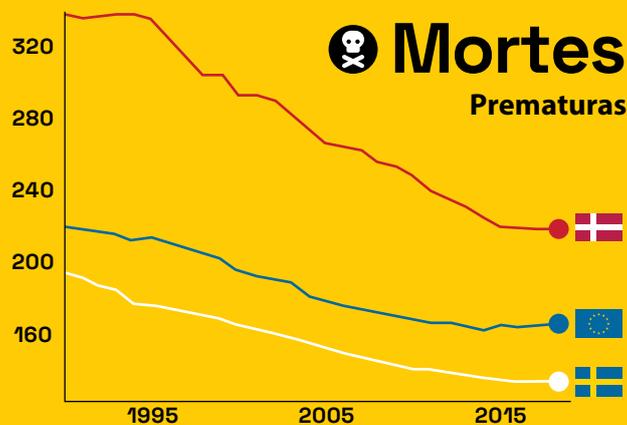
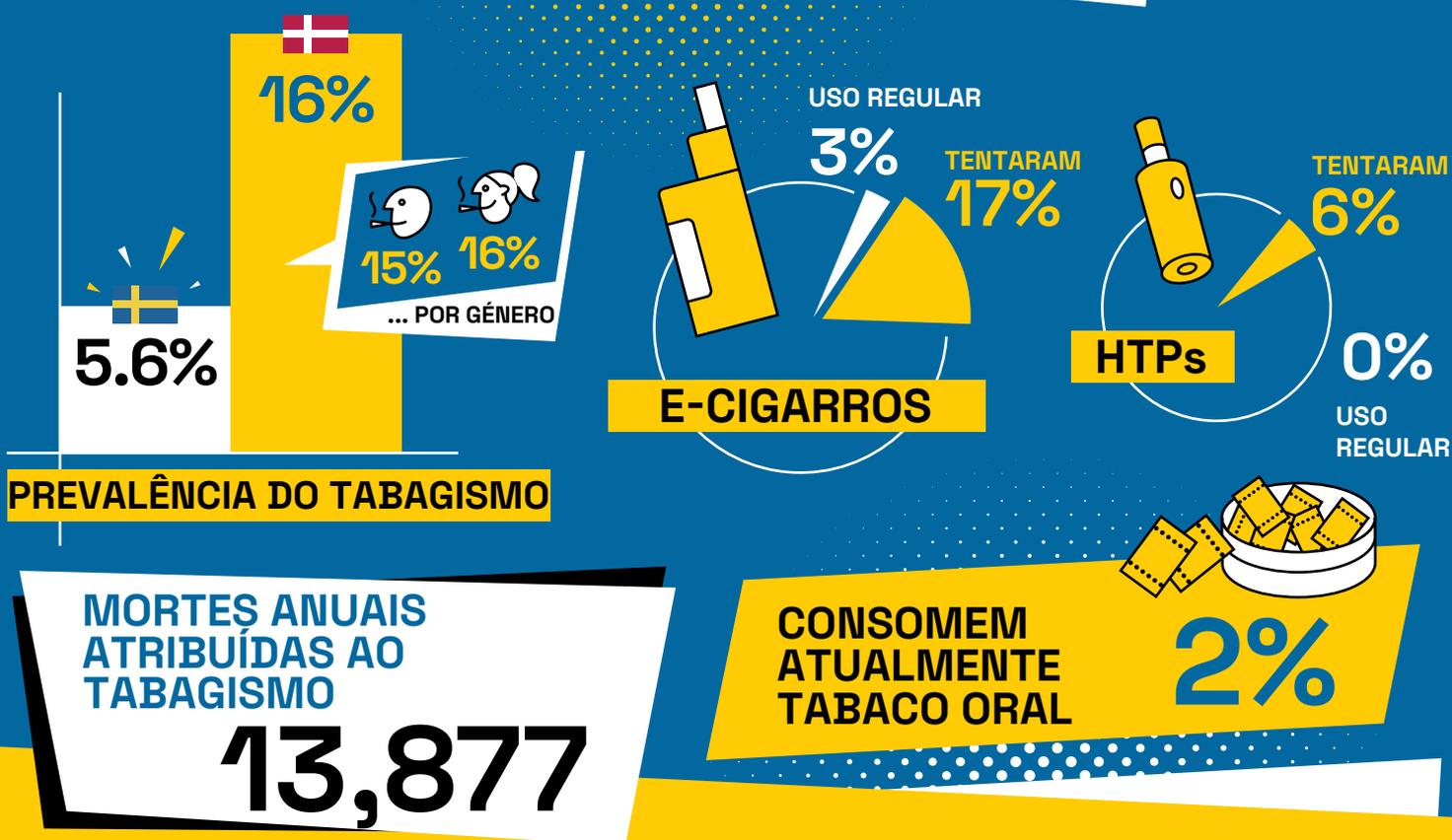
(Suécia versus países selecionados)

SE A DINAMARCA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000 E 2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS** **POTENCIAIS DALYs EVITADAS**

116,284 **2,125,295** **2,470,455**

DINAMARCA



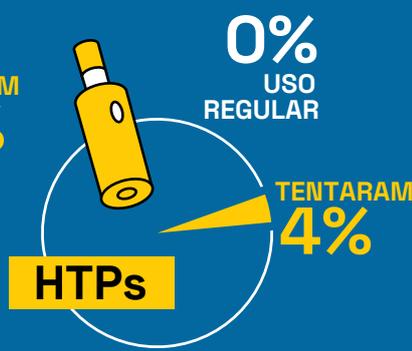
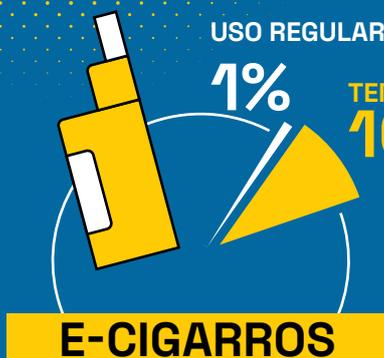
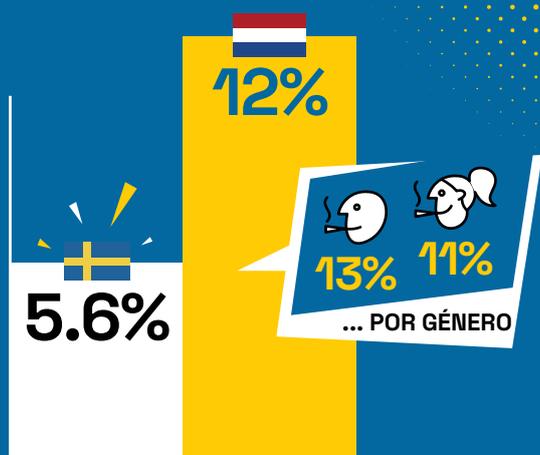
taxa por 100 mil

Figura A.1: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **DINAMARCA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

SE OS PAÍSES BAIXOS TIVESSEM A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **125,151** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS **3,178,308** POTENCIAIS DALYs EVITADAS **3,572,180**

PAÍSES BAIXOS



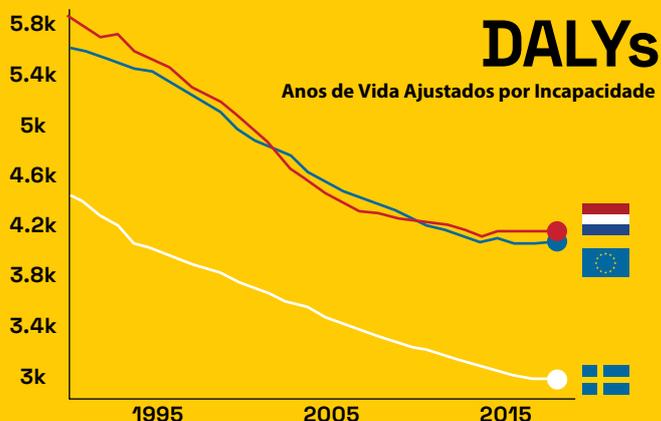
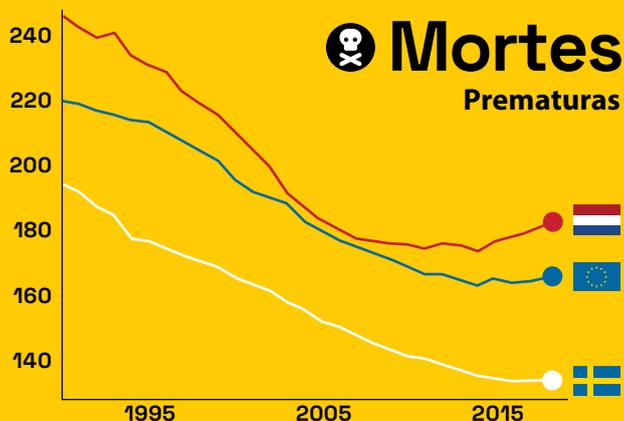
PREVALÊNCIA DO TABAGISMO

MORTES ANUAIS ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO

30,366

CONSUMEM ATUALMENTE TABACO ORAL

0%



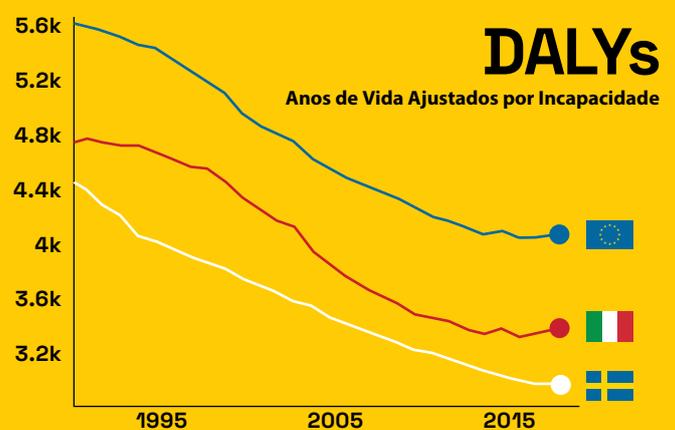
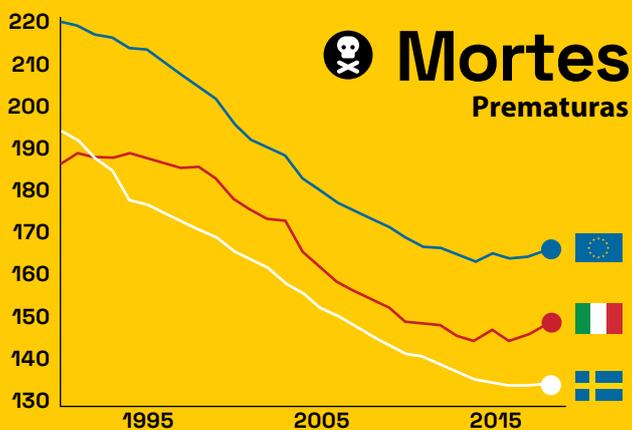
taxa por 100 mil

Figura A.2: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a HOLANDA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A ITÁLIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS: **124,750** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS: **4,263,002** POTENCIAIS DALYs EVITADAS: **4,369,863**

ITÁLIA



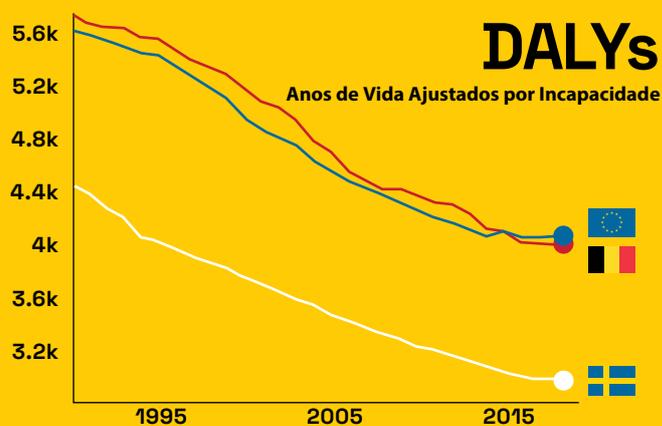
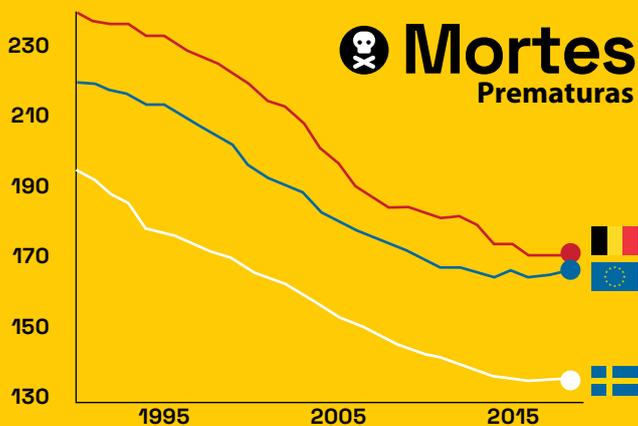
taxa por 100 mil

Figura A.3: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a ITÁLIA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A BÉLGICA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **90,570** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS **2,303,844** POTENCIAIS DALYs EVITADAS **2,511,439**

BÉLGICA



taxa por 100 mil

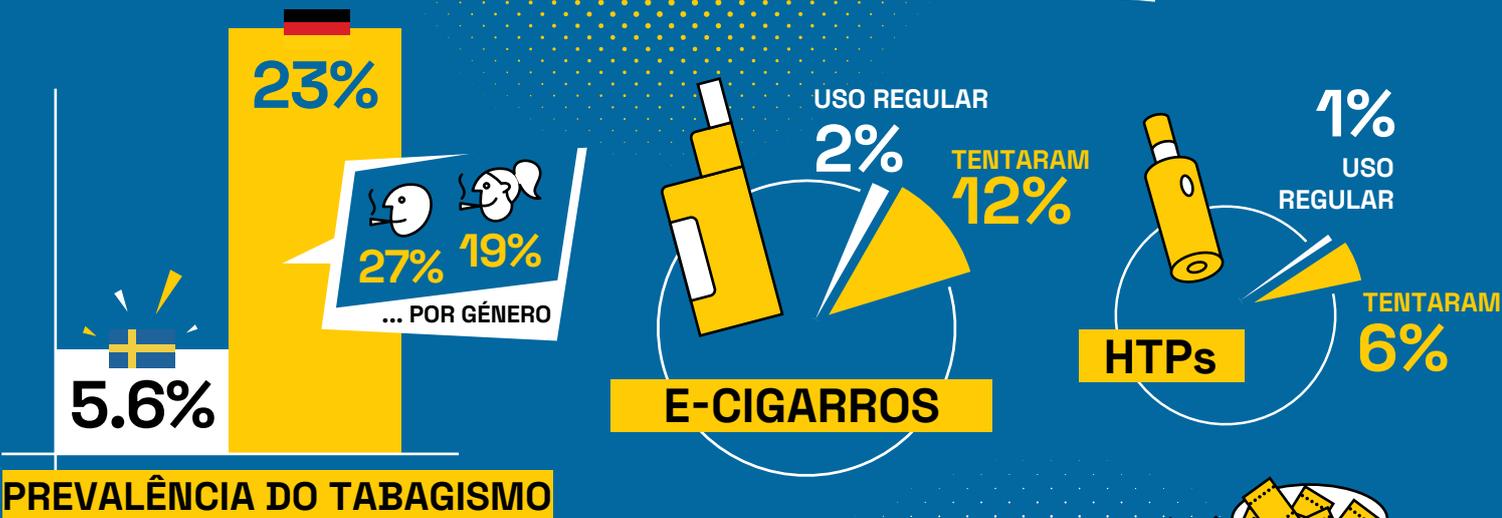
Figura A.4: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a BÉLGICA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A ALEMANHA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS** **POTENCIAIS DALYs EVITADAS**

454,366 **15,504,344** **17,981,109**

ALEMANHA

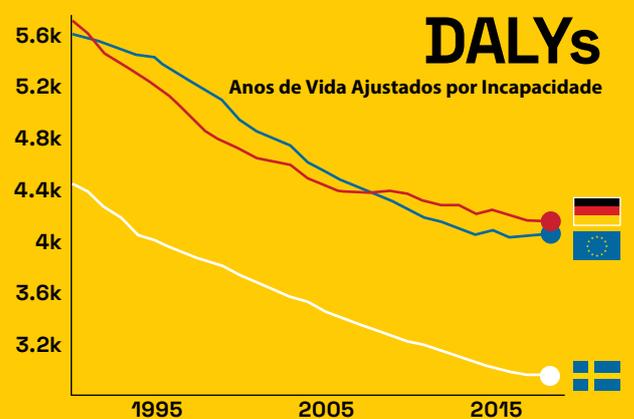
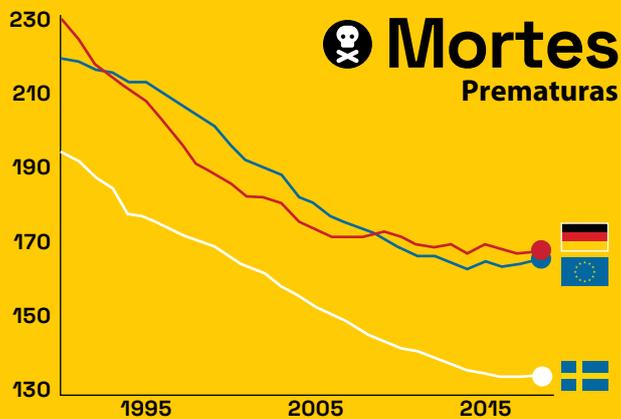


MORTES ANUAIS ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO

143,138

CONSUMEM ATUALMENTE TABACO ORAL

1%



taxa por 100 mil

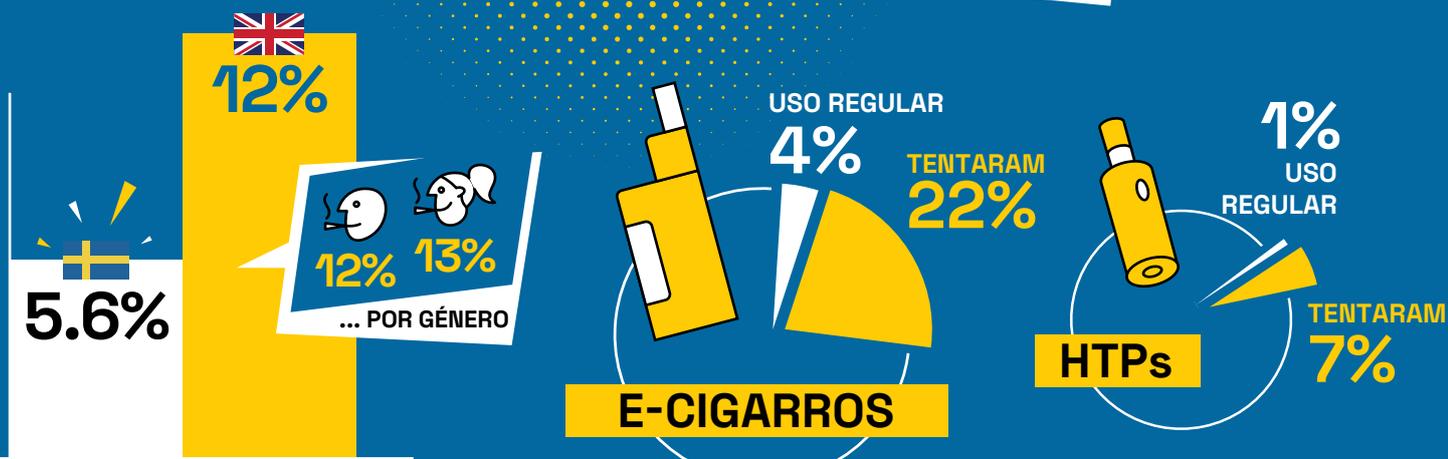
Figura A.5: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a ALEMANHA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE O REINO UNIDO TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS** **POTENCIAIS DALYs EVITADAS**

680,808 **13,477,253** **15,856,067**

REINO UNIDO



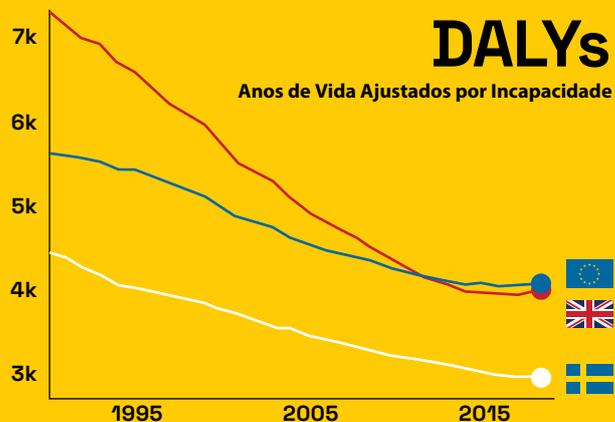
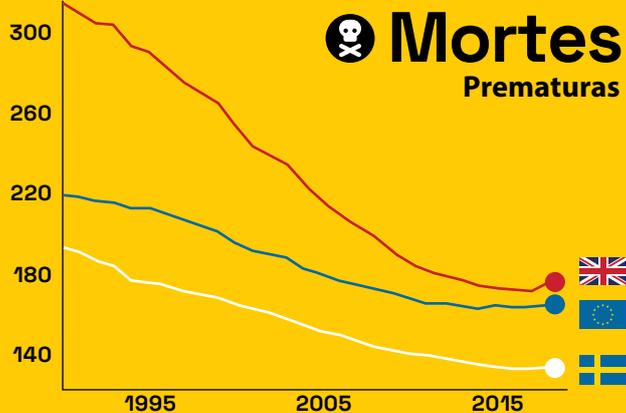
PREVALÊNCIA DO TABAGISMO

MORTES ANUAIS ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO

126,108

CONSUMEM ATUALMENTE TABACO ORAL

1%



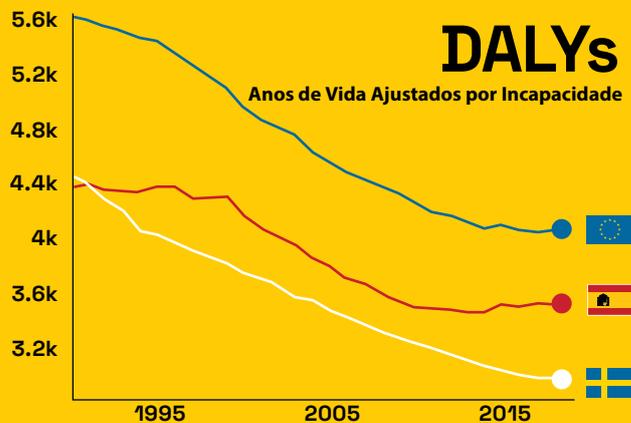
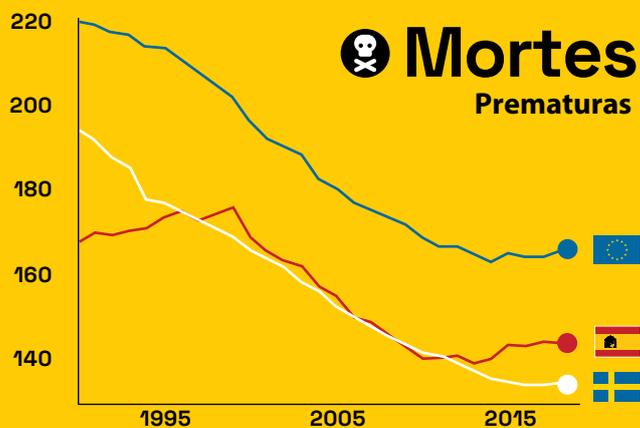
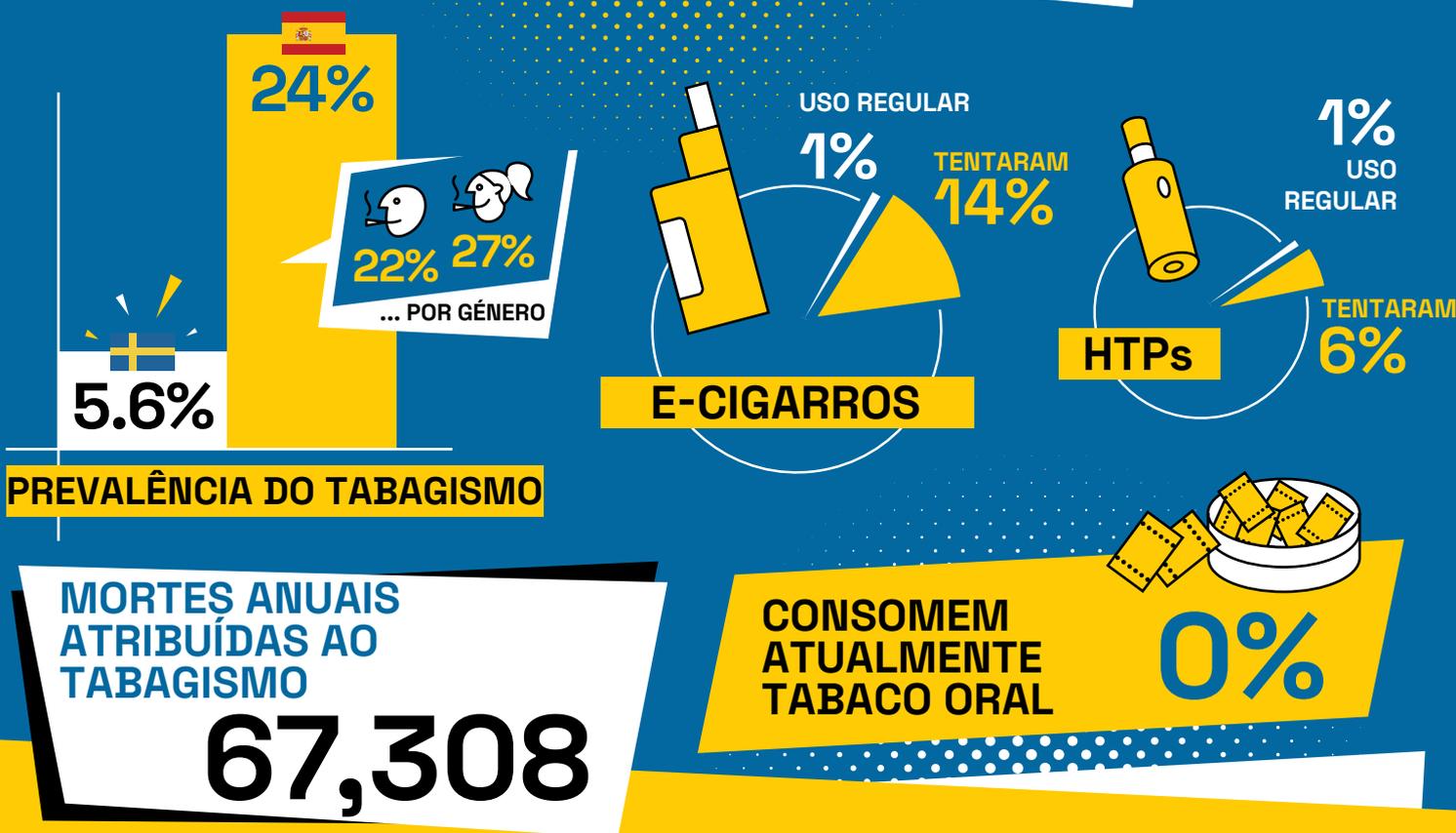
taxa por 100 mil

Figura A.6: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se o REINO UNIDO tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A ESPANHA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS	POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS	POTENCIAIS DALYs EVITADAS
30,865	3,900,229	3,352,663

ESPANHA



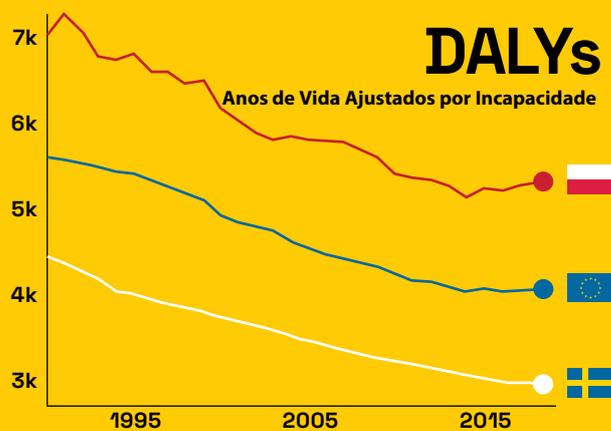
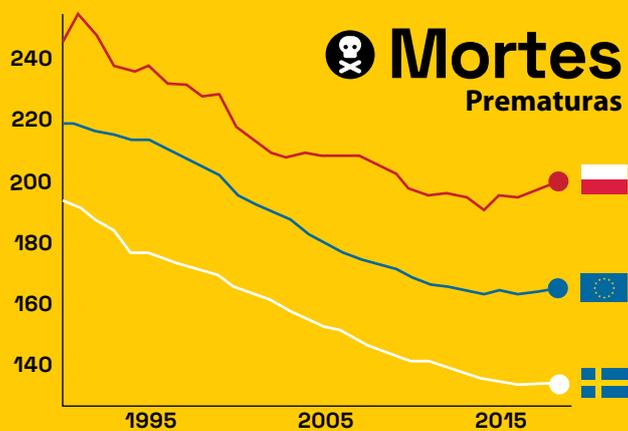
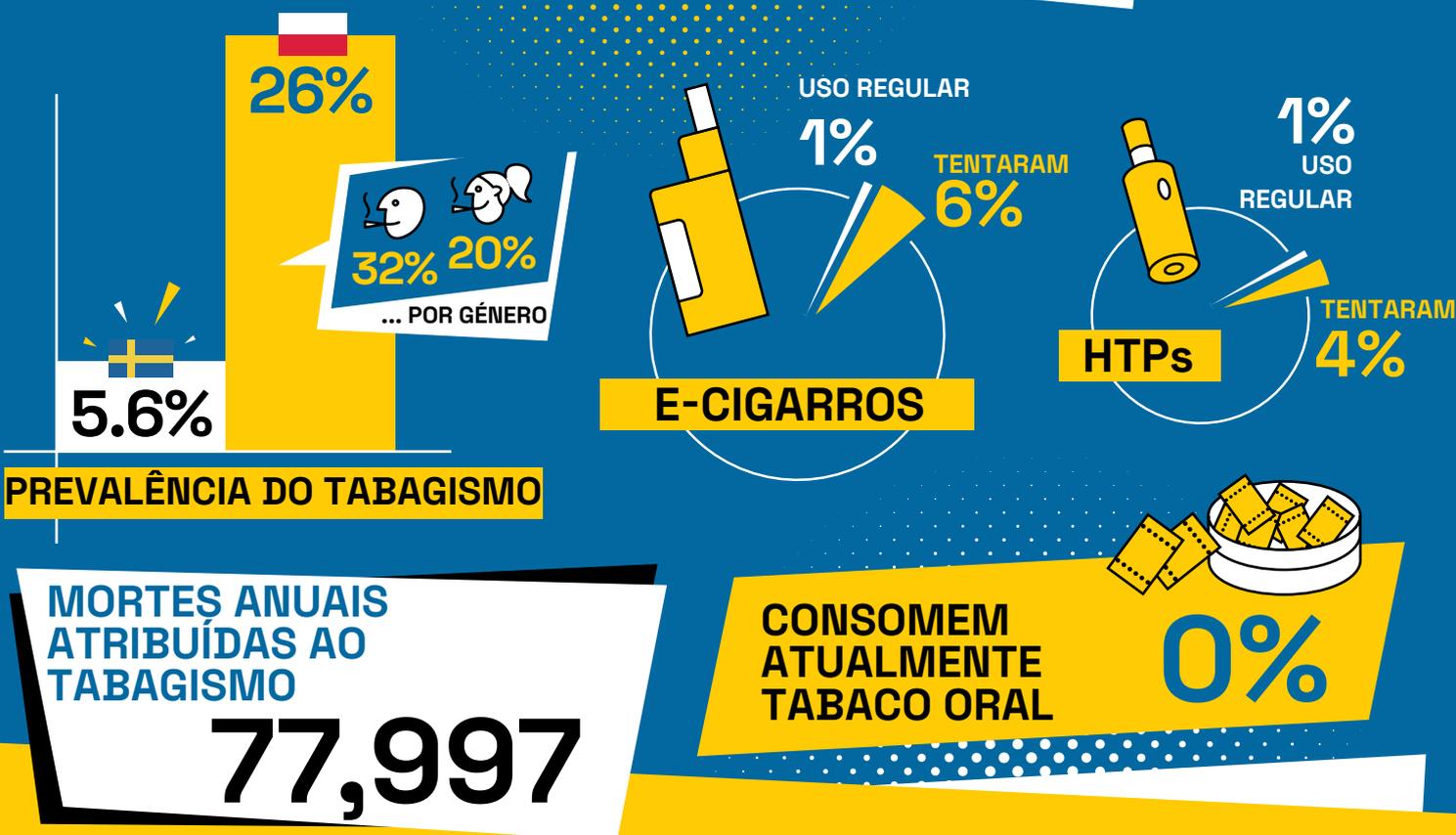
taxa por 100 mil

Figura A.7: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **ESPANHA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

SE A POLÓNIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS: **442,020** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS: **16,829,681** POTENCIAIS DALYs EVITADAS: **17,498,524**

POLÓNIA



taxa por 100 mil

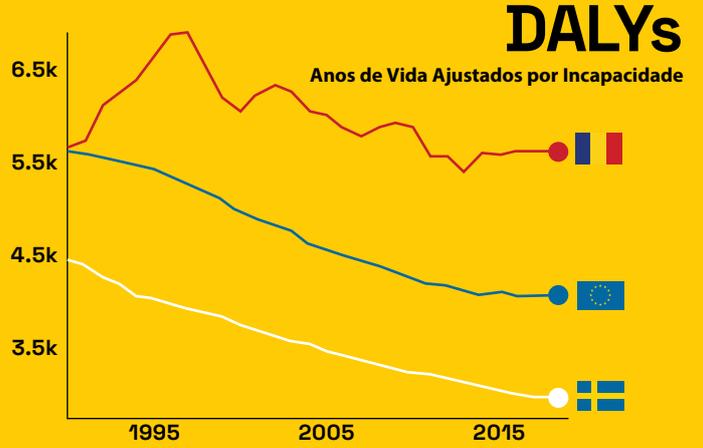
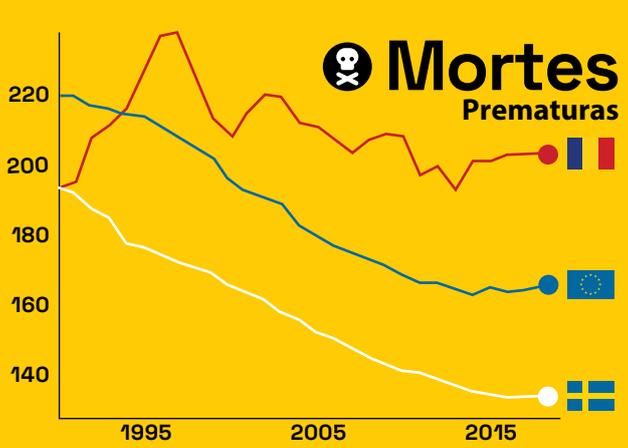
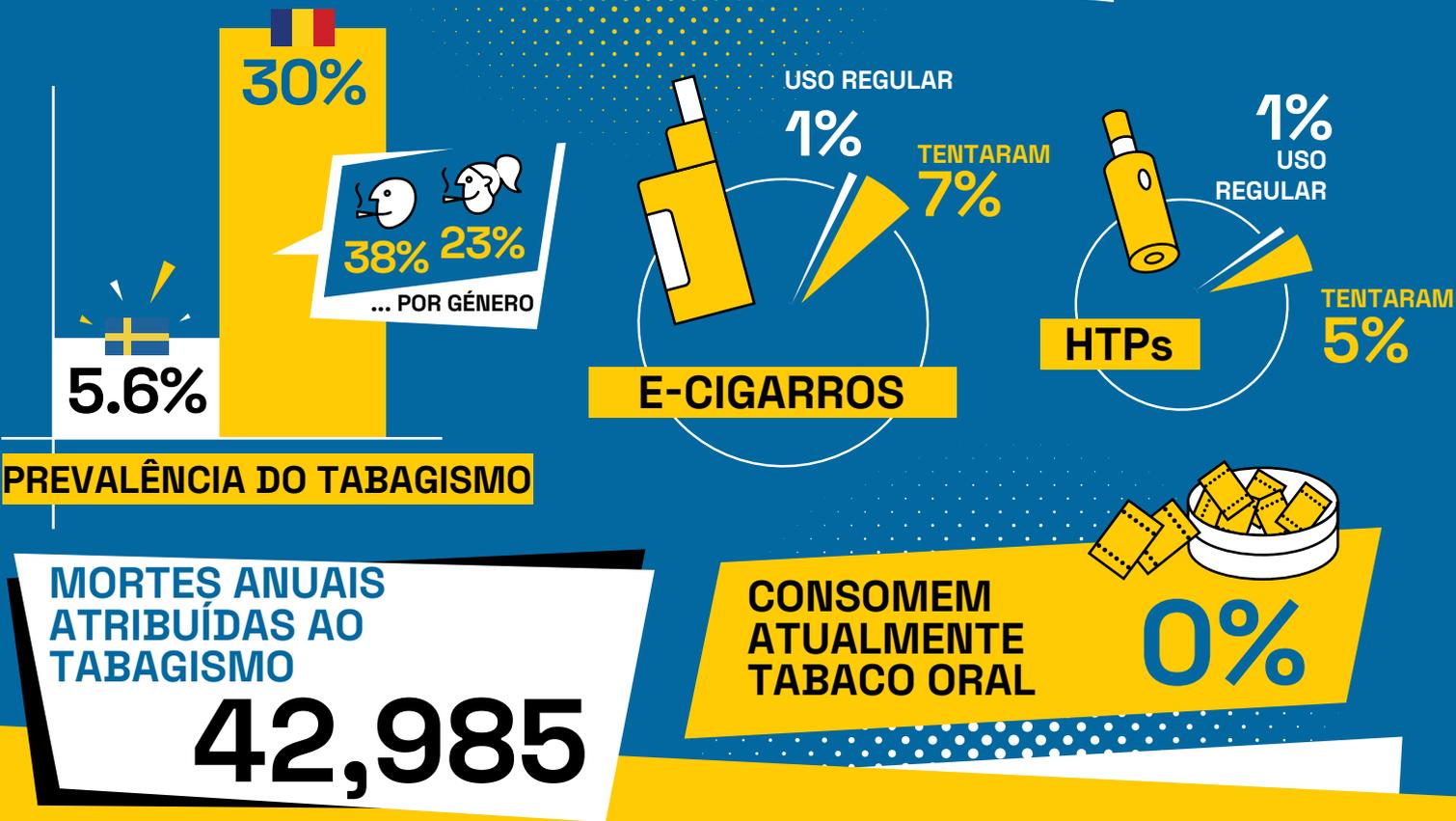
Figura A.8: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a POLÓNIA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A ROMÊNIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS** **POTENCIAIS DALYs EVITADAS**

251,205 **10,530,736** **10,479,915**

ROMÊNIA



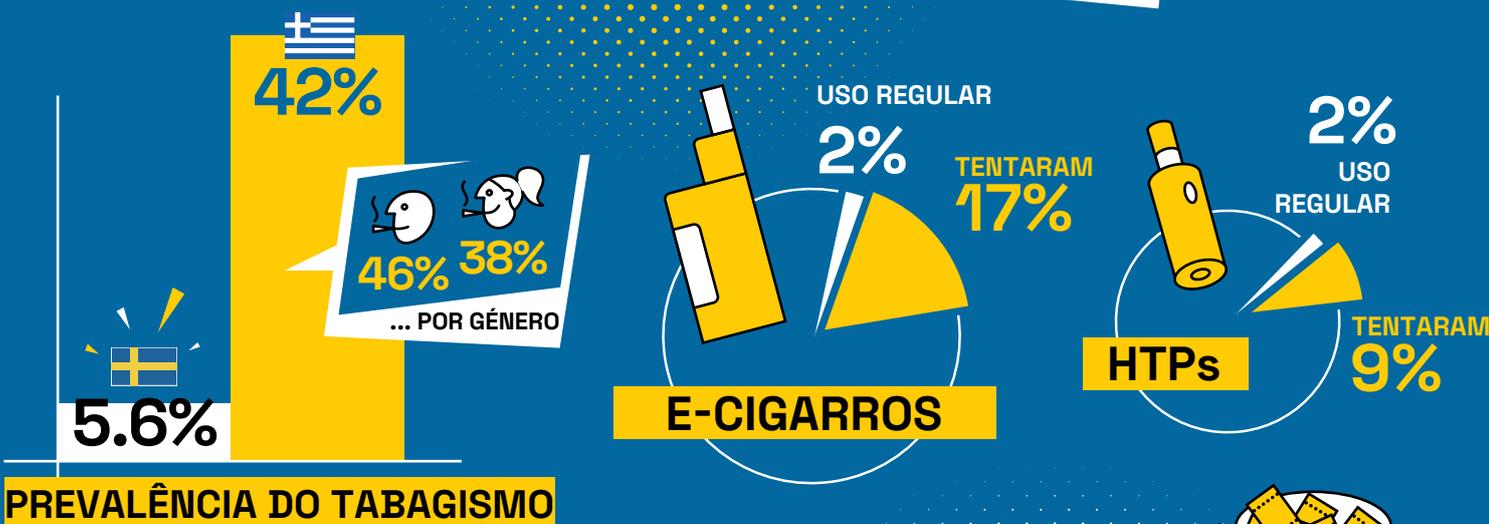
taxa por 100 mil

Figura A.9: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a ROMÊNIA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A GRÉCIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **169,522** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS **4,040,339** POTENCIAIS DALYs EVITADAS **4,511,619**

GRÉCIA



MORTES ANUAIS ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO

24,407

CONSUMEM ATUALMENTE TABACO ORAL

0%

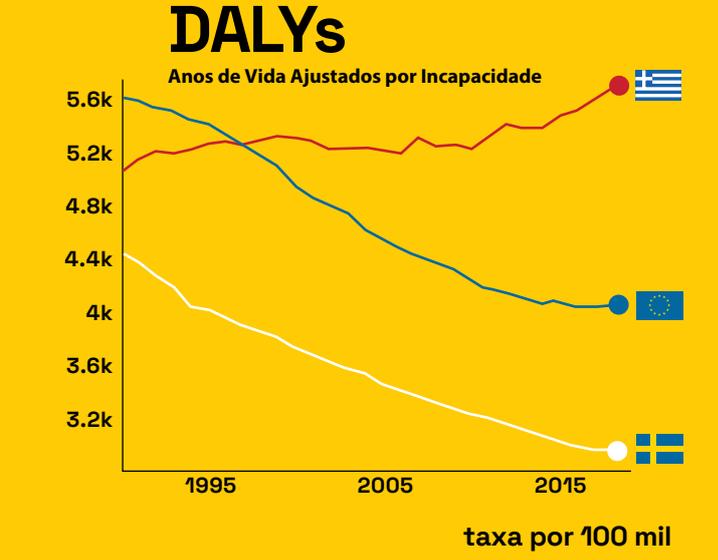
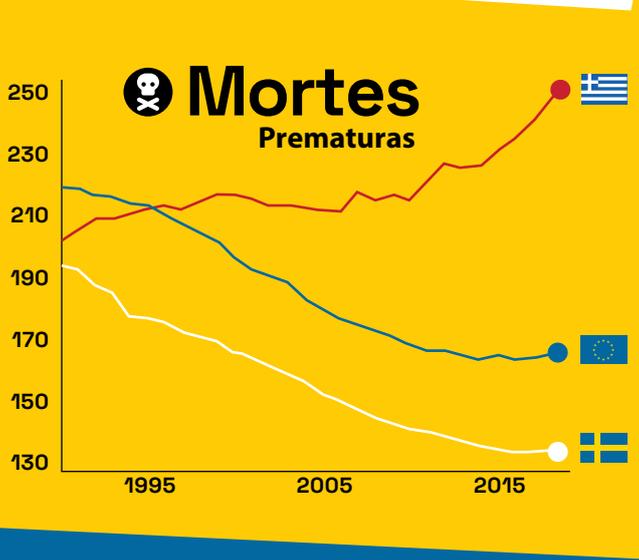
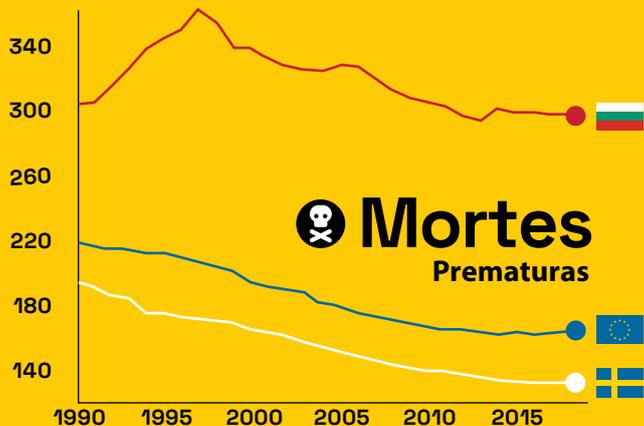
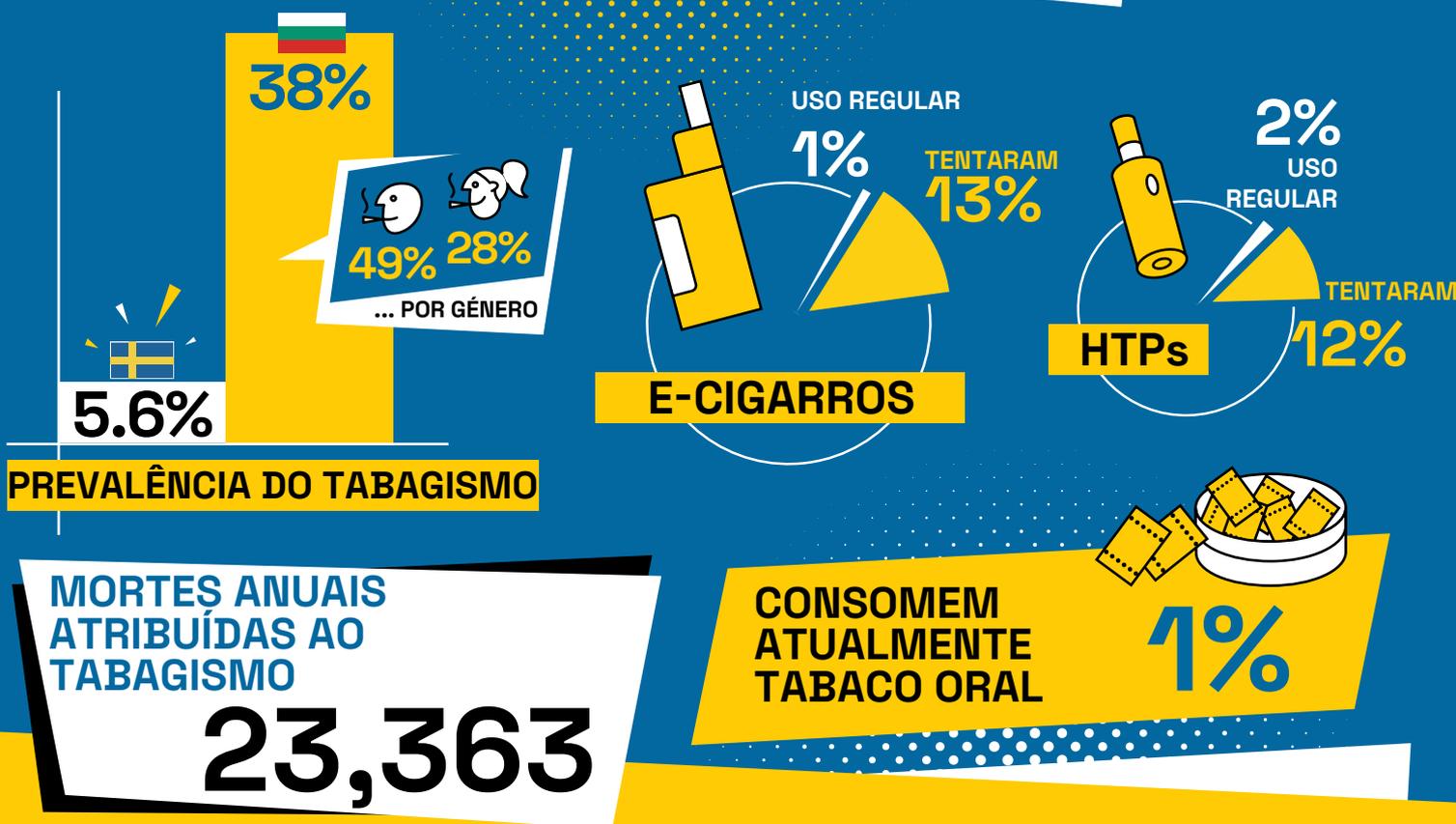


Figura A.10: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a GRÉCIA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

SE A **BULGÁRIA** TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A **SUÉCIA** ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **249,280** POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS **7,660,410** POTENCIAIS DALYs EVITADAS **8,109,450**

BULGÁRIA



taxa por 100 mil

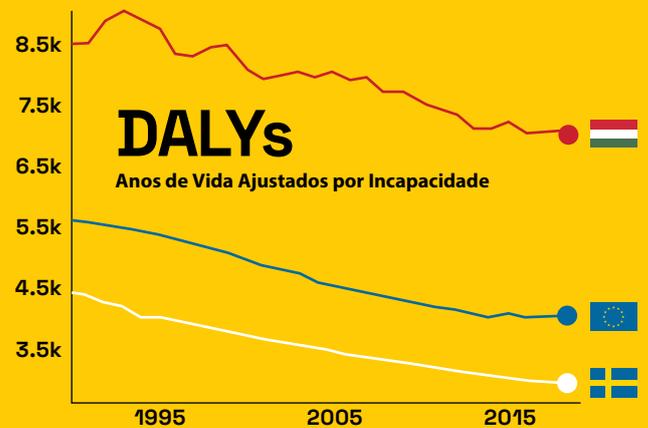
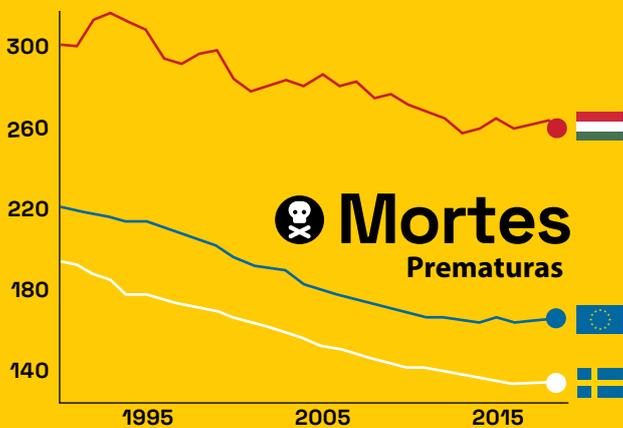
Figura A.11: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **BULGÁRIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

SE A HUNGRIA TIVESSE A MESMA TAXA DE MORTALIDADE E MORBILIDADE ATRIBUÍDAS AO TABAGISMO QUE A SUÉCIA ENTRE 2000-2019:

POTENCIAIS MORTES EVITADAS **POTENCIAIS ANOS DE VIDA GANHOS** **POTENCIAIS DALYs EVITADAS**

251,124 **7,942,192** **8,494,164**

HUNGRIA



taxa por 100 mil

Figura A.12: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a HUNGRIA tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴



Lista de Tabelas

Tabela 1:

Tabela 2: Fatores de incentivo selecionados para se afastar dos danos individuais e sociais do tabaco de combustão.

Tabela 3: Comparação da morbidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na UE, utilizando dados do GBD do IHME.⁵⁴ A coluna a azul "UE (se classificada como a Suécia)" é um valor hipotético calculado através da seguinte equação: (DALYs perdidos efetivos na UE/taxa de DALYs perdidos na UE) multiplicado pela taxa de DALYs perdidos na Suécia. Considerando "todas as causas", se a UE tivesse a mesma taxa de DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo que a Suécia durante estes 20 anos, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs perdidos.

Tabela 4: Comparação da morbidade atribuída ao tabaco entre 2000-2019 na Suécia e na UE, utilizando dados do Estudo da Carga Global de Doença do IHME⁵³. A coluna a azul "UE (se classificada como a Suécia)" é um valor hipotético calculado através da seguinte equação: (DALYs perdidos efetivos na UE / taxa de DALYs perdidos na UE) multiplicado pela taxa de DALYs perdidos na Suécia. Considerando "todas as causas", se a União Europeia tivesse a mesma taxa de DALYs perdidos atribuíveis ao tabagismo que a Suécia durante estes 20 anos, poderiam ter sido evitados 108 milhões de DALYs perdidos.

Lista de Figuras

Figura 1: Os danos ponderados do tabaco de combustão em comparação com as alternativas não combustíveis, colocados ao longo do "continuação de minimização de danos" por Abrams et al⁴⁵

Figura 2: Prevalência do consumo diário de tabaco na Suécia e na Noruega (onde o tabaco húmido está disponível) versus na Dinamarca e na Finlândia (onde o tabaco húmido é proibido)⁴⁹

Figura 3: Explicação esquemática do Ano de Vida Ajustado por Incapacidade (DALY)⁵⁵

Figura 4: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a UE tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a SUÉCIA entre 2000-2019.⁵⁴

Figura 5: Gráfico de barras empilhadas representando os dados da Tabela 3. Todos os dados são utilizados com a autorização do GBD do IHME.⁵⁴

Figura 6: Gráfico de barras empilhadas representando os dados da Tabela 4. Todos os dados são utilizados com a autorização do GBD do IHME.⁵⁴

Figura 7: Percentagem de homens com mais de 30 anos que fumam diariamente⁵⁸.

Figura 8: Taxa de mortalidade atribuível ao tabaco em homens com idade >30 anos por 100.000 habitantes⁵³.

Figura 9: De acordo com os dados do IARC 2020 da OMS, a Suécia tem a taxa de mortalidade mais baixa da Europa entre os homens em todos os tipos de cancro⁶⁰.

Figura 10: Comparação dos óbitos e DALYs relacionados com o tabagismo entre a Suécia e a Bélgica e a UE, utilizando dados do GBD do IHME⁵⁴. Se a Bélgica tivesse tido a mesma taxa de mortes e de DALYs relacionados com o tabagismo que a Suécia entre 2000-2019, poderiam ter sido evitadas 90.570 mortes e 2,5 milhões de DALYs.

Figura 11: Gráficos que mostram as mortes por tuberculose atribuídas ao tabagismo e os DALYs na África do Sul em comparação com as médias Africana e Mundial. Todos os dados foram utilizados com a autorização do GBD do IHME⁵⁴.

Figura 12: A África do Sul é classificada como "IDH elevado" pela ONU⁵⁷. Assumindo que o custo de cada DALY perdido é de 23.782 dólares, de acordo com as conclusões de Daroudi et al⁵⁶, o tabagismo está potencialmente a custar à África do Sul mais 2,4 mil milhões de dólares por ano na sua batalha contra a

SAVING LIVES LIKE SWEDEN

TB, em comparação com a média Africana. Dados DALY do IHME GBD⁵⁴.

Figura 13: Gráfico reproduzido de Levy et al.⁸⁰ que descreve os estados de transição entre os utilizadores de categorias de produtos no seu percurso para deixar de fumar e/ou de tomar NVP.

Figura 14: O que aconteceria se os fumadores adultos nos EUA passassem a utilizar produtos vaporizadores de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 1,8 milhões de mortes e seriam ganhos 38,9 milhões de anos de vida.

Figura 15: O que aconteceria se os fumadores adultos no Canadá passassem a utilizar produtos vaporizadores de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 130.000 mortes e seriam ganhos 3,5 milhões de anos de vida.

Figura 16: O que aconteceria se os fumadores adultos na Alemanha passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 300.000 mortes e seriam ganhos 4,7 milhões de anos de vida.

Figura 17: O que aconteceria se os fumadores adultos em Inglaterra passassem a utilizar produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 200.000 mortes e seriam ganhos 5 milhões de anos de vida.

Figura 18: O que aconteceria se os fumadores adultos na Austrália mudassem para produtos de vaporização de nicotina? De acordo com o modelo SAVM de Levy et al.⁸⁰, seriam evitadas 104 200 mortes e seriam ganhos 2,05 milhões de anos de vida.

Figura 19: As projeções de Yach que mostram como a adoção generalizada de PRH reduziria drasticamente as mortes relacionadas com o tabaco até 2060⁵.

Figura 20: A Suécia tem a mortalidade masculina relacionada com o tabaco mais baixa da UE, de acordo com a compilação de Ramström⁵² de dados IHME GBD⁵⁴.

Figura 21: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) explicado⁵⁷

Figura 22: A sondagem We are Innovation, realizada pela IPSOS, concluiu que "os Suecos que mudaram para as ANP são motivados principalmente por preocupações de saúde. Seguem-se considerações de ordem social, financeira e outras"⁸⁶

Figura A.1: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **DINAMARCA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.2: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **HOLANDA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.3: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **ITÁLIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.4: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **BÉLGICA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.5: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **ALEMANHA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.6: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se o **REINO UNIDO** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.7: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **ESPAÑA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.8: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **POLÓNIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.9: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **ROMÉNIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.10: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **GRÉCIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.11: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **BULGÁRIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴

Figura A.12: Apresentação gráfica: potenciais mortes e DALYs evitados se a **HUNGRIA** tivesse a mesma taxa de mortalidade e morbidade atribuídas ao tabaco que a **SUÉCIA** entre 2000-2019.⁵⁴



**SMOKE FREE
SWEDEN 2023**
www.smokefreesweden.org