

ASSUNTO: A Proposta de Lei PPL n.º 38/XIII/2.ª, o Grupo de Trabalho sobre Tabaco e a importância de uma Lei de Saúde Pública mais efetiva.

DATA: 26-04-2017

Exmo. Senhor Deputado da Comissão de Saúde,

No âmbito da apresentação das propostas de alterações e da votação indiciária pelo grupo de trabalho da Comissão de Saúde à “Proposta de lei PPL n.º 38/XIII/2.ª”, escrevemos-lhe como representantes da comunidade de saúde pública em Portugal.

Estamos seriamente preocupados de que a posição adotada pelo grupo de trabalho da Comissão de Saúde da AR corra o risco de não respeitar os princípios de saúde pública, o que não será alheio o intenso e visível *lobby* desenvolvido pela indústria do tabaco e seus aliados.^{1,2}

Neste contexto, apelamos ao grupo de trabalho e membros da Comissão de Saúde da AR para que apoiem a proposta apresentada pelo Governo e que não introduzam alterações que desvirtuem o princípio constitucional da proteção da saúde da população portuguesa, assim como a evidência científica e o princípio da precaução em saúde pública.

No entanto, sabemos que nos últimos meses os deputados e membros da Comissão de Saúde consultaram e reuniram com outras entidades do setor comercial e serviços, com interesses particulares, para reformular a proposta.^{1,2}

Em Portugal, a política de controlo de tabaco não tem seguido consistentemente a evidência de saúde pública e as diretrizes da Convenção-Quadro de Prevenção e Controlo do Tabaco (CQPCT) da OMS, apesar de Portugal ter ratificado a CQPCT. A negociação política das medidas de controlo de tabaco tem sofrido demasiado da interferência da indústria do tabaco.³⁻⁶ A OMS recomenda fortemente aos governos, aos decisores políticos, às autoridades e profissionais de saúde e à sociedade em geral que limitem as interações com a indústria do tabaco e seus aliados. Recordamos que, de acordo com o artigo 5.3 da CQPCT da OMS, os diversos atores sociais e os decisores políticos estão obrigados a expor e a denunciar as táticas e a interferência da indústria que prejudica a saúde pública e o bem-estar social e económico da população.⁷

Precisamos de uma legislação baseada na evidência de saúde pública e no bem-estar e na saúde dos cidadãos e não na salvaguarda dos interesses comerciais, a fim de travar a epidemia tabágica e de proteger a saúde da população portuguesa. Estamos em permanente contacto com a comunidade internacional de saúde pública que se mantém particularmente atenta e apreensiva com os desenvolvimentos da proposta de lei em Portugal. Desta carta daremos o devido destaque nas redes sociais e *sites* das associações das ONG e comunidade de saúde pública nacional e internacional.

Porque é importante alterar a lei do tabaco

As Organizações Não-Governamentais (ONG), as Associações de Profissionais de Saúde e diversos líderes de saúde, em representação da comunidade de saúde pública e da sociedade civil na luta contra o tabagismo, têm apelado aos sucessivos Governos para alterarem a *Lei 37/2007 de 14 de Agosto*, posteriormente atualizada para a *Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto*, apontando as falhas e deficiências na proteção da exposição ao Fumo Ambiental de Tabaco (FAT) e aos princípios que regem a CQPCT da OMS.

A epidemia tabágica é um dos principais problemas de saúde pública, ao nível global e em Portugal.^{8,9} O tabaco continua a ser uma das principais causas de morte prematura e um fator causal ou agravante de muitas doenças, principalmente cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares, tuberculose e diabetes.¹⁰ Além disso, a exposição ao FAT é um dos principais problemas de saúde das crianças.^{9,10} Acresce que o tabaco prejudica especialmente as populações mais vulneráveis, contribuindo fortemente para as desigualdades sociais e em saúde, além de prejudicar o desenvolvimento sustentável, o crescimento económico e o bem-estar social.⁸⁻¹⁰

Segundo o Euro barómetro de 2015, Portugal é um dos países UE com exposição elevada ao FAT acima da média europeia, e um dos únicos países da UE que tem aumentado a prevalência de fumadores, sobretudo à custa do aumento do tabagismo nas mulheres portuguesas.¹¹⁻¹³

Uma avaliação recente da evolução temporal do consumo de tabaco na população portuguesa (1987-2014) por epidemiologistas portugueses, baseada na modulação estatística dos dados dos inquéritos nacionais de saúde, conclui que: 1) o consumo tem aumentado nas mulheres portuguesas em todas as idades e regiões do país; 2) o decréscimo do consumo observado na população masculina não é consistente em todos os grupos etários, sendo preocupantemente elevado nos adultos jovens (42%); 3) o consumo de tabaco está associado a determinantes sociais desfavoráveis, como por exemplo menor nível de instrução, desemprego e divórcio.¹³

É prioritário alterar a lei em vigor.

Neste contexto, defendemos a proposta de Lei do governo que 1) contempla a extensão da proteção ao FAT no recinto exterior adjacente às entradas a menos de 5 metros de edifícios, e se possível que seja estendida a pelo menos 9 metros¹⁴, tais como hospitais e outros serviços de saúde, escolas, universidades e outros estabelecimento de ensino, e ainda nos parques infantis; 2) aplica as medidas de regulamentação já adotadas para os produtos de tabaco, em relação à limitação do seu consumo nos mesmos locais públicos e à proibição da publicidade, promoção e patrocínio, aos novos produtos do tabaco que produzam aerossóis ou partículas inaláveis.

Quais os argumentos científicos e a evidência de saúde pública que fundamenta esta lei?

1) Alteração à lei de proteção ao Fumo Ambiental de Tabaco (FAT)

O FAT está classificado pela OMS como um **carcinogéneo humano**, além de conter muitas substâncias comprovadamente tóxicas e irritantes.^{15,16} Não existe um nível seguro de exposição ao fumo passivo,^{15,16} e mesmo a exposição breve de alguns minutos e/ou repetida pode causar efeitos imediatos e prejudiciais para a saúde, sobretudo ao nível do sistema cardiovascular e respiratório e em populações vulneráveis, tais como crianças, idosos e doentes crónicos.^{15,16} Acresce que a exposição ao FAT não ocorre apenas em espaços fechados, já que diversos estudos têm demonstrado que pode haver exposição elevada em determinados espaços ao ar livre, bem como em espaços fechados adjacentes aos mesmos.¹⁷⁻²⁴

De facto, estudos científicos robustos, baseados na monitorização de filtros de nicotina ambiental e na medição em tempo real de partículas respiráveis (PM), **mostraram que as concentrações de FAT em muitas áreas ao ar livre são frequentemente tão ou mais elevadas do que em algumas áreas interiores; e que os riscos da exposição ao FAT ao ar livre podem ter um impacto considerável na saúde pública, sobretudo quando um número elevado de pessoas é involuntariamente exposto.**¹⁷⁻²³

Deste modo, e seguindo a evidência científica mais atual, a revisão das diretrizes do Artigo 8 da CQCT da OMS recomenda que os locais públicos quasi-exteiores e exteiores devem estar totalmente livres de fumo de tabaco, tendo exortado os países a "adotar a proteção mais eficaz contra a exposição sempre que as evidências mostram que existe perigo de exposição".²⁵

As crianças são as populações mais frequentemente expostas ao FAT.^{8,9,26} Esta exposição ocorre principalmente em casa, mas também é considerável noutros lugares tais como veículos privados, instalações de cuidados infantis e educacionais, serviços de saúde, locais de culto e áreas públicas recreativas ao ar livre (parques, jardins infantis e zoológicos, etc).²⁶

Salientamos também que as leis abrangentes de proteção ao FAT não têm custos de implementação, sendo fáceis de fiscalizar porque têm melhor cumprimento do que as leis parciais; e são muito custo-efetivas e populares.²⁷

Nos países que implementaram leis abrangentes de proteção ao FAT, como a Espanha, a França, Itália, Bélgica, Holanda, Hungria, Bulgária, Polónia, Checoslováquia, Lituânia, Letónia, Reino Unido, Irlanda, Suécia, Finlândia, Noruega, etc, a proibição de fumar é cumprida e respeitada.²⁷

Atualmente, Portugal é dos poucos países EU que não tem ou não está a desenvolver uma legislação abrangente de proteção ao fumo de tabaco, apesar da esmagadora maioria dos portugueses apoiar a proibição abrangente de fumar em todos os locais públicos fechados sem exceções e em locais exteriores.^{11,28, 29}

Com efeito, um estudo recente que inquiriu uma amostra representativa da população residente em Portugal continental mostrou que 86% dos portugueses e 66% dos fumadores concordam com a proibição de fumar em todos os locais públicos fechados sem exceções.²⁸

Outro estudo recente realizado em Braga mostra que a grande maioria dos inquiridos concorda que devia ser proibido fumar: em todos os espaços públicos, incluindo esplanadas de bares e restaurantes (74%); nas zonas exteriores das escolas primárias (97%); nas zonas exteriores das escolas de 2º e 3º ciclo e secundárias (97%), nas zonas exteriores das universidades (72%); nas zonas exteriores dos hospitais (73%); nas zonas exteriores dos centros de saúde; (74%); nas zonas ao ar livre dos transportes públicos (paragens: 64%), nos parques infantis (67%).²⁹

Por último, as leis abrangentes de proteção ao FAT para além de serem a única medida que protege eficazmente da exposição ao FAT, também diminuem a visibilidade e reduzem a aceitação social do tabagismo, sobretudo entre as crianças e os jovens, impedindo que estes comecem a fumar, assim como motivam os fumadores para cessar, promovendo a cessação tabágica.^{8,9,27}

Estudos epidemiológicos recentes demonstraram que os jovens que vivem em cidades com proibições de fumar mais abrangentes têm metade da probabilidade de se tornarem fumadores em comparação com os jovens que vivem em cidades com proibições parciais ou limitadas.³⁰ Além disso, as crianças e jovens beneficiam de políticas abrangentes livres de FAT através de ganhos em saúde, por exemplo, reduções nas hospitalizações relacionadas com asma em crianças³¹ e redução nos nascimentos prematuros.³²

Diversos estudos realizados em hospitais, inclusive em Portugal, mostraram que fumar nas principais entradas dos hospitais é um comportamento frequente e visível, sendo percecionado como tal pelos utentes, e estando associado à contaminação por FAT nos espaços interiores adjacentes.^{21,33} Um estudo recente realizado num hospital público português mostrou que a esmagadora maioria dos utentes do hospital concorda com a proibição de fumar nas aéreas exteriores adjacentes às entradas do hospital e apoiaria o alargamento da proibição de fumar no recinto exterior.³³

Por outro lado, um estudo realizado na Catalunha mostrou que a medida que mais contribui para a redução da prevalência de fumadores nos trabalhadores do hospital foi a extensão da proibição de fumar ao recinto hospitalar exterior.³⁴

Em Espanha esta medida vigora desde 2012, sendo cumprida e respeitada. A DGS tem recebido muitas queixas de utentes, funcionários e gestores, relacionadas com a exposição ao FAT nas imediações dos hospitais públicos. Diversos hospitais em Portugal, tais como o H. de Vila Franca, o H. de Loures e o H. de Santa Maria da Feira já adotaram a proibição de fumar no recinto exterior adjacente às entradas do edifício, sendo esta medida cumprida e respeitada. Outros hospitais estão a preparar a implementação desta medida para breve.

2) A regulamentação dos novos produtos de tabaco

A regulamentação dos novos produtos de tabaco, como o cigarro eletrónico (E-cigarros) e o tabaco aquecido (THS) é crucial, pois a mensagem enganosa do marketing agressivo da indústria do tabaco e seus aliados que o vendem como benéfico, vai impedir que muitos fumadores interrompam o seu consumo e continuem a inalar produtos aditivos, cancerígenos, tóxicos e irritantes. Por outro lado, vai atrair com promessas falsas de maior segurança e inocuidade muitos jovens a iniciar o consumo. Como estes novos produtos administram nicotina sob a forma inalada, uma das mais aditivas vias de administração, os consumidores vão manter o consumo, como tal os riscos para a saúde perdurarão. No caso do tabaco tradicional já está comprovado que a maior diferença no risco não é só a do número de cigarros fumados por dia (nível de exposição pontual) e a quantidade de produtos nocivos consumidos, mas sim a duração do comportamento tabágico e da exposição a produtos nocivos ao longo do tempo. Assim, um maior número de consumidores expostos por um período de tempo alargado representará uma maior carga de doença, somando mais morbilidade, incapacidade e mortalidade na população.

A principal razão da regulamentação e controlo destes produtos é, além da sua toxicidade e capacidade de provocar doença e morte, a própria presença da nicotina contida no aerossol de ambos, à semelhança dos cigarros tradicionais. A nicotina é altamente aditiva e provoca dependência, não é inócua, pode ter efeitos adversos no desenvolvimento do feto durante a gestação e pode contribuir para doenças cardiovasculares. Embora a própria nicotina não seja carcinogénica, pode funcionar como um "promotor tumoral" e parece estar envolvido na biologia de doenças malignas, bem como de neurodegenerescência. A exposição fetal e adolescente à nicotina pode ter consequências a longo prazo no desenvolvimento cerebral, levando potencialmente a problemas de aprendizagem e ansiedade, além de psicoses. A evidência é suficiente para alertar as crianças, adolescentes, mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva contra o uso de nicotina sob todas as suas formas.

Cigarros eletrónicos (E-cigarros)

Uma revisão sistemática recente dos riscos para a saúde decorrentes da exposição passiva a aerossóis emitidos por utilizadores de e-cigarros concluiu que o impacto da exposição passiva ao vapor de cigarro eletrónico tem efeitos adversos para a saúde. Este e outros estudos concluem que o aerossol de segunda mão dos e-cigarros são uma nova fonte de contaminação do ar para partículas, que inclui partículas finas e ultrafinas, bem como 1,2-propanodiol, alguns VOCs, metais pesados e nicotina. Os níveis de alguns metais, como o níquel e o crómio, são muito mais elevados no aerossol de segunda mão do que no fumo ambiental de tabaco (FAT) e a nicotina em aerossol de segunda mão dos e-cigarros é 10 a 115 vezes maior do que no ar não contaminado. O aerossol emitido pelo e-cigarros e/ou tabaco aquecido contem aldeídos, compostos orgânicos voláteis (VOCs), hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, nitrosaminas específicas de tabaco, metais pesados, partículas de silicato e outros elementos. Dicarbonilos (Glioxal, metilglioxal, diacetilo) e hidroxicarbonilo (acetol) também são considerados importantes compostos no aerossol. Muitas destas substâncias são substâncias tóxicas que têm efeitos conhecidos sobre a saúde resultando em alterações patológicas significativas que com o tempo vão produzir doença. Uma série de metais - incluindo chumbo, crómio e níquel- e formaldeído foram encontrados no aerossol de algumas e-cigarros em concentrações iguais a ou superiores aos cigarros tradicionais em condições experimentais de utilização normais.

Tabaco Aquecido (THS)

O fumo do tabaco contém mais de 7000 substâncias diferentes. A OMS produziu uma lista não exaustiva preliminar de 39 substâncias nocivas (artigos 9.º e 10.º da Convenção Quadro) e a FDA em 2012 produziu uma lista de 93 substâncias nocivas ou potencialmente nocivas. Apenas um número limitado de potenciais compostos nocivos (18) foram analisados pelos estudos desenvolvidos pelo fabricante dos THS.³⁵ Desconhece-se se a

totalidade da composição química desses novos produtos de tabaco testados é semelhante á dos produtos de tabaco tradicionais que se encontram no mercado. Assim, muitas outras substâncias, até agora desconhecidas ou não estudadas, podem estar presentes e serem causa de potenciais danos para a saúde do próprio e de terceiros que estejam expostos.

Mesmo assim, uma redução de 95% de algumas dessas substâncias analisadas pelo fabricante da Indústria do Tabaco não seria equivalente a uma redução de 95% do risco de doença, já que níveis relativamente baixos de exposição a muitas dessas substâncias ao longo do tempo possuem riscos bastante elevados de doença.

Estratégias de redução dos riscos e minimização de danos

Os riscos da exposição ao tabaco podem ser evitados através da cessação, mas também através da redução dos níveis de consumo e exposição. Para tal devem ser promovidas, aplicadas e implementadas todas as medidas preconizadas pela CQCT da OMS, como é exemplo os locais onde é proibido fumar.

É preciso implementar e manter os locais fechados livres dos poluentes dos produtos de tabaco, o maior contaminante do ar interior, incluindo os novos produtos de tabaco. Em locais fechados com a ventilação frequentemente existente e disponibilizada, os níveis de emissão de contaminantes dos novos produtos de tabaco, mesmo que reduzidos, seriam cumulativos, quer seja pelo número de consumidores presentes, quer seja pelo consumo ao longo do tempo nestes ambientes. O resultado final seria um ar interior com qualidade reduzida e prejudicial à saúde de todos os que frequentassem tais locais. Neste caso, proteger a qualidade do ar interior, evitando qualquer contaminação, é sem dúvida uma medida de redução de riscos, Tanto para os não fumadores como para os próprios fumadores. A redução de riscos, enquanto estratégia de Saúde Pública e medida de prevenção que visa os riscos e perigos para a sociedade,^{36,37,38,39} é uma prática valorizada e preconizada pela CQCT da OMS.

A minimização de danos está destinada aos indivíduos ou grupos cujos comportamentos destrutivos e danos sociais e de saúde já estão instalados.^{36,37,38,39} Como tal não é uma medida de aplicação generalizada na população. Um número de intervenções neste sentido são valorizadas e preconizadas pela CQCT da OMS, nomeadamente a nível dos rastreios e intervenções breves para estimular a reflexão, acompanhamento e preparação dos fumadores com vista a cessação oportuna. A disponibilização de medicação agonista e antagonista com comprovada eficácia e segurança é outra medida presente nessa estratégia.

A utilização dos novos produtos de tabaco como ferramentas de redução de danos está longe de ser comprovada e fornecer uma mais-valia para a estratégia de controlo do tabagismo. A própria utilização desses produtos como sendo de menor risco para a saúde não foi avaliada através de estudos científicos independentes que permitam identificar os efeitos na saúde a curto e a longo prazo e esses estudos ainda não foram validados por entidades oficiais. A venda comercial feita pela Indústria do Tabaco e a utilização indiferenciada desses produtos não é condizente com uma estratégia de minimização de danos destinada especificamente a grupos de doentes e dependentes em que as demais medidas que visam o tratamento e a cessação fracassaram. Além do mais, todas as estratégias de regulação e controlo validadas e recomendadas pelas autoridades de saúde oficiais devem já estar aplicadas e implementadas, de forma a maximizar os resultados desejados de reduzir o consumo na população e inibir a iniciação de novos fumadores.

A utilização de novas estratégias e a disponibilização de novos instrumentos que permitam melhorar os resultados das estratégias de controlo do tabaco são sempre bem-vindas, mas devem ser longamente estudadas e o seu uso deve estar baseado em evidências científicas robustas, quer sejam estratégias de redução da oferta e da procura ou de redução de riscos e minimização de danos. Além disso devem seguir o processo de implementação que as demais estratégias seguiram até serem recomendadas pelas agências internacionais e adotadas pelos países e sistemas de saúde. **O National Institute for Occupational Safety and Health, agência pública ligada a saúde ocupacional dos EUA⁴⁰ é favorável à equiparação dos novos produtos de tabaco ao cigarros tradicionais e a**

Comissão Europeia possui uma estratégia de precaução com um cauteloso acompanhamento e monitorização dos desenvolvimentos nesta área.

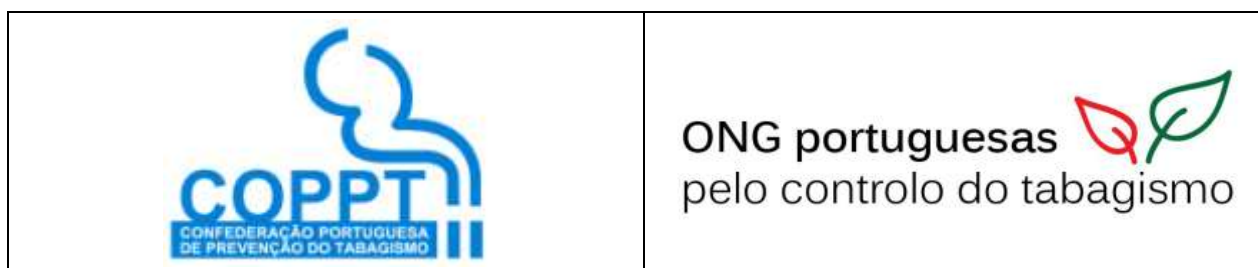
É fundamental que se considere todas as evidências de saúde pública ao discutir a legislação proposta, principalmente tendo em conta todas as políticas já recomendadas e efetivas que se pode implementar. Implementar apenas pequenas alterações marginais ou considerar a situação da legislação atual suficiente no controlo do tabaco não irá travar a epidemia de doença e a morte prematura causadas pelo tabaco. Nesta avaliação é preciso considerar também que a esmagadora maioria dos países da UE já implementou a maioria das políticas da CQCT da OMS e tem leis abrangentes e robustas de proteção ao fumo de tabaco para proteger as crianças e adultos.

Esta é a uma oportunidade maior para contribuir para uma mudança duradoura na proteção da saúde de todos os portugueses, e muito particularmente na saúde das crianças e jovens em Portugal. Urgimo-lo a apoiar a regulamentação mais robusta possível e a fazer uma contribuição duradoura para a saúde pública em Portugal.

Estamos ao dispor para qualquer clarificação.

Com os nossos mais respeitosos cumprimentos e consideração,

Os membros associados à Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (COPPT) e às ONGs Portuguesas pelo Controlo do Tabagismo



Apoiam esta iniciativa as seguintes organizações europeias:



BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA:

¹CAMPOS, A. - Deputados que avaliam lei do tabaco ouviram primeiro Philip Morris. Jornal Público. 22 de Janeiro de 2017. Disponível em: <https://www.publico.pt/2017/01/22/sociedade/noticia/deputados-que-avaliam-lei-do-tabaco-ouviram-primeiro-a-tabaqueira-1759212>

²LUSA - Deputados mudam lei do tabaco. Entidades da Saúde lamentam oportunidade perdida para melhorar lei. Observador 15/4/2017. Disponível em: <http://observador.pt/2017/04/15/deputados-mudam-lei-do-tabaco-entidades-da-saude-lamentam-oportunidade-perdida-para-melhorar-lei/>

- ³RAVARA, SB *et al.* (2015) - Tobacco control policy-making in Portugal: vested interests or public health? *Tob. Prev. Cessation.* 2015;1:3.
- ⁴RAVARA, SB *et al.* (2014) - Tobacco Control Progress in Portugal: the need for advocacy and civil society leadership. *Rev Port Pneumol.* 2014; 20(6): 289-92.
- ⁵RAVARA, SB *et al.* (2014) - Towards a 100% smoke-free Portugal: No more delays. *Rev Port Pneumol.* 2014; 20(5): 282-3.
- ⁶CUNHA FILHO, H. *et al.* (2010) - Political ethical and legal difficulties in the creation and enforcement of legislation on alcohol and tobacco: a contribution to the development of research in Public Health Law. *Rev Port Saúde Pública.* 2010: 205-18.
- ⁷WORLD HEALTH ORGANISATION - Tobacco industry interference with tobacco control. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en/>
- ⁸WORLD Health Organization - WHO Report on the global Tobacco epidemic: The MPower package. Geneva: WHO, 2008.
- ⁹NUNES, E. - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012.
- ¹⁰U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - The Health Consequences of Smoking-50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
- ¹¹EUROPEAN COMMISSION - Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels, May 2015.
- ¹²FILIPPIDIS, FT *et al.* - Relationship of secondhand smoke exposure with sociodemographic factors and smoke-free legislation in the European Union. *Eur J Public Health.* 2016;26(2):344-9.
- ¹³INSA, 2017. *In press.*
- ¹⁴HWANG J, L. (2014) - Determination of Outdoor Tobacco Smoke Exposure by Distance From a Smoking Source. *Nicotine Tob Res* 2014; 16 (4): 478-484.
- ¹⁵U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006) - *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General.* Atlanta. GA: US Department of Health and Human Services(USDHHS), Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- ¹⁶WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Report of the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke-Free Environments. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf
- ¹⁷SUREDA, X. *et al.* (2013) - Secondhand tobacco smoke exposure in open and semi-open settings: a systematic review. *Environ Health Perspect.* 2013;121(7):766-73.
- ¹⁸SUREDA, X *et al.* (2012) - Secondhand smoke levels in public building main entrances: outdoor and indoor PM2.5 assessment. *Tob Control.* 2012;543-8.
- ¹⁹LÓPEZ, MJ *et al.* (2012) - Exposure to secondhand smoke in terraces and other outdoor areas of hospitality venues in eight European countries. *PLoS One.* 2012;7(8):e42130.
- ²⁰VAN DER DEEN, FS *et al.* (2014) - Exploring the potential for the drift of secondhand smoke from outdoor to indoor dining areas of restaurants in New Zealand. *N Z Med J.* 2014; 20;127(1396):43-52.
- ²¹XUREDA, X *et al.* (2009) - Secondhand smoke in hospitals in Catalonia (2009): a cross-sectional study measuring PM2.5 and vapor-phase nicotine. *Environ Res.* 2010:750-5.
- ²²CHO, H *et al.* (2014) - Outdoor tobacco smoke exposure at the perimeter of a tobacco-free university. *J Air Waste Manag Assoc.* 2014; 64 (8) (2014):863-66.
- ²³ACTION ON SMOKING AND HEALTH - Reasons for Banning Smoking in Certain Public Outdoor Areas. Washington: DC: Action on Smoking and Health; 2013. Disponível em: http://www.michigan.gov/documents/mdch/2_Reasons_outdoors_382580_7.pdf
- ²⁴REPACE, J. (2000) - Banning outdoor smoking is scientifically justifiable. *Tob Control.* 2000 (9): 98. Disponível em: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/9/1/98.full.pdf>
- ²⁵WORLD HEALTH ORGANIZATION - Guidelines for implementation of the WHO FCTC. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80510/1/9789241505185_eng.pdf?ua=1
- ²⁶BARTHOLOMEW, KS. (2015) - Policy Options to Promote Smokefree Environments for Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care.* 2015; 45(6): 146–181.

- ²⁷WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO report on the global tobacco epidemic 2009. Implementing smoke-free environments. Geneva: WHO, 2009. Disponível em : <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/en/>
- ²⁸RAVARA, SB *et al.* (2013) - Environmental tobacco smoke (ETS) exposure and attitudes to smoke-free policy (SFP): A population-based cross-sectional study in Portugal. *Eur Respir J.* 2013;42 Suppl. 57:s222
- ²⁹PRECIOSO, J *et al.* (2016) - Proibição de fumar em veículos e espaços exteriores: estudo de opinião. *In: II Congresso Iberoamericano de Epidemiologia y Salud Pública, 2015. Santiago de Compostela. Gaceta Sanitaria; 29 (Espec Congr):250.*
- ³⁰SIEGEL *et al.* (2005) - Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control.* 2005;14:300–306.
- ³¹MACKAY, *et al.* (2010) - Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Childhood Asthma. *N Engl J Med* 2010; 363:1139-1145.
- ³²BEEN, JV *et al.* (2014) -Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2014; 3;383(9928):1549-60.
- ³³RAVARA, SB.; LIMA, A. (2016) - Fumar no recinto hospitalar exterior: um estudo observacional. *Rev Port Pneumol.* 2016;22 (Esp Cong 4):82. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-pneumologia-420/pdf/X2173511516601707/S300/>
- ³⁴MARTINEZ, C, *et al.* (2014) - Impact of a long-term tobacco-free policy at a comprehensive cancer center: a series of cross-sectional surveys. *BMC Public Health.* 2014;14:1228
- ³⁵MITOVA, MI; CAMPELOS, PB; GOUJON-GINGLINGER, CG.*et al.* (2016) - Comparison of the impact of the Tobacco Heating System 2.2 and a cigarette on indoor air quality. *Regulatory Toxicology and Pharmacology* 80 (2016) 91-10.
- ³⁶MARLATT, A. *et al.* – Redução de Danos. In Ferreira-Borges, C.; Cunha Filho, H. (Orgs) – Alcoolismo e Toxicodependência: Manual técnico. Lisboa: Climepsi, 2004.
- ³⁷MARLATT, A. – Redução de danos e de comportamentos de risco. Lisboa: I Simposium Internacional sobre Álcool, Tabaco, Drogas e Saúde, CATR, 2000.
- ³⁸MARLATT, A. *et al.* – Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: ArtMed Editora, 1999.
- ³⁹WAAL, H. – A redução dos riscos, componentes de uma abordagem global e pluridisciplinar dos problemas derivados do abuso de drogas. In PRESIDÊNCIA DE CONSELHO DE MINISTROS – Regime geral de prevenção e redução de riscos e minimização de danos. Documentos: discussão pública. Lisboa: IPDT, 2001.
- ⁴⁰CASTELLAN, RM; CHOSEWOOD, LC; TROUT, D; WAGNER, GR; CARUSO, CC; MAZUREK, J; MCCRONE, SH; WEISSMAN, DN - Current intelligence bulletin 67: promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies. Morgantown, WV: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH). Publication Nº. 2015-113, 2015.

CONTATOS DISPONÍVEIS:

- COPPT - Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo / Associação Internacional de Temperança - Portugal

Emanuel Esteves, MD. Tel: 934321235 E-mail: emanuel.esteves@gmail.com

- ONGs pelo Controlo do Tabagismo / FPP - Fundação Portuguesa do Pulmão

Sofia Ravara, MD, PhD. Tel: 966643765 E-mail: sbravara@fcsaude.ubi.pt

- COPPT - Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo / CATR – Centro de Apoio, Tratamento e Recuperação, IPSS

Hilson Cunha Filho, MSc, PhD (PH). Tel: 919363195 E-mail: hilsonfilho@gmail.com

- SPP - Sociedade Portuguesa de Pneumologia / Comissão de Trabalho de Tabagismo

José Pedro Boléo-Tomé, MD. Tel: --- E-mail: jboleotome@gmail.com