

# Dia Mundial Sem Tabaco

31 de maio

## Introdução

No âmbito do *Dia Mundial Sem Tabaco* – 31 de maio – o Centro de Oncologia dos Açores (COA) vem divulgar informação sobre o consumo de tabaco, enquanto fator de risco para diversas patologias, incluindo a doença oncológica, alertar para o impacto na saúde decorrente da exposição ativa e passiva ao fumo do tabaco e contribuir para uma maior consciencialização desta problemática.

A planta do tabaco (*Nicotiana tabacum*) tem origem na América do Sul, tendo inicialmente sido utilizada com fins medicinais ou em rituais religiosos. Foi na época dos Descobrimentos que se deu a introdução do tabaco em Portugal e nos restantes países europeus.<sup>1,2</sup>

A história do consumo de tabaco nos Açores remonta à primeira metade do século XIX, quando foram efetuadas as primeiras culturas da planta na Região, mais concretamente em São Miguel, cujos ensaios de cultivo demonstraram a sua adequação ao solo e clima Açorianos.<sup>3</sup>

## Tabaco: números e consumo

O consumo de tabaco é a principal causa de doença e morte evitável no mundo, sendo responsável pela morte de uma pessoa a cada seis segundos, totalizando a morte de um em cada dez adultos ao longo da vida.<sup>4,5</sup>

Estima-se que metade dos fumadores venha a morrer devido ao consumo de tabaco. O número de mortes anual situa-se nos 6 milhões, dos quais 5.4 milhões são resultantes do consumo direto e cerca de 600 mil correspondem aos não fumadores expostos ao fumo ambiental do tabaco (FAT).<sup>5</sup>

Durante o século XX o tabaco causou 100 milhões de mortes e, mantendo-se esta tendência, estima-se que no século XXI ocorram cerca de mil milhões de mortes relacionadas com o seu consumo caso, entretanto, não sejam instituídas medidas adicionais de prevenção e controlo do tabagismo.<sup>5</sup>

As estimativas apontam também para que, até 2030, o número total de mortes, por ano, ascenda a 8 milhões, das quais cerca de 80% ocorrerão nos países menos desenvolvidos.<sup>5</sup>

Finalmente, cerca de 700 mil europeus morrem prematuramente, por ano, devido a causas relacionadas com o consumo de tabaco.<sup>6</sup>

Dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral - Portugal 2012, com amostra representativa nacional, mostram que a prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida na população dos 15 aos 64 anos na Região Autónoma dos Açores (RAA) foi de 46% e as prevalências do consumo no último ano e último mês foram superiores à média nacional. Para além disso, entre 2007 e 2012, a RAA registou um aumento na prevalência do consumo de tabaco no último ano, enquanto nas restantes regiões o consumo diminuiu (**Quadro 1**).<sup>7</sup>

| Região   | Longo da Vida |      |      | Último Ano |      |      | Último Mês |      |      |
|----------|---------------|------|------|------------|------|------|------------|------|------|
|          | 2001          | 2007 | 2012 | 2001       | 2007 | 2012 | 2001       | 2007 | 2012 |
| Norte    | 38,4          | 46,3 | 41,3 | 29,2       | 28,4 | 22,7 | 28,5       | 27,0 | 20,0 |
| Centro   | 40,4          | 49,2 | 46,9 | 27,5       | 29,5 | 28,7 | 26,8       | 27,9 | 27,0 |
| Lisboa   | 41,3          | 51,4 | 51,9 | 30,1       | 34,0 | 34,0 | 30,4       | 32,8 | 32,9 |
| Alentejo | 40,0          | 51,7 | 53,9 | 27,9       | 34,4 | 31,9 | 27,1       | 32,9 | 30,0 |
| Algarve  | 45,6          | 54,3 | 45,5 | 30,7       | 36,1 | 30,2 | 30,5       | 32,9 | 29,6 |
| Açores   | 44,2          | 50,0 | 46,0 | 27,6       | 31,6 | 32,3 | 26,4       | 28,0 | 31,0 |
| Madeira  | 42,4          | 39,7 | 29,9 | 32,2       | 28,1 | 21,9 | 31,4       | 27,6 | 21,2 |

**Quadro 1.** Prevalência (%) do consumo de tabaco ao longo da vida, no último ano e no último mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por Região e período. Fonte: Balsa, Vital, Urbano, 2014.

Dados deste inquérito mostram ainda que a maior parte dos atuais fumadores (88%) iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos (adolescência e juventude).<sup>7</sup>

No **Quadro 2** são apresentados os resultados do Inquérito Nacional em Meio Escolar em 2011 em que se verifica que os consumos mais elevados reportados pelos alunos do 3.º ciclo são da RAA.<sup>8</sup>

| Região       | Longo da Vida |           | Último Ano |           | Último Mês |           |
|--------------|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|
|              | Masc          | Fem       | Masc       | Fem       | Masc       | Fem       |
| Norte        | 41            | 37        | 31         | 27        | 20         | 17        |
| Centro       | 39            | 33        | 28         | 25        | 18         | 16        |
| LVT          | 34            | 39        | 23         | 29        | 14         | 18        |
| Alentejo     | 42            | 46        | 30         | 36        | 23         | 25        |
| Algarve      | 33            | 41        | 22         | 31        | 14         | 19        |
| Continente   | 38            | 37        | 28         | 28        | 18         | 28        |
| Açores       | 47            | 47        | 35         | 37        | 25         | 25        |
| Madeira      | 42            | 43        | 31         | 33        | 20         | 22        |
| <b>Total</b> | <b>39</b>     | <b>38</b> | <b>28</b>  | <b>28</b> | <b>18</b>  | <b>18</b> |

**Quadro 2.** Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo do ensino público, por sexo e Região em 2011. Fonte: Feijão, 2011.

A adolescência é o período crítico de início do consumo de tabaco, sendo muito elevada a probabilidade desse consumo persistir na idade adulta.<sup>9</sup>

O consumo de tabaco provoca efeitos imediatos na saúde do adolescente e potencia o risco de incidência de doença na idade adulta.<sup>10</sup> Isto porque o risco de se vir a desenvolver muitas doenças crónicas causadas pelo tabagismo aumenta com a duração (tempo) e intensidade (dose) do consumo.<sup>11</sup>

### Tabagismo: uma dependência

O fumo do tabaco é formado por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Da sua constituição fazem parte a nicotina e mais de quatro mil substâncias com efeitos tóxicos, irritantes e cancerígenos. Estas substâncias podem estar presentes naturalmente na folha do tabaco e/ou resultar da absorção pela planta dos pesticidas e fungicidas usados no seu cultivo e/ou ainda serem consequência do processo de cura e armazenamento da folha. Os aditivos (e.g., sabor a mentol, chocolate, baunilha) ou ingredientes utilizados pela indústria tabaqueira para melhorar a recetividade, sobretudo nos jovens, servem para humidificar o fumo e torná-lo mais apetecível e menos irritante para as vias aéreas e para os olhos.<sup>12</sup>

O consumo de tabaco provoca dependência, sendo este um fenómeno essencialmente ligado aos efeitos da nicotina ao nível do sistema nervoso central, efeitos esses de natureza psicoativa que permitem induzir dependência física e psicológica (processo idêntico ao que se passa no consumo de heroína e de cocaína).<sup>12</sup>

Apesar da nicotina ser a principal substância aditiva no tabaco, outros fatores como a influência familiar, o condicionamento social, a personalidade, a genética e o nível socioeconómico desempenham, também, um papel relevante no processo de dependência.<sup>12</sup>

### Tabagismo ativo

As consequências da inalação e exposição ao fumo do tabaco estão bem estabelecidas. Fumar provoca cancro do pulmão, da cavidade oral, da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas, do estômago, do fígado, do cólon e reto, da bexiga, do rim, do colo do útero, do ovário, bem como leucemia mielóide aguda. Para além destas doenças oncológicas fumar provoca, também, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, efeitos na saúde reprodutora e fetal, na saúde ocular e oral e ainda envelhecimento precoce da pele. O risco de diabetes, de artrite reumatóide e de osteoporose aumenta, também, com o consumo de tabaco.<sup>10,11,13,14</sup>

Investigação epidemiológica, iniciada nos anos 50 do século passado e continuada até aos inícios do presente século, estimou que metade dos fumadores regulares morre devido ao consumo de tabaco, sendo que um quarto destas mortes ocorre entre os 25 e os 69 anos. Os fumadores que fumam ao longo de uma vida perdem, em média, dez anos de esperança de vida.<sup>15</sup>

Este cenário pode, em parte, reverter-se com a cessação tabágica. Esta apresenta benefícios independentemente do momento em que ocorra apesar de se saber que quanto mais cedo se deixar de fumar, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida potencialmente perdidos. Por exemplo, a cessação aos 60 anos permite recuperar cerca de 3 anos de esperança de vida, aos 50 anos cerca de 6 anos, aos 40 anos cerca de 9 anos e aos 30 anos cerca de 10 anos.<sup>15</sup>

### Tabagismo passivo

O fumo ambiental do tabaco, conhecido como fumo passivo ou fumo em segunda mão, consiste na corrente principal do fumo que o fumador expira e pela corrente secundária libertada para o ambiente.<sup>12</sup>

O tabagismo passivo é considerado um fator de risco para fumadores e não fumadores expostos a espaços poluídos pelo FAT.<sup>16</sup>

Os adultos expostos ao fumo passivo apresentam problemas respiratórios e cardiovasculares graves e são também mais propensos ao aparecimento de cancro.<sup>5</sup>

Em muitos casos, a exposição ao fumo começa na vida intrauterina, em grávidas fumadoras ativas ou passivas, com graves repercussões para a saúde do feto e da mãe.

A exposição ao fumo passivo constitui também uma grave ameaça à saúde das crianças e adolescentes em todo o mundo por expor metade delas aos ambientes com fumo, forçando a que respirem ar contaminado, especialmente nos seus lares.<sup>17</sup>

As consequências desta exposição na saúde das crianças e adolescentes são especialmente graves porque as suas vias respiratórias e o sistema imunitário estão em desenvolvimento e por isso são mais vulneráveis. Nas crianças e adolescentes expostos ao FAT existe uma maior probabilidade de apresentarem sintomas como tosse, pieira, dispneia, bronquite, pneumonia, asma e problemas nos ouvidos.<sup>16</sup> O desenvolvimento da criança também é afetado, comprometendo o seu progresso intelectual e as suas funções cognitivas.<sup>18</sup>

O fumo de tabaco que permanece nos ambientes e superfícies (e.g., impregnado no mobiliário, na indumentária, no carro, nos cortinados) após o cigarro ter sido apagado é nocivo sobretudo para as crianças em período pré-escolar, pois a elevada frequência respiratória e o hábito de

tocarem em tudo e levarem a mão à boca faz com que in-giram diariamente o dobro dos resíduos comparativamente a um adulto.<sup>19</sup>

### Novas formas de consumo

Ao longo dos tempos tem-se verificado uma tendên-cia crescente para encontrar alternativas às formas de con-sumo de tabaco convencionais, numa tentativa de diminuir os efeitos nefastos do mesmo. A criação do cigarro eletrô-nico surgiu numa dessas tentativas.

Contudo, de acordo com a OMS (2015), os cigarros eletrônicos são dispositivos que, apesar de não queimarem nem usarem folhas de tabaco, vaporizam uma solução que os fumadores inalam, constituída, sobretudo, por nicotina, propilenoglicol, com ou sem glicerina e aromas. Existem cigarros eletrônicos que podem não ter nicotina na solução que vaporizam, ou então possuí-la em diferentes quantida-des. No entanto, na solução emitida existem químicos con-siderados tóxicos.<sup>20</sup>

A indústria dos cigarros eletrônicos tem feito uma publicidade muito agressiva. A comercialização destes ci-garros tem sido feita como uma alternativa saudável para o consumo de tabaco ou como auxílio no processo de cessa-ção tabágica, embora a sua eficácia na cessação tabágica continuada não tenha sido comprovada.<sup>21</sup>

Os cigarros eletrônicos assumem formas de produ-tos de tabaco convencionais (cigarros e cigarrilhas) e de objetos utilizados no dia-a-dia (canetas e *pens*), facilitando a sua introdução e adaptação entre os fumadores.<sup>22</sup>

Este poderá ser, futuramente, um grave problema de saúde pública. Podemos estar perante uma nova epidemia do consumo de tabaco, precisamente porque os cigarros eletrônicos podem ser iniciadores dos hábitos tabágicos, sobretudo entre os jovens, levando igualmente à dependên-cia física. Isto acontece por os jovens poderem considerar que o seu uso é inócuo para a saúde e, em parte, por os dispositivos serem visualmente apelativos e com diferentes sabores.<sup>21</sup>

Esta é uma temática muito recente e por isso são ne-cessários mais estudos sobre a composição, a segurança e os malefícios para a saúde humana decorrentes da inalação e exposição ao fumo dos cigarros eletrônicos.

### Medidas Preventivas

A indústria tabaqueira é uma das principais interes-sadas em manter o *status quo* do consumo de tabaco. Por isso são necessárias estratégias e ferramentas para comba-ter as técnicas de *marketing* utilizadas e reduzir a procura de produtos de tabaco.

A propósito da epidemia global do consumo de ta-baco, a OMS lançou a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, aprovada por unanimidade em maio de 2003 na Assembleia Mundial da Saúde, tendo entrado em vigor a 27 de fevereiro de 2005 e sido ratificada, até hoje, por 180 Partes. Portugal integrou esta Convenção, na sequência da sua aprovação pelo Governo em 2005.<sup>23,24</sup>

Esta Convenção-Quadro impõe obrigações jurídi-cas para os países que a ratificaram, que assentam nas se-guintes estratégias: (1) implementação de legislação regu-ladora das atividades da indústria, tais como aumento do preço e tributação dos produtos do tabaco e regulamenta-ção do conteúdo, embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco; (2) proibição de toda e qualquer tipo de publici-dade, promoção e patrocínios dos produtos do tabaco; (3) aumento da consciência pública e da literacia em saúde so-bre a problemática do tabagismo; (4) prevenção da inicia-ção do consumo, sobretudo entre os jovens; (5) promoção da cessação tabágica; (6) proteção da exposição ao FAT; (7) envolvimento da sociedade civil no controlo do taba-gismo a fim de se contribuir para uma mudança da norma social e cultural.<sup>23</sup>

A Convenção-Quadro estabelece a proibição de venda de tabaco a menores e por menores pois a acessibi-lidade aos produtos do tabaco contribui para o aumento do seu consumo. Também se inclui o aumento do preço do ta-baco que, em termos de custo-efetividade, constitui a me-lhor estratégia para a redução do seu consumo, sobretudo entre os jovens e as pessoas de níveis socioeconómicos mais desfavorecidos.<sup>5</sup>

A Convenção-Quadro decreta a proibição da publi-cidade, promoção e patrocínios dos produtos do tabaco. Esta proibição visa ser efetiva na redução do consumo de tabaco, sobretudo entre os adolescentes, porque aumenta as tentativas para deixar de fumar e diminui a visibilidade so-cial do tabaco. Por isso, a sua proibição deve ser adotada na íntegra para que não haja publicidade, promoção e pa-trocínios de forma direta e indireta.<sup>4,25</sup>

Em Portugal, a aplicação da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, também chamada Lei do Tabaco, aprovou me-didas de redução da procura relacionadas com a dependên-cia e cessação do consumo de tabaco, assim como normas para a proteção da exposição involuntária ao FAT dos ci-dadãos, que visam contemplar as *guidelines* da Convenção-Quadro.<sup>26</sup>

A aplicação daquela Lei estende-se a todo o territó-rio nacional.<sup>26</sup> Contudo, e apesar de em Portugal ser proi-bida a publicidade, promoção e patrocínios aos produtos do tabaco, existe uma exceção nos Açores, através do Decreto Legislativo Regional n.º 11/2007/A, de 22 de maio onde se “permite o patrocínio de eventos ou atividades por parte das empresas do setor do tabaco desde que não se realizem

ou envolvam vários Estados membros ou não tenham quaisquer outros efeitos transfronteiriços”.<sup>27</sup>

A existência de legislação antitabaco possui um efeito protetor, sobretudo na iniciação do consumo de tabaco entre os jovens e na proteção da exposição dos não fumadores ao FAT. No entanto, é fundamental que a legislação seja devidamente cumprida e fiscalizada para proteção da saúde pública.

## Nota Final

Numa Região em que o tabagismo constitui um grave problema de saúde pública torna-se imperativo adotar as melhores e possíveis medidas que previnam e combatam esta realidade.

O COA apresentou uma proposta de Programa Regional de Prevenção e Combate ao Tabagismo que visa promover a saúde, prevenindo a adoção de hábitos tabágicos nos adolescentes e adultos, bem como estimular a desabituação tabágica.

Pretende-se informar, alertar e promover um clima antitabágico nos Açores, motivando uma norma social desfavorável ao consumo.

A literacia em saúde exerce um efeito protetor no consumo de tabaco e, juntamente com medidas legislativas, cria a oportunidade de melhorar o controlo do tabagismo.

**A prevenção do tabagismo deverá ter início no ambiente familiar, pois é aqui que estão presentes as principais referências para o adolescente. É, pois, fundamental que os ambientes em que os adolescentes se inserem sejam livres de fumo (casa, carro, escola, comunidade) para que assim se contribua para uma geração sem fumo.**

**Aos fumadores que pretendam deixar de fumar devem procurar apoio clínico (psicólogo, médico) e aconselhar-se sobre o melhor método para o fazer.**

**Aos que nunca fumaram, aos que já fumaram e aos que pretendem deixar de fumar, apelamos que militem no “exército” da prevenção e combate ao tabagismo, contribuindo para uma nova consciência individual e coletiva, sobre este terrível fenómeno, que nos reduz a qualidade e o tempo de vida e nos tira a própria vida.**

## Referências Bibliográficas

- <sup>1</sup>Jacobs, M. - From the First to the Last Ash: The History, Economics & Hazards of Tobacco. Cambridge: Department of Public Health, 1997.
- <sup>2</sup>Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Direção-Geral da Saúde - Consumos de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação. Núcleo de Educação para a Saúde, 2007.
- <sup>3</sup>Museu de Angra do Heroísmo. Fábrica de Tabaco Âncora 2013. Angra do Heroísmo: Museu de Angra do Heroísmo. Governo Regional dos Açores, 2013.
- <sup>4</sup>World Health Organization - Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization, 2011
- <sup>5</sup>World Health Organization. Tobacco FactSheet Nº339, 2014. Consult. 09 fev. 2015. Disponível em <http://www.WHO.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- <sup>6</sup>European Commission - Attitudes of Europeans Towards Tobacco: report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.
- <sup>7</sup>Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. Lisboa: CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014. Coleção Estudos. Consult. 30 abril 2015. Disponível em [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/135/III\\_InqueritoNacionalConsumo\\_deSPnaPG%202012.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf)
- <sup>8</sup>Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Síntese de resultados. SICAD, 2011.
- <sup>9</sup>O’Donohue W *et al.* Handbook of Adolescent Health Psychology. New York: Springer, 2013.
- <sup>10</sup>US Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- <sup>11</sup>US Department of Health and Human Services – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington, D.C.: Office on Smoking and Health, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- <sup>12</sup>Direção-Geral da Saúde – Cessação Tabágica. Programa-tipo de actuação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007.
- <sup>13</sup>US Department of Health and Human Services – How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking- Attributable Disease. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General, 2010.
- <sup>14</sup>US Department of Health and Human Services – The health consequences of smoking – 50 years of progress A report of the surgeon general. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, 2014.
- <sup>15</sup>Doll R. *et al.* – Mortality in relation to smoking: 50’ years observations on male British doctors. British Medical Journal. 328 (2004) 1519-28.
- <sup>16</sup>US Department of Health and Human Services – The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A Report of the Surgeon General. 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, Atlanta, Ga. 2006.
- <sup>17</sup>Precioso J. *et al.* – Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. Millenium, 42. (2012) 7-25.
- <sup>18</sup>DiFranza J; Aligne C; Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children’s health. Pediatrics. 113:4 Suppl (2004) 1007-15.
- <sup>19</sup>Matt G. *et al.* – Thirdhand Tobacco Smoke: Emerging Evidence and Arguments for a Multidisciplinary Research Agenda. Environ Health Perspect 119:9 (2011) 1218-26.
- <sup>20</sup>World Health Organization – Tobacco Free Initiative – Electronic cigarettes (e-cigarettes) or electronic nicotine delivery systems. Consult. 30 abril. 2015. Disponível em [http://www.who.int/tobacco/communications/statements/electronic\\_cigarettes/en/](http://www.who.int/tobacco/communications/statements/electronic_cigarettes/en/)
- <sup>21</sup>German Cancer Research Center – Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control Volume 19: Electronic Cigarettes – An Overview. Heidelberg, Germany. German Cancer Research Center, Unit Cancer Prevention, 2013.
- <sup>22</sup>World Health Organization – Framework Convention on Tobacco Control, Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Electronic nicotine delivery systems, 21 July 2014. Consult. 23 abril 2015. Disponível em [http://apps.who.int/gh/ctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\\_10-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gh/ctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1)
- <sup>23</sup>Direção-Geral da Saúde – Dia Mundial Sem Tabaco – 31 de maio de 2011. Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco – Um tratado que salva vidas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011. [Consult. 10 fev. 2015]. Disponível em <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>
- <sup>24</sup>Decreto n.º 25-A/2005 de 8 de Novembro.
- <sup>25</sup>World Health Organization – Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.
- <sup>26</sup>Diário da República, 1.ª série — N.º 156 — 14 de Agosto de 2007.
- <sup>27</sup>Decreto Legislativo Regional n.º 11/2007/A de 22 de Maio.