



Relatório sobre o controle do tabagismo nas Américas: qual é a realidade no Brasil?

Report on tobacco control in the Americas: what is the reality in Brazil?

Marilyn Urrutia-Pereira¹, Herberto Jose Chong-Neto², Dirceu Solé³

RESUMO

O fumo continua a ser a principal causa de doença e morte evitável no mundo. Estima-se que o custo econômico do tabagismo seja de US\$ 1,4 bilhão por ano em todo o mundo, e aproximadamente 40% correspondem a países de baixa e média renda. O relatório sobre o controle do tabagismo na Região das Américas visa fornecer uma visão geral da situação atual das tendências da epidemia do tabagismo e da aplicação das políticas eficazes para combatê-lo. Apresenta dados atualizados e validados sobre prevalência, mortalidade associada ao tabaco e os avanços na aprovação de legislação e políticas relacionadas às seis medidas conhecidas de controle do tabagismo, MPOWER, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Alerta sobre a importância de que os sistemas de vigilância do tabaco incluam informações sobre os produtos mais consumidos, tipos de tabaco, com ou sem fumo, como também para os novos produtos que a indústria está desenvolvendo, permitindo identificar as mudanças iniciais nos padrões de consumo, e fazer as adaptações necessárias às políticas existentes.

Descritores: Tabaco, tabagismo, poluição por fumaça de tabaco.

ABSTRACT

Smoking remains the leading cause of preventable disease and death in the world. The economic burden of smoking is estimated at \$1.4 billion per year worldwide, and approximately 40% of this total is spent in low- and middle-income countries. The Report on Tobacco Control in the Americas aims to provide an overview of current trends in the tobacco epidemic and of the effectiveness of policies implemented to combat this problem. It presents updated and validated data on prevalence, tobacco-related mortality, and advances in the passage of legislation and policies related to the 6 proven smoking cessation measures of the World Health Organization (WHO), known as MPOWER measures. It highlights the importance of tobacco surveillance systems including information on the most commonly consumed products, types of tobacco (smoked and not smoked), and new products under development, allowing for the identification of initial changes in consumption patterns and implementation of the necessary adjustments to existing policies.

Keywords: Tobacco, smoking prevention, tobacco smoke pollution.

Introdução

O fumo continua a ser a principal causa de doença e morte evitável no mundo. Cada evento clínico pontual, que hoje afeta uma determinada pessoa, se estende ao longo da sua vida e do complexo social

que o rodeia¹. Estima-se que o custo econômico do tabagismo seja de US\$ 1,4 bilhão por ano em todo o mundo, e aproximadamente 40% correspondem a países de baixa e média renda².

1. Universidade Federal do Pampa, Faculdade de Medicina - Uruguaiana, RS, Brasil.

2. Universidade Federal do Paraná, Serviço de Alergia e Imunologia, Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba, PR, Brasil.

3. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Disciplina de Alergia, Imunologia Clínica e Reumatologia do Departamento de Pediatria - São Paulo, SP, Brasil.

Submetido em: 26/08/2019, aceito em: 30/08/2019.

Arq Asma Alerg Imunol. 2019;3(3):269-74.

O relatório sobre o controle do tabagismo na Região das Américas, recentemente publicado, visa fornecer uma visão geral da situação atual das tendências da epidemia do tabagismo e da aplicação das políticas eficazes para combatê-lo, nos 35 Estados Membros da Região³.

O relatório apresenta dados atualizados e validados sobre prevalência, mortalidade associada ao tabaco e os avanços na aprovação de legislação e políticas relacionadas às seis medidas conhecidas de controle do tabagismo, MPOWER da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁴.

O último relatório da OMS sobre o controle do tabagismo mundial aponta várias disparidades entre países e regiões. Enquanto 62 milhões de fumantes em países de alta renda deixaram de fumar entre 2000 e 2015, o número de fumantes nos de baixa/média renda aumentou em 33 milhões, principalmente na América Latina⁵.

Os esforços para reduzir o consumo de tabaco nestes países têm sido dificultados pela indústria do tabaco, cujo *lobby* implacável impediu os governos de introduzir políticas mais agressivas⁵⁻⁷. O relatório da OMS também destaca as dificuldades de avaliações e comparações das tendências e projeções de uma maneira objetiva, uma vez que algumas regiões que demonstraram falhas no controle do tabagismo, são as que continuam fornecendo dados menos robustos de sua real situação⁵.

O controle do tabagismo requer monitoramento efetivo e sistemático para avaliar as tendências ao uso do tabaco e seus derivados¹. Estudos demonstram que 50% dos homens jovens e 10% das mulheres começam a fumar muito cedo^{8,9}, e três em cada cinco jovens que usam cigarro tornar-se-ão fumantes na idade adulta¹⁰.

Considerando o consumo de cigarros entre adolescentes como um dos comportamentos de risco para a saúde mais importantes, nos centraremos em conhecer os dados atuais do relatório de controle do tabagismo na Região das Américas nesta faixa etária, os fatores a ele relacionados, e o impacto das novas formas de consumo de tabaco, associado a outras drogas ilícitas, para assim avaliar se as políticas de saúde aplicadas no Brasil estão sendo adequadas à realidade atual³.

Segundo o relatório, a prevalência do consumo de qualquer produto de tabaco entre adolescentes varia muito entre os países, de 3,8% no Canadá a 28,7% na Jamaica, com predomínio do sexo masculino

na maioria dos países, com exceção da Colômbia, Argentina, Chile e Brasil, onde as meninas são em número maior de fumantes³.

No Brasil, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015 (PeNSE), realizada entre escolares frequentando as etapas do 6° ao 9° ano do ensino fundamental e a do 1° ao 3° ano do ensino médio de escolas públicas e privadas de todo o território nacional¹¹, demonstrou que o consumo atual de cigarros, medido pelo consumo ocorrido nos últimos 30 dias anteriores à data da pesquisa, foi de 5,6%, atingindo o valor máximo na Região Sul (7,0%), valores diferentes dos 13% encontrados na mesma faixa etária, na mesma região (Uruguaiana, RS)¹², e dos documentados no ano seguinte (20,7%), e dos 14,8% na cidade de Curitiba¹³.

A idade de iniciação em Uruguaiana foi de 14,5% antes dos 12 anos, e de 64% acima dos 13 anos¹². Em Curitiba foi de 45,7% antes dos 12 anos, e 54,3% com 13 anos ou mais, demonstrando uma iniciação mais precoce que a relatada no estudo PeNSE (13,9%), para essa faixa etária¹¹.

Quanto à forma de obtenção do cigarro pelos estudantes do 9° ano do ensino fundamental que já experimentaram cigarros, a pesquisa PeNSE apontou que 25,8% deles compraram o cigarro em uma loja ou botequim, 19,3% pediam cigarro a outra pessoa, 17,2% pegavam o cigarro escondido, 9,7% entregavam o dinheiro para alguém comprar, 8,4% conseguiam com uma pessoa mais velha, 4,9% compravam de um vendedor de rua, e quase 15% conseguiam de outro modo¹¹. Os adolescentes fumantes nas regiões Sudeste, Sul ou Centro-Oeste, relataram grande facilidade de sucesso na compra de cigarros¹⁴.

Essa situação já havia sido por nós alertada¹² ao afirmarmos que apesar de, no Brasil, existir leis que dificultam o acesso e o consumo de cigarro por crianças e adolescentes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente que proíbe a venda, o fornecimento ou a entrega de cigarros à criança ou ao adolescente¹⁵, confirmamos pelos nossos dados que tal prática não tem sido respeitada e foi identificada como fator de risco para o tabagismo, uma vez que 80,3% dos adolescentes fumantes afirmaram conseguir cigarro “avulso” quando tiveram vontade de fumar, ou pelo comércio clandestino, como ocorre com os que são fruto do contrabando¹².

Observa-se na pesquisa PeNSE 2015 uma diminuição no percentual de escolares que estiveram

na presença de fumantes na semana anterior à da entrevista: em 2012 eram 59,9%¹⁶, e em 2015, 50,9%¹¹. Estudantes de escolas públicas (52,5%) e da rede privada (41,2%) estiveram na presença de pessoas que fumam¹¹.

Quanto à existência de, pelo menos, um dos pais ou responsáveis fumantes, o estudo PeNSE 2012 mostrou ser de aproximadamente 30%¹⁶, já em 2015 essa frequência foi 26,2%, sendo maior entre os da rede pública quando comparado aos da rede privada (27,8% *versus* 16,7%, respectivamente)¹¹.

A Região Sul possui o maior percentual de alunos (31,9%) com pelo menos um dos responsáveis fumante. O Estado do Rio Grande do Sul (34,8%) e a capital Porto Alegre (39,3%) estão, respectivamente, entre os estados e municípios com os maiores percentuais de escolares que informaram pelo menos um dos responsáveis fumante¹¹.

Com relação à exposição ao fumo de outras pessoas, já havíamos constatado que os adolescentes que tentaram fumar eram os que estiveram significativamente mais expostos à fumaça de tabaco de outras pessoas em casa, no quarto ou no carro. Apesar disso, não houve diferença significativa entre os dois grupos com relação ao pensamento que o fumo de outras pessoas cause mal: 56,4% para os que tentaram fumar e 56,7% para os que nunca fumaram¹².

Além disso, também constatamos que os que tentaram fumar acusam ter percentagem elevada de amigos de escola que fumam, que é permitido fumar em casa ou não há regras sobre restrição de fumo em 47% deles. Já entre os que nunca fumaram, 47,3% afirmam ser proibido fumar dentro de casa. Em ambos os grupos esse controle é feito pela mãe e/ou pai¹².

Com relação ao uso de outros produtos de tabaco, tais como cigarro de palha ou enrolados à mão, charuto, cachimbo, cigarilha, cigarro indiano ou bali, narguilé, rapé e fumo de mascar, a pesquisa PeNSE, relata que 6,1% dos escolares do 9º ano fizeram uso desses produtos nos últimos 30 dias anteriores à realização da pesquisa, mas não os especifica em detalhes. Esse consumo se deu de forma mais intensa nas Regiões Centro-Oeste (10,0%) e Sul (9,6%)¹¹. Em nosso estudo, os adolescentes que usaram narguilé foram 29,5%, apesar de 63,2% saberem que faz mal a saúde¹².

No relatório das Américas o consumo de cigarros variou de 1,4% nas Antígua e Bermudas a 26,2% na

Colômbia, a de cigarros eletrônicos variou de 1,1% no Suriname a 8,5% na Jamaica, e a de narguilé variou de 1,9% no Peru a 13% na República Dominicana³.

Com relação ao uso específico de cigarro eletrônico, o relatório das Américas afirma que a sua venda no Brasil está proibida e não existe uma regulação do produto³. Não há dados sobre o consumo de cigarro eletrônico na pesquisa PeNSE 2015¹¹, apesar da OMS estimar que 13,4 milhões (3,6%) da população mundial, com idades entre 13 e 15 anos, usam produtos de tabaco sem fumaça⁵, fato que tem gerado preocupações significativas de saúde pública quanto ao aparecimento de uma nova geração e forma de dependência à nicotina¹⁷. Dados levantados em nossa pesquisa demonstraram que entre os adolescentes que tentaram fumar, houve relato significativamente maior de uso de cigarros eletrônicos (12%), quando comparado aos que nunca fumaram (3%)¹².

Dados mais recentes da pesquisa evidenciaram estar o consumo de cigarros eletrônicos variando entre 2,4% (IC95%: 1,7 a 3,5) no Peru, e 17,2% (IC95%: 15,3 a 19,2) em Trinidad e Tobago; e a de cigarros convencionais entre 1,4% (IC95%: 0,9 a 2,2) nas Antígua e Barbudas, e 17,2% (IC95%: 13 a 22,5) no Chile³.

O relatório das Américas alerta sobre a importância de que os sistemas de vigilância do tabaco incluam informações não apenas sobre os produtos que aparentemente são os mais consumidos, mas sobre todos os tipos de tabaco, com ou sem fumo, como também para os novos produtos que a indústria está desenvolvendo, permitindo identificar as mudanças iniciais nos padrões de consumo e fazer as adaptações necessárias às políticas existentes³. Poucos países como a Argentina, o Brasil e o Panamá têm proibição total da venda de cigarros para menores; e a Argentina, o Canadá, o Chile, a Costa Rica, o Equador, El Salvador, os Estados Unidos, Honduras, Jamaica, Panamá e Paraguai têm regulação dos produtos.

Podemos observar nos dados de alguns dos 18 países que se conta com informação, que o consumo de cigarros eletrônicos foi maior que o consumo de cigarros convencionais, com diferenças estatisticamente significantes³, semelhante ao que já havia sido observado nos Estados Unidos, onde o uso de cigarros eletrônicos por adolescentes foi superior ao dos cigarros convencionais em 2015¹⁷.

Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) e o pacote de medidas MPOWER: progressos na América Latina

Apesar dos grandes esforços do programa MPOWER para a redução da prevalência do tabagismo pela iniciativa Sem Tabaco da OMS, baseada nas medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), assinada em 2005 por 168 países, dos quais 29 pertencem à região das Américas, os problemas continuam, uma vez que poucos desses países conseguiram executar de forma completa e uniforme a implementação de políticas eficazes de prevenção e controle do tabagismo⁴, e mostram tendência a desacelerar³.

Embora seis países da Região das Américas possuam entre quatro e seis medidas no mais alto nível de aplicação, 17 países têm apenas entre uma e três medidas, e 12 (Antígua e Barbudas, Bahamas, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Haiti, Nicarágua, Paraguai, República Dominicana, São Cristovão e Nevis, São Vicente e as Granadinas) não contam com uma única medida para o controle do tabaco em seu nível mais alto de aplicação, e desses, nove fazem parte do CQCT³.

De acordo com o último relatório da OMS sobre a epidemia mundial do tabaco, até 2017, cerca de 2,9 milhões de pessoas de 76 países estão cobertos por um sistema de vigilância do tabaco que produz dados recentes (últimos cinco anos)⁴.

Na Região das Américas, em dezembro de 2016, 10 países (Canadá, Estados Unidos, Panamá, Colômbia, Brasil, Argentina, Chile, Uruguai e Porto Rico) atingiram o mais alto nível de aplicação, outros 13 países possuem dados representativos para adultos e jovens; mas é necessário que a coleta destas informações ocorra em intervalos periódicos de no máximo cinco anos⁴.

Dos 10 países que possuem um forte sistema de vigilância nas Américas, metade são países de renda alta. De acordo com a classificação do Banco Mundial, o Brasil aparece como um país que apresenta dados recentes, periódicos e representativos tanto para jovens, como para adultos⁴.

P (PROTECT) - Proteger a população da exposição à fumaça de tabaco

Essa é uma das medidas que mais avançou na Região, com 19 países totalmente livres de fumaça de tabaco em lugares públicos fechados, no trabalho

e nos transportes públicos (Canadá, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Panamá, Haiti, Jamaica, Barbados, Trinidad e Tobago, Colômbia, Venezuela, Guiana, Suriname, Equador, Peru, Chile, Argentina, Uruguai e Brasil)¹⁹. Mas, a medida estabelecida pelo CMCT inclui medidas de proteção não apenas em locais fechados, mas também em “outros” locais públicos, isto é, exterior ou próximo ao exterior. Alguns países da Região agiram nesse sentido e também proibiram o fumo em áreas abertas de centros de estudo ou centros de saúde, ou em lugares onde as crianças podem entrar, entre outros⁴.

O Brasil aparece no relatório das Américas como um país onde todos os lugares públicos, locais de trabalho fechados, assim como o transporte público, estão completamente livres da fumaça do tabaco (ou pelo menos 90% da população é coberta pela legislação)³. Mas, devemos lembrar que um ambiente somente é considerado completamente livre de fumaça de tabaco quando, nesse espaço, não é permitido fumar em nenhum momento, em qualquer área de seu interior, sob nenhuma circunstância⁴.

Os locais públicos e locais de trabalho que devem estar livres da fumaça de cigarro são os centros de saúde, centros e ensino e universidades, edifícios, escritórios, restaurantes, bares e transporte público. Estão completamente livres da fumaça do tabaco, de acordo com a legislação nacional vigente em cada um dos países, e o Brasil aparece como um país que não permite fumar, em qualquer área de seu interior, sob nenhuma circunstância, mas podemos avaliar que apesar do que consta na tabela, nas universidades brasileiras esta legislação não se aplica sempre³.

O (Oferta) - Oferecer ajuda para deixar de fumar

O CQCT estabelece que o tratamento do tabagismo e dependência de nicotina é um componente essencial de qualquer estratégia abrangente de controle de tabaco⁴. No entanto, ao contrário de outras medidas da CQCT discutidas neste relatório, a prestação de serviços abrangentes de cessação em nível nacional, depende em maior grau da disponibilidade de recursos humanos e financeiros para esse fim³. Canadá, Estados Unidos, México, Panamá, Porto Rico e Brasil disponibilizam linha nacional e serviços de cessação e terapia de substituição de nicotina com cobertura total dos custos.

No Brasil há uma linha telefônica nacional para cessação, disponibilidade de serviços de cessação e

terapia de reposição de nicotina, com cobertura total de custo, mas não está disponível em todos os níveis de atendimento de maneira uniforme³.

W (WARN) - Advertir sobre os perigos do tabaco

Tal como acontece com o pacote de medidas P do MPOWER, relacionadas a proteger a população da exposição à fumaça do tabaco, as medidas do conjunto W são aquelas que avançaram mais na Região, onde 18 países (Estados Unidos, México, Barbados, Santa Lucia, Trindade e Tobago, Jamaica, Guiana, Panamá, Costa Rica, El Salvador, Venezuela, Equador, Brasil, Peru, Bolívia, Chile, Argentina e Uruguai) apresentam advertências sanitárias no mais alto nível de aplicação. Esses países têm avisos gráficos que ocupam 50% ou mais das principais superfícies de embalagem, e cumprem todas as recomendações estabelecidas e as diretrizes para sua aplicação³.

O Brasil, o México e a Venezuela têm advertências que ocupam 100% de uma das faces principais do maço de cigarros, e 30% da superfície da outra face. As diretrizes também definem embalagem neutra ou simples e recomendam que as Partes considerem a adoção de medidas destinadas a “restringir ou proibir” na embalagem o uso de logotipos, cores, imagens de marca ou informações promocionais que não sejam o nome comercial ou nome do produto em uma cor e tipo de letras comuns²⁰. O Brasil apresenta um nível de advertência grande (frente e verso do pacote ao menos 50%) com todas as características apropriadas³.

Somente 11 países no mundo têm legislação de embalagem neutra: Austrália, primeiro país a aplicar a medida em 2012; na Região das Américas, Chile, Panamá, Uruguai, Equador, Brasil e Canadá estão considerando esta medida³.

Somente cinco países (Guiana, Panamá, Suriname, Trindade e Tobago e Uruguai) têm proibido a exposição de produtos do tabaco no ponto de venda. Devemos lembrar que a exposição de produtos de tabaco nos pontos de venda também é uma forma de publicidade e promoção²¹.

Estima-se que em um ambiente onde muitas ações publicitárias e promoção são proibidas, mas o produto ainda pode ser exibido, isso pode aumentar as vendas entre 10 e 28%, a maioria deles como resultado de compras por impulso²².

No Brasil, a lei nº 12546, publicada em 2011, proibiu todas as formas de publicidade de produtos do tabaco, permitindo apenas a exposição do produto no ponto de venda²³. Devido ao aumento da restrição de propaganda na mídia, as empresas de tabaco têm perseguido agressivamente a publicidade no ponto de venda, a fim de manter o tabaco atraente, especialmente para os jovens. Ponto de venda é qualquer lugar comercial que permite a exibição de produtos para venda, como os mercados, lojas de conveniência, bares e padarias, etc.²⁴.

Entende-se como uma proibição completa em um meio ou forma de comunicação quando a publicidade, promoção e patrocínio do tabaco são totalmente proibidas nesse meio ou forma de comunicação, sem exceções de público-alvo ou horário³. No Brasil, não é proibido o cigarro na televisão ou filmes, devemos lembrar que sua presença generalizada em diferentes mídias “normaliza-a” e, portanto, apresenta-se como um produto de consumo, dificultando a compreensão dos riscos que comporta²⁵.

R (Aumentar) - Aumentar os impostos sobre o tabaco

A medida que experimentou o menor progresso desde 2008, tanto global como regionalmente, foi a de aumentar os impostos sobre o tabaco. O consumo de tabaco gera uma carga econômica significativa para a sociedade como um todo, e leva a externalidades negativas significativas, incluindo altos custos de saúde e perda de produtividade devido a doenças atribuíveis ao tabaco. A cada ano, o tabagismo onera cerca de US\$ 34 bilhões dos orçamentos de saúde nos países da América Latina. Isso significa perda de valores que representam 0,7% do seu PIB, e 8,3% de seus gastos com saúde²⁶.

Embora muitos percebam que impostos sobre o tabaco representam uma questão importante para as economias de seus países, mal cobrem 35% das despesas médicas diretas que o tabaco gera, sem levar em conta os remanescentes de custos associados³. No Brasil os impostos sobre o tabaco representam entre 51 e 75% do preço de venda no varejo³.

As diretrizes enfatizam que os impostos não apenas limitam essas externalidades, reduzindo o consumo e a prevalência, mas também ajudam a cobrir os gastos públicos com saúde relacionados ao consumo e à exposição à fumaça do tabaco³.

Conclusão

Os dados aqui expostos nos apontam como improvável que os países latino-americanos, inclusive o Brasil, alcancem a meta de redução relativa global de 30% estabelecida no Plano de Ação Global para as NCDs, mas eles podem contribuir como um alerta no planejamento de ações futuras de controle do tabaco que promovam a saúde e o bem-estar das populações em todos os lugares, principalmente onde foram coletados os dados e constatada esta triste realidade.

Referências

- Johnson NB, Hayes LD, Brown K, Hoo EC, Eicher KA; Center for Disease Control and Prevention (CDC). CDC National Health Report: leading causes of morbidity and mortality and associated behavioral risk and protective factors - United States, 2005-2013. *MMWR Surveill Summ*. 2014;31;63(Suppl 4): 3-27.
- US National Cancer Institute. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. In collaboration with Organización Mundial de la Salud. Bethesda (MD): National Cancer Institute; 2016 (National Cancer Institute Tobacco Control Monograph Series, 21).
- Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018. Acesso em novembro/2018.
- MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf. Acesso em janeiro/2018.
- WHO global report on trends of prevalence of tobacco smoking 2000-2015, second edition. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-151417-0. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272694/9789241514170-eng.pdf?ua=1>. Acesso em junho/2018.
- Soneji S, Yang J, Knutzen KE, Moran MB, Tan ASL, Sargent J, et al. Online tobacco marketing and subsequent tobacco use. *Pediatrics*. 2018;141(2) pii:e20172927.
- DiFranza JR, Wellman RJ, Sargent JD, Weitzman M, Hipple BJ, Winickoff JP, et al. Tobacco promotion and the initiation of tobacco use: assessing the evidence for causality. *Pediatrics*. 2006;117(6):e1237-48.
- Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taking tobacco. *N Engl J Med*. 2014;370:60-8.
- Hwang JH, Park SW. Age at smoking initiation and subsequent smoking among Korean adolescent smokers. *J Prev Med Public Health*. 2014;47(5):266-72.
- Panamerican Health Organization. Report on Tobacco Control for the Region of the Americas. WHO framework convention on Tobacco control: 10 years later. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28393/9789275118863_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em fevereiro/2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. Acesso em novembro/2018.
- Urrutia-Pereira M, Olliano VJ, Aranda CS, Mallol J, Solé D. Prevalence and factors associated with smoking among adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:230-7.
- Urrutia-Pereira M, Sole M, Chong-Neto HJ, Badellino H, Acosta V, Castro-Amarales RL, et al. Youth tobacco use in Latin America: What is the real extent of the problem? *Allergol et Immunopathol*. 2019;47(4):328-35.
- Szklo AS, Cavalcante TM. Descumprimento da lei que proíbe a venda de cigarros para menores de idade no Brasil: uma verdade inconveniente. *J Bras Pneumol*. 2018;44(5):398-404.
- Brasil, Presidência da República. Lei Federal n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/LEIS/L8069.htm> Sec.1:1. Acesso em: 20/06/2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
- Urrutia-Pereira M, Solé D. Electronic cigarettes: these illustrious unknowns. *Arq Asma Alerg Imunol*. 2018;2(3):309-14.
- Vogel EA, Ramo DE, Rubinstein ML. Prevalence and correlates of adolescents' e-cigarette use frequency and dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2018;188:109-12.
- Centers for Disease Control and Prevention. Global Tobacco Surveillance System Data (GTSSData). Atlanta: CDC. Disponível em: <https://nccd.cdc.gov/GTSSDataSurveyResources/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=2>.
- Organização Mundial de Saúde. Diretrizes para a aplicação do artigo 13 (Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco). Terceira Reunião da Conferência das Partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS; de 17 a 22 de novembro de 2008; Durban (África do Sul). Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2009 (decisão FCTC / COP3 (12)).
- Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2011.
- Carter OB, Mills BW, Donovan RJ. The effect of retail cigarette pack displays on unplanned purchases: results from immediate postpurchase interviews. *Tob Control*. 2009;18(3):218-21.
- Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei N° 12.546, de 14 de dezembro de 2011 [Internet]. Brasília: Presidência da República, 2011: D.O.U. de 15 de dezembro de 2011 P.3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm#art49.
- Ferreira-Gomes AB, de Moura L, Araújo-Andrade SS, Lacerda-Mendes F, Perez CA, Abaakouk Z. Advertising of tobacco products at point of sale: who are more exposed in Brazil? *Salud Pública Méx*. 2017;59(S1):105-16.
- Carter OB, Mills BW, Donovan RJ. The effect of retail cigarette pack displays on unplanned purchases: results from immediate postpurchase interviews. *Tob Control*. 2009;18(3):218-21.
- Pichon-Riviere A, Bardach A, Augustovski F, Alcaraz A, Reynales-Shigematsu LM, Pinto MT, et al. Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y su extrapolación a nivel regional. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(4):213-21.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Correspondência:
Marilyn Urrutia-Pereira
E-mail: urrutiamarilyn@gmail.com