

Global State of Tobacco Harm Reduction



Tabagismo entre pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas

**Maio
2026**

PARA MAIS PUBLICAÇÕES, VISITE **GSTHR.ORG**



gsthr.org



[@globalstatethr](https://twitter.com/globalstatethr)



[@gsthr](https://facebook.com/gsthr)



[@gsthr](https://youtube.com/gsthr)



[@gsthr.org](https://instagram.com/gsthr.org)



Creative Commons
Attribution (CC BY)

Introdução

Nas últimas duas décadas, a prevalência do tabagismo entre as populações adultas em geral tem diminuído em muitos países, particularmente nas nações mais ricas. Mas tanto nos países de alta renda (HIC) quanto nos países de baixa e média renda (LMIC), o tabagismo tem um impacto significativo e frequentemente desproporcional sobre as comunidades marginalizadas. Neste Documento de Briefing, consideramos como o tabagismo afeta um desses grupos: pessoas que enfrentam problemas com o uso de drogas. **Integrando a redução de danos do tabaco nos serviços de tratamento de drogas e redução de danos**, publicado junto a este Documento de Briefing, oferece alguns insights práticos para profissionais de linha de frente.

Uso de drogas de alto risco: parte de um quadro complexo

O uso de drogas de alto risco ou dependente pode ser devastador para indivíduos e famílias; é também um grande problema global de saúde pública. Estimativas para 2023 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime sugerem que havia 64 milhões de pessoas com transtornos de uso de drogas no mundo, das quais um estimado de 14 milhões administravam drogas por injeção. Apenas um em cada 12 estava em tratamento.¹

A intersecção entre o uso de drogas de alto risco e outros fatores de risco para saúde precária e exclusão social é significativa. Os dados variam entre os países, mas as estimativas médias extraídas de múltiplos estudos sugerem que cerca de 60% das pessoas que atendem aos critérios diagnósticos para ‘transtorno por uso de substâncias’ têm pelo menos outra doença mental grave, e cerca de metade das pessoas em situação de rua dependem de drogas.^{2,3,4} Pessoas que injetam drogas têm alto risco de contrair vírus transmitidos pelo sangue por meio do uso de equipamentos contaminados; uma metanálise global encontrou que 15% são HIV positivas, 60% têm hepatite C viral (HCV) e 6% hepatite B viral (HBV).^{5,6} Com uma prevalência global estimada de 25%, a taxa de infecção por tuberculose (TB) também é elevada entre pessoas que usam drogas (em comparação com 5–10% na população global).⁷

A dependência de drogas também é comum entre pessoas encarceradas; os transtornos de uso de drogas detectados na admissão prisional variaram entre 27% e 68% em dados de 13 LMICs, enquanto estudos europeus sugerem que entre 30% e 75% das pessoas com uso problemático de drogas já passaram tempo na prisão.^{8,9}

Dados internacionais mostram consistentemente que as taxas de tabagismo ou uso arriscado de tabaco são desproporcionalmente altas nessa comunidade. Uma meta-análise de Guydish et al. analisou 54 estudos com dados sobre prevalência de tabagismo em tratamentos de dependência em 20 países e comparou com a taxa de tabagismo na população geral. Entre pessoas em tratamento para dependência, as taxas de tabagismo eram entre duas e quatro vezes maiores do que na população geral; com 85%, a taxa média mais alta foi observada

estimativas sugerem que havia 64 milhões de pessoas com transtornos de uso de drogas no mundo, das quais um estimado de 14 milhões administravam drogas por injeção. Apenas um em cada 12 estava em tratamento

dados internacionais mostram consistentemente que as taxas de tabagismo ou uso arriscado de tabaco são desproporcionalmente altas nessa comunidade

entre aqueles em terapia de manutenção com agonistas opioides (OMT).¹⁰ Um estudo recente com adultos que utilizam serviços de redução de danos no Quirguistão encontrou uso de nicotina quase universal (98%), com uso diário de tabaco combustível predominante (79%), seguido de uso diário de nasvay, um tabaco oral regionalmente específico (18%).¹¹

A maioria das pessoas que inicia o tratamento de drogas está, portanto, enfrentando uma série de desafios complexos e sobrepostos. O tabagismo e o uso arriscado de tabaco estão entre eles. No entanto, o impacto do tabaco, e os esforços para apoiar a cessação, podem ser despriorizados em alguns contextos de tratamento, apesar dos substanciais e bem documentados danos à saúde. Isso pode ocorrer por muitas razões: os profissionais podem eles próprios fumar, ter falta de treinamento em cessação, ou ter preocupações de que abordar o tabagismo poderia desestabilizar a recuperação de outras substâncias. Em muitos casos, é claro, os profissionais podem simplesmente estar sobrecarregados pelas demandas que lhes são impostas.



Qual é o impacto do tabagismo em pessoas que também têm problemas com o uso de drogas?

Em todas as populações, o tabagismo é uma das principais causas de doenças evitáveis, provocando câncer de pulmão e numerosos outros cânceres, doenças cardiovasculares, AVC e doenças respiratórias, particularmente DPOC. Ele aumenta o risco de diabetes tipo II e está associado ao enfraquecimento da imunidade. Até metade de todas as pessoas que fumam morrerão prematuramente de uma doença relacionada ao tabaco.

Todos que fumam enfrentam esses riscos à saúde. Mas as evidências mostram que as pessoas que enfrentam problemas com o uso de drogas têm um risco substancialmente maior de morrer prematuramente por doenças relacionadas ao tabagismo em comparação com os demais.

Uma análise recente de dados de mortalidade de 106.789 pessoas que usaram heroína na Inglaterra constatou que 63% morreriam antes dos 70 anos, em comparação com apenas 16% da população geral. Crucialmente, um número semelhante de mortes prematuras entre usuários de heroína foi causado pelo tabagismo (24%) e por drogas ilegais (28%).¹² E em um estudo dos EUA, a taxa de mortes relacionadas ao tabaco na população geral foi de 31%, mas chegou a 54% entre pessoas em tratamento para problemas de uso de substâncias. Aqueles em tratamento para drogas também apresentaram maior probabilidade de morrer por causas relacionadas ao tabaco em idades mais jovens do que o restante da população.¹³

uma análise recente de dados de mortalidade de 106.789 pessoas que usaram heroína na Inglaterra constatou que um número semelhante de mortes prematuras foi causado pelo tabagismo (24%) e por drogas ilegais (28%)

Essas disparidades têm causas e inter-relações complexas. O uso de drogas de alto risco a longo prazo pode levar a impactos significativos na saúde, dependendo dos tipos de drogas utilizadas e das vias de administração mais frequentes. Como observado acima, o uso de drogas injetáveis aumenta significativamente o risco de contrair vírus transmitidos pelo sangue. O tabagismo complica o quadro. O HIV parece ser um fator de risco independente para cânceres relacionados ao tabagismo; um estudo recente constatou que uma em cada quatro mortes de pessoas vivendo com HIV nos EUA poderia ser atribuída ao tabagismo.^{14,15} O tabagismo está associado a piores desfechos hepáticos para pessoas com HCV e HBV, e à progressão mais grave da TB.^{16,17}

Pessoas que fumam substâncias incluindo crack, metanfetamina ou opioides, além de tabaco, frequentemente têm saúde respiratória precária, com o tabagismo de drogas mais regular e prolongado associado ao diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).¹⁸ Estima-se que até metade daqueles que fumam heroína atendam aos critérios para DPOC (em comparação com um em cada cinco que injetam); a DPOC provavelmente aumenta o risco de overdose por opioides devido à depressão respiratória, pois a capacidade respiratória das pessoas já está comprometida.^{19,20}

Por que as taxas de tabagismo entre pessoas que usam drogas são tão altas?

Independentemente do uso de outras substâncias, as pessoas que fumam o fazem por uma grande variedade de razões. É importante reconhecer que isso pode incluir prazer ou satisfação. Também pode ser porque as pessoas sentem que a nicotina as ajuda a lidar com tristeza, tédio ou estresse. O uso repetido de nicotina pode causar dependência.

Como observado, as taxas de tabagismo entre pessoas que usam drogas são substancialmente mais elevadas em comparação com a população geral. Os fatores específicos que podem contribuir para isso incluem:

- » Usar nicotina para controlar a abstinência ou efeitos colaterais desagradáveis do uso de substâncias

A nicotina proporciona alívio temporário do estresse, da ansiedade e dos sintomas de abstinência – como a queda após o uso de estimulantes. Pesquisas sugerem, e pessoas que usam drogas relatam, que o uso de nicotina ajuda no controle da abstinência de drogas opioides.²¹

- » Usar nicotina para potencializar os efeitos das drogas

Evidências mostraram que quando a nicotina é combinada com outras drogas – por exemplo, estimulantes (cocaína, anfetaminas), opioides (heroína), tetrahydrocannabinol (THC, consumido na cannabis ou em outras substâncias) e álcool, ela aumenta a absorção pelo organismo de uma ou ambas as substâncias, de forma que provavelmente potencializa a experiência do usuário.²² Isso provavelmente também é verdade para compostos psicoativos novos – substâncias como canabinoides sintéticos ou catinonas.

quando combinada com outras drogas, evidências mostram que a nicotina tem a capacidade de aumentar a absorção pelo organismo de uma ou ambas as substâncias

» **Usar nicotina como parte de um ritual de consumo de drogas**

As pessoas frequentemente fumam cigarros antes ou depois do uso de drogas como parte da rotina. O tabagismo pode, portanto, tornar-se parte do ritual de uso de outras drogas, reforçando ambos os hábitos.²³

» **Usar nicotina para automedicação de doenças mentais ou efeitos colaterais de medicamentos**

Como observado, as taxas de tabagismo entre pessoas com problemas de saúde mental também são elevadas.²⁴ Evidências sugerem que algumas pessoas associam o uso de nicotina à redução de sintomas específicos, como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Para pessoas com esquizofrenia, o uso de nicotina pode ser uma forma de automedicação, que elas sentem que permite tratar sintomas cognitivos ou reduzir os efeitos colaterais de medicamentos psiquiátricos.²⁵

» **Usar nicotina em resposta a ambientes sociais e contextos**

Como observado, as pessoas com problemas com drogas frequentemente enfrentam uma multiplicidade de desafios complexos e sobrepostos. Elas podem passar tempo em ambientes e círculos sociais onde o tabagismo é comum, normalizado ou incorporado à moeda social. Isso pode incluir tempo passado nas ruas, em albergues ou acomodações para pessoas em situação de rua, na prisão, em hospitais psiquiátricos ou nos próprios serviços de tratamento de drogas. Compartilhar cigarros pode ajudar as pessoas a criar laços em um momento em que podem estar socialmente isoladas ou afastadas de amigos e familiares.

Quantas pessoas podem acessar suporte para tratamento de drogas e para cessação do tabagismo ao redor do mundo?

O tratamento abrangente e acessível de drogas pode ser difícil de acessar em muitos países. Como observado anteriormente, estima-se que apenas um em cada 12 da população global de pessoas com transtornos de uso de drogas estava em tratamento em 2023.²⁶ Uma revisão recente constatou que, embora 90 países estivessem implementando OMT e 94 países programas de troca de seringas, apenas cinco forneciam alta cobertura de ambos os serviços, abrangendo apenas dois por cento da população global de pessoas que usam drogas.²⁷

Em alguns países de alta renda, como Canadá, Alemanha, Países Baixos e Reino Unido, pessoas com problemas com drogas podem acessar atenção primária para uso de drogas financiada pelo governo. Mesmo entre os países de alta renda, isso ainda é raro. No entanto, em países de todos os níveis de renda sem tratamento oficial de drogas financiado pelo governo, existem organizações de base comunitária, às vezes religiosas e/ou filantrópicas, que oferecem suporte a pessoas em necessidade.



‘Oferecer ajuda para parar de usar tabaco’ é uma das seis medidas de controle do tabaco ‘MPOWER’ introduzidas pela OMS em 2008. O objetivo dessa medida era que os países implementassem sistemas nacionais de cessação do tabaco e tornassem as ajudas para parar de fumar amplamente disponíveis para suas populações.

Em 2024, a OMS publicou sua primeira diretriz clínica para cessação do tabaco em adultos, formalizando efetivamente o que esses serviços devem oferecer. A diretriz recomenda uma combinação de “suporte comportamental prestado por profissionais de saúde, intervenções digitais para cessação e tratamentos farmacológicos”. As intervenções farmacológicas recomendadas na diretriz são vareniclina, Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), bupropiona e citisina. A diretriz da OMS cita um total de 11 revisões sistemáticas Cochrane de pesquisas em saúde sobre intervenções para cessação do tabaco.²⁸ As Revisões Cochrane são consideradas o padrão-ouro para a medicina baseada em evidências.

É, portanto, lamentável que a diretriz da OMS não cite a revisão sistemática Cochrane sobre ‘Cigarros eletrônicos para cessação do tabagismo’. Essa revisão sistemática viva, que tem sido regularmente atualizada desde 2012, concluiu consistentemente que os vaporizadores ajudam as pessoas a parar de fumar. Quando atualizada em novembro de 2025, concluiu: “os cigarros eletrônicos com nicotina podem ajudar as pessoas a parar de fumar por pelo menos seis meses. As evidências mostram que funcionam melhor do que a terapia de reposição de nicotina, e provavelmente melhor do que os cigarros eletrônicos sem nicotina.”^{29,30}

Embora ‘Oferecer ajuda para parar de usar tabaco’ tenha sido um dos objetivos centrais das medidas globais de controle do tabaco desde 2008, a implementação permanece precária. Isso não é surpreendente. Estabelecer e oferecer serviços abrangentes de cessação do tabagismo ou apoiar a disponibilização gratuita de TRN pode ser caro. Incluir novas leis de controle do tabaco nos estatutos – sem necessariamente aplicá-las – não custa tanto aos governos.

A própria avaliação da OMS em 2021 constatou que os serviços de cessação do tabagismo são “insuficientes e indisponíveis em grande parte do mundo”, e em 2025, a OMS relatou que dois terços da população mundial não têm acesso a suporte para cessação do tabagismo.^{31,32}

Em muitos países, os profissionais que trabalham com pessoas que enfrentam problemas com o uso de drogas provavelmente não conseguirão encaminhar os clientes para serviços locais dedicados à cessação do tabagismo. Para alguns profissionais, é aqui que a redução de danos pode ajudar.

as revisões sistemáticas Cochrane são consideradas o padrão-ouro para a medicina baseada em evidências; ‘Cigarros eletrônicos para cessação do tabagismo’, atualizada regularmente desde 2012, concluiu consistentemente que os vaporizadores ajudam as pessoas a parar de fumar

em 2025, a OMS relatou que dois terços da população mundial não têm acesso a suporte para cessação do tabagismo

O que é a redução de danos do tabaco – e como ela poderia ajudar pessoas que usam drogas e tabaco?

O princípio da redução de danos do tabaco é o mesmo que fundamenta as muitas intervenções de redução de danos prestadas a pessoas que usam drogas ao redor do mundo – desde OMT, salas de consumo de drogas, prevenção e reversão de overdose, troca de

agulhas e seringas, até a disponibilização de informações sobre uso mais seguro de drogas e verificação de comprimidos. O foco é manter as pessoas vivas, reduzir os danos do uso de drogas e, quando possível, oferecer alternativas mais seguras.³³

A forma mais perigosa de usar nicotina é queimar um cigarro e inalar a fumaça. Isso porque o cigarro é um sistema sujo de entrega de nicotina. A queima do tabaco libera alcatrão e gases contendo milhares de toxinas, muitas das quais representam risco substancial de doenças graves. Alguns produtos de tabaco oral também liberam toxinas perigosas quando consumidos.

Em contraste, os Produtos de Nicotina mais Seguros (PNS) não são combustíveis: nenhum deles queima tabaco, com alguns não contendo tabaco algum. Consequentemente, todos fornecem nicotina ao usuário com um risco muito menor do que continuar fumando. Isolada da fumaça do tabaco, a nicotina é uma substância de risco relativamente baixo.³⁴ Os PNS incluem vaporizadores de nicotina (cigarros eletrônicos), sachês de nicotina sem tabaco, snus de estilo sueco (um tabaco oral), alguns tabacos sem fumaça (mascados) dos EUA e Produtos de Tabaco Aquecido. Muitos desses produtos foram desenvolvidos apenas nos últimos 10–15 anos.

Para pessoas que usam drogas e que atualmente utilizam produtos de tabaco de alto risco, como cigarros e alguns tabacos orais, a redução de danos do tabaco oferece a chance de mudar para produtos que representam riscos substancialmente menores à saúde. Há fortes evidências de que quando pessoas que fumam mudam para PNS, há menor chance de recaída ao tabagismo. Como observado, a revisão sistemática Cochrane em andamento relata que os vaporizadores de nicotina são mais eficazes do que a TRN.³⁵

há fortes evidências de que quando pessoas que fumam mudam para PNS, há menor chance de recaída ao tabagismo

Conclusão

Abordar o tabagismo e o uso arriscado de tabaco deve ser uma prioridade para os serviços que apoiam pessoas que enfrentam problemas com o uso de drogas. O tabagismo mata metade de todos que fumam a longo prazo, e o risco de morte prematura por tabagismo para essa população é frequentemente igual ou maior do que o representado pelas drogas ilícitas. No entanto, com frequência, permanece um problema oculto à vista de todos.

Uma vez que as pessoas tenham abandonado o tabagismo ou o uso arriscado de tabaco, elas podem continuar usando PNS com relativa segurança ou reduzir gradualmente o uso de nicotina antes de parar completamente. Sabe-se que o tabagismo agrava muitas das condições de saúde a longo prazo conhecidas por afetar essa população – saúde respiratória e cardiovascular precárias, e a progressão de alguns vírus transmitidos pelo sangue, como observado acima. Mudar para PNS oferece a chance de reduzir drasticamente os danos do uso de tabaco e, assim, melhorar a saúde geral de forma eficaz e alcançável.

É importante observar que, quando perguntados, entre 50–80% das pessoas em contato com serviços de tratamento de drogas relatam estar

separar a redução de danos para o tabaco da redução de danos para outras substâncias arrisca perder uma oportunidade crucial de salvar vidas

motivadas a parar de fumar.^{36,37} Além disso, é um equívoco pensar que parar de fumar durante o tratamento de drogas ameaça a recuperação de outros problemas com drogas. Fornecer suporte para a cessação do tabagismo demonstrou reduzir as taxas de tabagismo e ter um efeito neutro ou positivo nos resultados do tratamento para outras drogas.^{38,39}

Pelo menos um tipo de PNS está legalmente disponível em 129 países, abrangendo 71% da população global.⁴⁰ Onde estiverem disponíveis, os profissionais que trabalham com esse grupo de clientes devem oferecer informações e orientações sobre, ou se possível, acesso a PNS. Sem custo ou com custo muito baixo, essa intervenção poderia melhorar significativamente a saúde de curto e longo prazo das pessoas que utilizam serviços de tratamento de drogas. Manter uma falsa separação entre a redução de danos para o tabaco e a redução de danos para outras substâncias arrisca perder uma oportunidade crucial de salvar vidas.

Informações sobre a situação regulatória de todas as categorias de PNS e produtos de TRN podem ser encontradas pesquisando informações em nível nacional no banco de dados do GSTHR em <https://gsth.org/countries/> A publicação complementar, **Integrando a redução de danos do tabaco nos serviços de tratamento de drogas e redução de danos**, oferece algumas sugestões para abordar a RDT nesses contextos.



Referências

- ¹ UN. (2025). *World Drug Report 2025—Special Points of Interest*. United Nations : Office on Drugs and Crime. [/www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025-special-points-of-interest.html).
- ² McNeely, J., Hamilton, L. K., Whitley, S. D., Wiegand, T. J., Stancliff, S. L., Norton, B. L., Gonzalez, C. J., & Hoffman, C. J. (2024, maio). *Table 3, DSM-5-TR Criteria for Diagnosing and Classifying Substance Use Disorders [a,b]* [Text]. Johns Hopkins University. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565474/table/table-3/>.
- ³ Alsuhaibani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S., & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>.
- ⁴ Neale, J., Parkin, S., Hermann, L., Metrebian, N., Roberts, E., Robson, D., & Strang, J. (2022). Substance use and homelessness: A longitudinal interview study conducted during COVID-19 with implications for policy and practice. *International Journal of Drug Policy*, 108, 103818. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103818>.
- ⁵ People who inject drugs. (2020). World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
- ⁶ Rashti, R., Sharafi, H., Alavian, S. M., Moradi, Y., Mohamadi Bolbanabad, A., & Moradi, G. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of Global Prevalence of HBsAg and HIV and HCV Antibodies among People Who Inject Drugs and Female Sex Workers. *Pathogens*, 9(6), 432. <https://doi.org/10.3390/pathogens9060432>.
- ⁷ Ngowi, W. S., Mandizadza, O. O., Wang, M., Shao, W. T., & Ji, C. (2025). Prevalence of tuberculosis among People Who Use Drugs 2000–2024: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635053>, pp. 2000–2024.
- ⁸ Baranyi, G., Scholl, C., Fazel, S., Patel, V., Priebe, S., & Mundt, A. P. (2019). Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*, 7(4), e461–e471. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30539-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30539-4).
- ⁹ Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: An 8-year prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2), 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008>.
- ¹⁰ Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220–230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>.
- ¹¹ Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., Pikirenia, T., Stimson, G.V., Bessonov, S. (2026). High Smoking Rates and Emerging Alternatives: Nicotine Use Among People Who Use Drugs in the Kyrgyz Republic. Forthcoming, 2026.
- ¹² Lewer, D., Tattan-Birch, H., & Cox, S. (2025). Among people who use heroin, tobacco smoking and illegal drugs cause a similar number of premature deaths. *Addiction*, 120(12), 2573–2579. <https://doi.org/10.1111/add.70140>.
- ¹³ Bandiera, F. C., Anteneh, B., Le, T., Delucchi, K., & Guydish, J. (2015). Tobacco-related mortality among persons with mental health and substance abuse problems. *PloS One*, 10(3), e0120581. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120581>.
- ¹⁴ Hessel, N. A., Barrett, B. W., Margolick, J. B., Plankey, M., Hussain, S. K., Seaberg, E. C., & Massad, L. S. (2021). Risk of smoking-related cancers among women and men living with and without HIV. *AIDS*, 35(1), 101–114. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002717>.
- ¹⁵ Asfar, T., Perez, A., Shipman, P., Carrico, A. W., Lee, D. J., Alcaide, M. L., Jones, D. L., Brewer, J., & Koru-Sengul, T. (2021). National Estimates of Prevalence, Time-Trend, and Correlates of Smoking in US People Living with HIV (NHANES 1999–2016). *Nicotine & Tobacco Research*, 23(8), 1308–1317. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa277>.
- ¹⁶ Rutledge, S. M., & Asgharpour, A. (2020). Smoking and Liver Disease. *Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 617–625.
- ¹⁷ Duarte, R., Lönnroth, K., Carvalho, C., Lima, F., Carvalho, A. C. C., Muñoz-Torrico, M., & Centis, R. (2018). Tuberculosis, social determinants and co-morbidities (including HIV). *Pulmonology*, 24(2), 115–119. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2017.11.003>.
- ¹⁸ Burhan, H., Young, R., Byrne, T., Peat, R., Furlong, J., Renwick, S., Elkin, T., Oelbaum, S., & Walker, P. P. (2019). Screening Heroin Smokers Attending Community Drug Services for COPD. *Chest*, 155(2), 279–287. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.08.1049>.
- ¹⁹ Hulin, J., Brodie, A., Stevens, J., & Mitchell, C. (2020). Prevalence of respiratory conditions among people who use illicit opioids: A systematic review. *Addiction*, 115(5), 832–849. <https://doi.org/10.1111/add.14870>.
- ²⁰ Darke, S., Farrell, M., Duflou, J., & Lappin, J. (2024). Chronic obstructive pulmonary disease in heroin users: An underappreciated issue with clinical ramifications. *Addiction*, 119(7), 1153–1155. <https://doi.org/10.1111/add.16407>.
- ²¹ Custodio, L., Malone, S., Bardo, M. T., & Turner, J. R. (2022). Nicotine and opioid co-dependence: Findings from bench research to clinical trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104507. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.12.030>.
- ²² Kohut, S. J. (2017). Interactions between nicotine and drugs of abuse: A review of preclinical findings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 155–170. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1209513>.
- ²³ Rupprecht, L. E., Smith, T. T., Schassburger, R. L., Buffalari, D. M., Sved, A. F., & Donny, E. C. (2015). Behavioral Mechanisms Underlying Nicotine Reinforcement. Em D. J. K. Balfour & M. R. Munafò (Eds.), *The Neuropharmacology of Nicotine Dependence* (Vol. 24, pp. 19–53). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13482-6_2.
- ²⁴ Alsuhaibani, Smith, Lowrie, Aljhani, & Paudyal, 2021.
- ²⁵ Winterer, G. (2010). Why do patients with schizophrenia smoke? *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 112–119. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283366643>.
- ²⁶ UN, 2025.

- ²⁷ Colledge-Frisby, S., Ottaviano, S., Webb, P., Grebely, J., Wheeler, A., Cunningham, E. B., Hajarizadeh, B., Leung, J., Peacock, A., Vickerman, P., Farrell, M., Dore, G. J., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2023). Global coverage of interventions to prevent and manage drug-related harms among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 11(5), e673–e683. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00058-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00058-X).
- ²⁸ WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. (2024, julho 2). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>.
- ²⁹ Lindson, N., Livingstone-Banks, J., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C. R., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Fanshawe, T., & Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2025(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub10>.
- ³⁰ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³¹ WHO. (2021). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025, fourth edition* (4th ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348537>.
- ³² World Health Organization. (2025). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: Warning about the dangers of tobacco* (N.º 978-92-4-011206–3). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>.
- ³³ GSTHR. (2022). *What is Tobacco Harm Reduction?* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/what-is-tobacco-harm-reduction/>.
- ³⁴ GSTHR, 2022.
- ³⁵ Lindson, Livingstone-Banks, Butler, McRobbie, Bullen, Hajek, Wu, Begh, Theodoulou, Notley, Rigotti, Turner, Fanshawe, & Hartmann-Boyce, 2025.
- ³⁶ Syan, S. K., Belisario, K. L., Rahman, L., Levitt, E. E., McCarron, C., Radman, H., Amlung, M., Praecht, A., George, T. P., & MacKillop, J. (2025). Smoking in Substance Use Disorder Patients: Prevalence, Comorbidities, Impulsivity, and Patterns of Readiness to Change. *Nicotine & Tobacco Research*, 27(10), 1813–1822. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaf089>.
- ³⁷ Cookson, C., Strang, J., Ratschen, E., Sutherland, G., Finch, E., & McNeill, A. (2014). Smoking and its treatment in addiction services: Clients' and staff behaviour and attitudes. *BMC Health Services Research*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-304>.
- ³⁸ Apollonio, D., Philipps, R., & Bero, L. (2012). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance abuse. Em The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD010274). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274>.
- ³⁹ Apollonio, Philipps, & Bero, 2012.
- ⁴⁰ Shapiro, H., Jerzyński, T., Mzhavanadze, G., & Porritt, O. (2024). *The Global State of Tobacco Harm Reduction 2024: A Situation Report* (N.º 4; GSTHR Major Reports). Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR). <https://gsthr.org/resources/thr-reports/the-global-state-of-tobacco-harm-reduction-2024-a-situation-report/>. S. 1.



GSTHR. (2026). *Smoking among people facing problems with drug use* (GSTHR Briefing Papers). Global State of Tobacco Harm Reduction. <https://gsthr.org/resources/briefing-papers/smoking-among-people-facing-problems-with-drug-use/>

Para mais informações sobre o trabalho da Global State of Tobacco Harm Reduction, ou sobre os pontos levantados neste **documento informativo da GSTHR**, contacte info@gsthr.org

Sobre nós: A **Knowledge•Action•Change (K•A•C)** promove a redução dos malefícios do tabaco como estratégia essencial para a saúde pública, fundamentada nos direitos humanos. A equipa conta com mais de quarenta anos de experiência no trabalho de combate aos malefícios associados ao consumo de drogas, ao HIV, ao tabagismo, na área da saúde sexual e em estabelecimentos prisionais. A K•A•C é responsável pela iniciativa **Global State of Tobacco Harm Reduction (GSTHR)** que traça o desenvolvimento da redução dos malefícios do tabaco e a utilização, disponibilidade e respostas regulamentares aos produtos de nicotina mais seguros, bem como a prevalência do tabagismo e a mortalidade que lhe está associada, em mais de 200 países e regiões de todo o mundo. Para consultar todas as nossas publicações e dados atualizados, visite <https://gsthr.org>

O nosso financiamento: o projeto GSTHR é desenvolvido com a ajuda de uma subvenção da **Global Action to End Smoking** (anteriormente conhecida como Foundation for a Smoke-Free World), uma organização independente sem fins lucrativos dos EUA, com estatuto 501(c)(3), que concede subsídios para acelerar os esforços científicos globais para acabar com a epidemia do tabagismo. A Global Action não desempenhou qualquer papel na elaboração, implementação, análise ou interpretação dos dados contidos neste documento informativo. O conteúdo, a seleção e apresentação dos factos, bem como quaisquer opiniões expressas, são da exclusiva responsabilidade dos autores e não devem ser entendidos como refletindo as posições da Global Action to End Smoking.