



**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Camila de Albuquerque Pinheiro

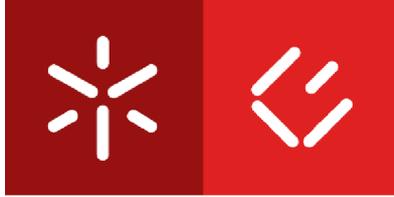
**Convenção-Quadro para Controle do Tabaco:  
o apoio à cessação tabágica no Brasil.**

Camila de Albuquerque Pinheiro **Convenção-Quadro para Controle do Tabaco: o apoio à cessação tabágica no Brasil.**

Uminho | 2019

Abril de 2019





**Universidade do Minho**  
Escola de Economia e Gestão

Camila de Albuquerque Pinheiro

**Convenção-Quadro para Controle do Tabaco:  
o apoio à cessação tabágica no Brasil.**

Dissertação de Mestrado  
em Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Antônio Almeida Crispim**

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

### **Licença concedida aos utilizadores deste trabalho**



**Atribuição-NãoComercial-SemDerivações**

**CC-BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Afonso e Themis, e esposo, Wagner, que sempre me incentivaram a progredir profissionalmente.

À minha mãe, em especial, pelos conselhos, colaboração, e por ser sempre um referencial profissional que inspira e orgulha toda a família.

Ao meu esposo, pela colaboração no estudo, pela paciência e parceria fundamental nas atividades e tarefas com os filhos e da casa para que pudesse me dedicar ao estudo.

Aos meus filhos, Thaís e Rafael, agradeço a compreensão e a paciência, afinal a mãe não pôde dar a atenção que gostariam, nesse período, mas entenderam ser passageiro e por uma boa causa.

Ao meu orientador, Professor José Antônio Almeida Crispim, por ter aceito a orientação e por, pacientemente, auxiliar e conduzir as etapas do estudo empenhado no aprimoramento.

Aos meus familiares, amigos e seus contatos, que tanto se empenharam em responder e a divulgar o questionário dessa pesquisa em suas redes sociais, uma verdadeira corrente de apoio e que foi fundamental para o alcance dos resultados.

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho

## RESUMO

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública mundial. Atualmente mata 7 milhões de fumantes por ano no mundo em decorrência das doenças tabaco-relacionadas que são evitáveis (OMS, 2018a). O Brasil vem se destacando internacionalmente pela significativa redução na prevalência do tabagismo, principalmente após a adesão e ratificação à Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). O objetivo geral deste estudo consiste em analisar o desempenho do apoio à cessação tabágica no Brasil em consonância com as recomendações do artigo 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Pretende responder as seguintes questões: a) Como se caracteriza o apoio à cessação tabágica na política de saúde brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; b) Em que medida a população conhece, recorre e se manifesta acerca do apoio à cessação tabágica praticado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; c) Que influência é possível observar entre o apoio à cessação tabágica no país e a redução da prevalência do tabagismo. Realizou-se um estudo exploratório, de abordagem qualitativa e quantitativa, com pesquisa bibliográfica e documental, além de entrevista com questionário estruturado através da mostra por conveniência “bola de neve” utilizando o *google forms* e o *software SPSS Statistic* no tratamento de dados. Verificou-se na literatura que o Brasil implantou grande parte das medidas do artigo nº14 sugeridas pela CQCT nos dois relatórios, 61% das medidas do artigo 14 da CQCT e 68% das medidas-chave do pacote *MPOWER*. Os resultados obtidos através de questionários demonstram falta de conhecimento da população em relação ao apoio à cessação tabágica o que gera baixa procura ao tentar parar de fumar. Ao tomar conhecimento desse apoio, desejam participar principalmente das Terapias Cognitivas-comportamentais com medicamentos associados. Em que pesem tais resultados, a literatura comprova o ótimo desempenho do apoio à cessação tabágica no Brasil em consonância com a CQCT, e que o mesmo também contribui para a redução da prevalência do tabagismo do país, tendo em vista que 70% dos fumantes pararam de fumar com o tratamento do SUS em 2013.

**Palavras-chave:** Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, cessação tabágica, apoio ao abandono do tabaco.

## ABSTRACT

Smoking is considered a serious public health problem worldwide. It currently kills 7 million smokers per year in the world as a result of tobacco-related diseases that are preventable (WHO, 2018a). Brazil has been internationally distinguished by a significant reduction in the prevalence of smoking, especially after adherence and ratification to the Framework Convention for Tobacco Control (CQCT). The general objective of this study is to analyze the performance of smoking cessation support in Brazil in line with the recommendations of article 14 of the Framework Convention for Tobacco Control. You want to answer the following questions: A) How to support smoking cessation in Brazilian health policy in line with the Framework Convention for Tobacco Control; b) To what extent the population knows, uses and manifests itself about the support to smoking cessation practiced by the Brazilian Unified Health System (SUS); c) What influence can be observed between the support for smoking cessation in the country and the reduction in the prevalence of smokers. An exploratory study was carried out, with a qualitative and quantitative approach, with bibliographic and documentary research, in addition to an interview with a structured questionnaire through the "snowball" convenience show using the Google forms and the SPSS software Statistic in data processing. It was found in the literature that Brazil implemented a large part of the measures of article no 14 suggested by the CQCT in both reports, 61% of the measures of article 14 of the CQCT and 68% of the key measures of the MPOWER package. The results obtained through questionnaires demonstrate a lack of knowledge of the population in relation to support for smoking cessation, which generates low demand when attempting to quit. By taking note of this support, they want to participate mainly in cognitive-behavioral therapies with associated medications. In spite of these results, the literature proves the great performance of support for smoking cessation in Brazil in consonance with the CQCT, and that it also contributes to the reduction of the prevalence of smoking in the country, considering that 70% of the smokers stopped smoking With the treatment of SUS in 2013.

**Keywords:** Framework-Convention for Tobacco Control, smoking cessation, support for tobacco abandonment.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>ix</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>14</b>
1. A origem do tabaco e a epidemiologia do tabagismo.....	14
2. Breve panorama do tabagismo mundial: estatísticas do consumo, morbimortalidade e gastos na saúde. ....	18
3. O tabagismo como problema de saúde pública no Brasil.....	24
4. A Convenção- Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) .....	39
5. Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (Artigo 14) da CQCT. ....	42
6. Diretrizes de apoio à cessação tabágica da CQCT/OMS .....	44
7. Os estudos que versam sobre a implantação do artigo nº 14 da CQCT (apoio à cessação tabágica) no Brasil e em outros países. ....	50
8. O apoio à cessação tabágica no Brasil .....	51
9. Os estudos que versam sobre o apoio à cessação tabágica no Brasil .....	72
10. Metodologia.....	75
11. Resultados .....	78
12. Discussão.....	92
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>99</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>100</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>116</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Políticas e intervenções do Pacote <i>MPOWER</i> (em anexo) .....	100
<b>Figura 2-</b> Fluxo de identificação e abordagem do tabagista no território.....	49
<b>Figura 3-</b> Número de tabagistas que participaram da primeira consulta de avaliação clínica no Brasil entre 2005 e 2008 .....	55
<b>Figura 4-</b> Número de tabagistas que participaram da 1ª sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008 .....	55
<b>Figura 5-</b> Número de tabagistas que participaram da quarta sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008.....	56
<b>Figura 6-</b> Percentual de tabagistas que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008 .....	56
<b>Figura 7-</b> Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso no Brasil entre 2005 e 2008.....	57
<b>Figura 8-</b> Número de usuários tabagistas tratados para a cessação tabágica no SUS entre 2005 e 2016 .....	59
<b>Figura 9-</b> Número de municípios com Unidades de Saúde que realizam tratamento para cessação tabágica no SUS entre 2005 e 2016 .....	59

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -Prevalência global do tabagismo entre pessoas $\geq 15$ anos, conforme padrão de 5-5 anos, da instalação à projeção .....	9
<b>Tabela 2</b> -Prevalência global estimada, projetada e por grupos de idade dos tabagistas $\geq 15$ anos .....	10
<b>Tabela 3</b> -Prevalência global estimada e projetada do tabagismo em pessoas $\geq 15$ anos, segundo regiões da OMS e sexo.....	11
<b>Tabela 4</b> -Prevalência global estimada e projetada do tabagismo em pessoas $\geq 15$ anos, segundo grupo de renda .....	12
<b>Tabela 5</b> -Progressos no sentido de alcançar uma redução de 30% na prevalência do tabagismo até 2025 .....	13
<b>Tabela 6</b> -Percentual de fumantes no conjunto da população adulta ( $\geq 18$ anos) de capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade .....	20
<b>Tabela 7</b> -Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal .....	21
<b>Tabela 8</b> -Percentual de fumantes passivos no domicílio no conjunto da população adulta ( $\geq 18$ anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade .....	22
<b>Tabela 9</b> -Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes passivos no domicílio, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal (em anexo).....	101
<b>Tabela 10</b> -Percentual de fumantes passivos no local de trabalho no conjunto da população adulta ( $\geq 18$ anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade .....	23
<b>Tabela 11</b> - Percentual de adultos ( $\geq 18$ anos) fumantes passivos no local de trabalho, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal (em anexo) .....	102
<b>Tabela 12</b> -Óbitos atribuíveis ao tabagismo por sexo no Brasil, 2011 .....	25
<b>Tabela 13</b> -Eventos agudos crônicos atribuíveis ao tabagismo por sexo no Brasil, 2011 .....	26
<b>Tabela 14</b> -Custos diretos totais (em Reais) para o sistema de saúde atribuíveis ao tabagismo, por sexo, no Brasil, 2011 .....	27

<b>Tabela 15</b> -Lista do artigo 14 da CQCT: Medidas de redução da demanda relacionados à dependência e cessação do tabagismo.....	38
<b>Tabela 16</b> -Medicamentos para o tratamento do tabagismo dispensados pelo Sistema Único de Saúde.....	47
<b>Tabela 17</b> - Nº de consultas de cessação tabágica em todos os estados brasileiros e Distrito Federal em 2011 .....	58
<b>Tabela 18</b> - Indicadores do Tratamento do tabagismo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2º ciclo, 2013-2014 .....	60
<b>Tabela 19</b> - Alguns indicadores do Tratamento do tabagismo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2º ciclo, 2013/2014, por Região ...	61
<b>Tabela 20</b> - Medidas de apoio à cessação tabágica do artigo nº14 da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (OMS) no Brasil. ....	68
<b>Tabela 21</b> - Medidas de apoio à cessação tabágica do Pacote <i>MPOWER</i> 2017 ( <i>offer measures</i> ) no Brasil. ....	73
<b>Tabela 22</b> - Dados pessoais vs classificação tabágica.....	74
<b>Tabela 23</b> - Dados pessoais e classificação tabágica vs outras variáveis relacionadas à não fumantes, fumantes e ex fumantes.....	74
<b>Tabela 24</b> - Dados pessoais e classificação tabágica vs outras variáveis relacionadas aos fumantes e ex fumantes .....	76
<b>Tabela 25</b> - Dados pessoais e classificação tabágica vs outras variáveis relacionadas aos fumantes .....	78
<b>Tabela 26</b> . Outros cruzamentos entre variáveis estatisticamente significativas .....	80

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública mundial. Atualmente mata 7 milhões de fumantes por ano no mundo (6 milhões de fumantes diretos e 890.000 de fumantes indiretos ou passivos) em decorrência das doenças tabaco-relacionadas que são evitáveis (OMS, 2018a). Podemos dizer que o tabaco produz vítimas da sua produção ao consumo: por ocasionar a morbimortalidade pelo consumo, consumo passivo e aos trabalhadores do cultivo do tabaco; por destruir a fauna e a flora em decorrência dos desmatamentos e uso de agrotóxicos na sua produção, além de ser a segunda maior causa de incêndios na área rural e primeiro na área urbana (Corrêa da Silva, L.C., 2012). Todo esse efeito nefasto do tabagismo produz gastos em todo mundo que chegam a 200 bilhões/ano, sendo metade gasto em países em desenvolvimento (Banco Mundial, citado por INCA, 2018a).

O Brasil vem se destacando internacionalmente na prevenção e controle do tabagismo, desde a década de 80, e como signatário do Tratado da Convenção-quadro para Controle do Tabaco (CQCT), firmado em 2003, entre países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), tendo progressivamente diminuído a prevalência de fumantes. Em importante estudo internacional denominado “Prevalência de tabagismo e carga de doença atribuível em 195 países e territórios, 1990-2015: uma análise sistemática do ônus global do estudo da doença”, publicado pela revista médica *The Lancet*, o Brasil foi avaliado como “história de sucesso digna de nota” e ficou no 8º lugar do ranking dos melhores resultados. O país reduziu de 29% (1990) para 12% (2015) o número de fumantes masculinos diários, e de 19% (1990) para 8% (2015) o de mulheres que fumam diariamente (Reitsma, M.B., Fullman, N., Ng, M., *et al* 2017).

No entanto diversos fatores põem em risco, ano a ano, a manutenção ou redução dessas prevalências, com maior destaque para a influência da indústria tabaqueira transnacional, que tenta sempre conquistar novos públicos através de seu marketing arrojado e influência política e econômica. Na busca da redução dessa prevalência pode-se considerar que dentre as ações de prevenção e controle do tabagismo, o apoio à cessação tabágica, preconizado no artigo 14 da CQCT, é muitas vezes decisivo para o abandono do tabaco. Cabe aos países ofertar tais medidas de apoio com qualidade e de forma homogênea e, divulgá-las à população que nem sempre conhece o que os serviços de saúde pública oferecem e/ou confiam nos resultados das medidas e tratamentos ofertados. Sardinha, A., Oliva, A. D., D’Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. (p. 84, 2005) relatam que “(...) muitas vezes, a divulgação de algumas medidas de controle do tabagismo é precária e, por isso, nem sempre utilizadas pelos profissionais de saúde”.

Um estudo de Portes, L.H. e Machado, C.V. (2015) enfocou as medidas implantadas por eixos da CQCT em países selecionados da América Latina (Brasil, Venezuela, México e Colômbia) no qual, entre outros achados, verificou que o Brasil foi avaliado como nível avançado de grau de implantação no tocante às medidas do artigo nº 14 da CQCT.

Tal resultado chamou atenção para as medidas implantadas e estimulou o interesse pelo estudo do apoio à cessação tabágica no Brasil: que medidas seriam estas, como se dá a implantação, as nuances dos sujeitos envolvidos e do contexto. Em que pese não se constituir um problema, e sim um fator positivo, é também relevante explorar tais medidas, e se estas respondem pelos efeitos na progressiva redução da prevalência do tabagismo no país. Com efeito, apreende-se lições com acertos e com erros sobre os quais se empreendem esforços de avaliação e reflexão crítica.

Por conseguinte, o presente estudo foca o apoio à cessação tabágica no Brasil e se propõe a responder às seguintes questões: a) Como se caracteriza o apoio à cessação tabágica na política de saúde brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; b) Em que medida a população conhece, recorre e se manifesta acerca do apoio à cessação tabágica praticado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro; c) Que influência é possível observar entre o apoio à cessação tabágica no país e a redução da prevalência do tabagismo.

O objetivo geral consiste em analisar o desempenho do apoio à cessação tabágica no Brasil em consonância com as recomendações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.

São objetivos específicos:

- Apresentar um breve panorama do tabagismo mundial relativo ao consumo, morbimortalidade e gastos na saúde;
- Situar o tabagismo como problema de saúde pública no Brasil e a adesão à Convenção-Quadro para Controle do Tabaco;
- Descrever a Convenção-Quadro para Controle do tabaco, e mais especificamente, as medidas de apoio à cessação tabágica (artigo 14);
- Examinar em que medida a população brasileira conhece, recorre e se manifesta em relação ao apoio à cessação tabágica praticado pelo SUS;
- Relacionar apoio à cessação tabágica e redução da prevalência do tabagismo no país.

A Parte I do estudo aborda além da introdução, a revisão bibliográfica que situa o estudo a partir das abordagens sobre: origem do tabaco e a epidemiologia do tabagismo; breve panorama

do tabagismo mundial: estatística do consumo, morbimortalidade e gastos na saúde; o tabagismo como problema de saúde pública no Brasil; a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco; o apoio à cessação tabágica no Brasil.

Na Parte II do trabalho encontra-se a metodologia adotada: tipo de estudo, tipo de abordagem, técnica de recolha e análise de dados, seleção e caracterização da amostra. Na sequência, são apresentados os resultados e discussões, incluindo as limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

Ao analisar o desempenho do apoio à cessação tabágica no Brasil, em consonância com as recomendações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, espera-se acrescentar novos elementos à discussão a serem revistos, interrogados e/ou fortalecidos, contribuindo para avanços no conhecimento do tema, considerando a relevância da redução da prevalência do tabagismo para a saúde da população do Brasil e do mundo.

## PARTE I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 1. A origem do tabaco e a epidemiologia do tabagismo

O tabaco é uma planta da Família *Solanaceae*, do Gênero *Nicotiana* e que possui várias Espécies, sendo a *Nicotiana tabacum* a mais consumida pelo aroma mais delicado (Wikipédia, 2018). Diversas plantas possuem nicotina, mas é na Espécie *Nicotiana*, presente em todos os derivados do tabaco, que possui sua maior concentração (Wikipédia, 2018).

A Associação Brasileira da Indústria do fumo (Abifumo) e a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) aceitam a versão do historiador Nardi de que a planta do tabaco tem origem no continente americano (Andes bolivianos) e seu cultivo se expandiu através das migrações indígenas por todo continente (Boeira, S.L., 2002). Utilizavam a planta de forma medicinal (tratamento da enxaqueca, feridas e dores de estômago) e em rituais mágico-religiosos (o cacique ou pajé entravam em transe ao fumar e faziam contato com espíritos e deuses, que referiam o melhor momento para caçar, viajar e atacar o inimigo). A fumaça do tabaco era considerada purificadora protegendo a roça, a safra e o jovem guerreiro dos maus espíritos (Nardi, citado por Boeira, S.L., 2002).

Segundo Boeira, L.C. (2002) o descobridor Cristóvão de Colombo ao chegar nas Américas (século XV) observou o cultivo do tabaco e somente no século XVI o tabaco chega à civilização pelo continente europeu (Espanha, Portugal, Inglaterra e França), onde os espanhóis dominaram por décadas seu comércio no continente. Após a 1ª Guerra Mundial (1914-1918) aconteceu a primeira grande expansão mundial do tabaco por indivíduos do sexo masculino, e após a 2ª Guerra Mundial (1939-1945) o sexo feminino passa a consumir provavelmente em decorrência da urbanização e um novo ritmo de vida mais acelerado. (Encyclopédie du tabac et des fumeurs, citado por Rosemberg, J. (2004).

Quando o tabaco surgiu era apenas fumado ou mascado de forma rústica, e foi na europa que a diversificação do consumo teve início e até os dias atuais a indústria tabaqueira cria novos produtos para escapar das leis antitabágicas e gerar novos clientes. O consumo dos produtos derivados do tabaco pode ocorrer pelo ato de fumar ou inalar (cigarro comum, cigarro de palha, cigarrilha, cigarro de cravo ou bali ou kreteks, cigarro eletrônico, bidis, narguilé, charuto e cachimbo), mascado (fumo-de-rolô, snuff), aspirado (rapé) ou absorvido pela mucosa oral (fumaça do cachimbo e charuto) (ANVISA, s. d). Qualquer dessas formas de consumo do tabaco causa dependência e são nocivos à saúde, sendo o ato de fumar ou inalar a fumaça do tabaco, um

agravante. Atualmente vem ganhando destaque mundial o aumento do consumo do tabaco através do narguilé e do cigarro eletrônico. De acordo com a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA, s.d) ambos expõe o indivíduo à praticamente todas as doenças que o cigarro comum, inclusive o uso do narguilé é até mais nocivo já que expõe o indivíduo cerca de 45 minutos à fumaça do tabaco em cada rodada de fumo. Sem falar que o aquecimento funciona através de carvão ou madeira em brasa, expondo o consumidor à metais e monóxido de carbono (INCA, 2017a).

A variedade de substâncias tóxicas presentes no ato de fumar o tabaco impressionam. Rosemberg, J. (2004) cita aproximadamente 6.700 substâncias onde 4.720 foram identificadas e 2.500 tiveram comprovação de ser lesivas e são de fato inaladas pelos fumantes. Além de tóxicas e/ou irritantes possuem alto poder carcinogênico. Além da nicotina, a amônia, o formaldeído, o monóxido de carbono, a acroleína, as cetonas, o acetaldeído, chumbo, o arsênio, o benzopireno, o níquel, o cádmio e ainda resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas estão presentes na composição do tabaco. Essas substâncias tóxicas do tabaco tornam o organismo do tabagista bastante fragilizado e com isso adoecem com uma frequência duas vezes maior que um indivíduo não fumante. Também envelhecem mais rapidamente, possuem menor fôlego e resistência física, e pior desempenho sexual e nos esportes (INCA, 2018b).

Pelo fato da nicotina ser a causadora da dependência físico-química do indivíduo é a grande responsável pela pandemia do tabagismo. Ao fumar o tabaco a nicotina chega aos pulmões, penetra na circulação arterial sem passar pela circulação venosa e em apenas 7-19 segundos atinge o cérebro causando lesões. Se o consumo for de 1 cigarro por dia o cérebro recebe em média 3.600 impactos/ano e se consumir 1 maço ao dia sofrerá 73.000 impactos/ano. (Rosemberg, J., 2004). O consumo contínuo da nicotina produz no cérebro um efeito de tolerância e comportamento compulsivo, tendente a gerar necessidade de expansão no consumo para manter a sensação de prazer, além de causar abstinência. Essa tolerância ou dependência é induzida pela sensação de prazer que a mesma produz, e seu poder psicoativo provoca alterações no sistema nervoso central, liberando neurotransmissores que conferem a sensação de satisfação. (INCA, 2018b).

Diversos estudos científicos comprovaram que a nicotina presente no tabaco causa dependência física, psicológica e comportamental tal como drogas como o álcool, a cocaína e a heroína (Rosemberg, J., 2004) o que fez o tabagismo ser considerado uma doença psicoativa e crônica. A Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Corrêa da Silva, L.C (2012) referiu que para um indivíduo ser considerado um tabagista, precisa ter fumado mais de cem cigarros na

vida, ou um cigarro no último mês. A OMS reconheceu o tabagismo como doença em 1990, passando a fazer parte da Classificação Internacional de Doenças no grupo das doenças que causam transtorno mental ou doença psicoativa (CID-10, 1997).

De acordo com Rosemberg, J. (2004) já são conhecidas mais de 50 patologias que causam morbidade e/ou mortalidade de crianças, jovens e adultos, sejam eles fumantes ativos, passivos ou trabalhadores rurais, sendo, as mais comuns: o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, a doença pulmonar obstrutiva crônica e vários tipos de câncer, ou seja, as doenças que mais causam morte no mundo. Uma doença ainda pouco conhecida da população em geral e que vem acometendo centenas de trabalhadores do cultivo do tabaco (inclusive no Brasil) é a doença da “folha verde do tabaco” ou “mão verde”. Foi constatado que, na urina dos trabalhadores que realizam esse cultivo, havia mais nicotina do que na de fumantes. O que ocorre é uma overdose de absorção da nicotina pela pele, principalmente através do suor, chuva ou orvalho capaz de causar inclusive o câncer e o aborto em mulheres, como já foi comprovado cientificamente (Anvisa, s. d).

Portanto, o tabagismo acomete todos os órgãos, aparelhos e sistemas do organismo humano e a diferença entre de quem vai adoecer (morbidade) ou quem vai morrer (mortalidade) por tabagismo depende do número de cigarros diários fumados e por quanto tempo se fuma (anos), bem como sua genética. (INCA, 2018b). Quanto mais cedo o indivíduo parar o consumo do tabaco, melhor a qualidade de vida e aumento na expectativa de vida.

A maioria dos fumantes, à nível mundial, inicia o consumo entre 12-18 anos (98%), o que fez a OMS considerar o tabagismo uma doença pediátrica (OMS, 2011a). Schwartz e OMS (como citado em Rosemberg, J., 2004) referem que os adolescentes possuem fatores orgânicos específicos (maior sensibilidade nos centros nervosos) que potencializam a dependência ao fazerem uso da nicotina. Com efeito, 90% dos adolescentes que consomem tabaco tornam-se dependentes com continuidade na vida adulta com alto consumo. A vulnerabilidade dos adolescentes devido às mudanças físicas e emocionais dessa fase somados a circunstâncias como influência dos amigos fumantes, tentativa de se afirmar como adulto, depressão e ansiedade, pais ou parentes fumantes, influência dos ídolos, facilidade em comprar o cigarro e a publicidade, os tornam de fato grandes vítimas do tabagismo (INCA, 2018b).

Na idade adulta ainda pode ocorrer o estímulo social ou familiar e outros fatores psicológicos como o estresse, a ansiedade, a depressão, doenças cada vez mais comuns da vida moderna, que estão cada vez mais associados ao tabagismo. Vários estudos relatam a baixa

escolaridade e o baixo nível sócio econômico como fortes desencadeantes do tabagismo (Comissão Europeia; CQCT; OPAS; Rapier, Lunt & Wonnacott, citados por Rosemberg, J., 2004) e que terminam por gerar mais pobreza, já que os tabagistas se afastam do trabalho (perda de produtividade), comprometem parte de seus rendimentos para manter o vício, e geralmente adoecem e/ou morrem em consequência dessa doença, gerando altos custos na saúde e segurança social (Rosemberg, J., 2004).

De acordo com Rosemberg, J. (2004), além de fatores extrínsecos (estresse, depressão, distúrbios nervosos e mentais, como a esquizofrenia) existem fatores intrínsecos como os portadores do gene D2R2 (alelos A1 e B1), que possuem compulsão por fumar. Já o comportamento tabágico também é explicado pela genética do indivíduo. Os indivíduos com menor sensibilidade à nicotina passam a fumar em sua maioria pela predisposição genética e não pela influência ambiental. Enquanto os indivíduos com alta sensibilidade à nicotina ao começarem a fumar não se sentem bem, mas, ao insistir tornam-se tolerantes, e passam a ser tabagistas muito mais pela influência ambiental-social que pela genética propriamente dita. Ainda existem os indivíduos geneticamente insensíveis à nicotina que fumam apenas por estímulo social, já que não sentem prazer em fumar. Estes, mesmo fumando por décadas, ao decidirem parar de fumar, não sentem quaisquer dos desconfortos habituais, como ocorre com os indivíduos geneticamente propícios à nicotino-dependência, e não apresentam recaídas (Brandon, Domino, Hornbach & Demana *et al*, Shiffman, Paty & Gnysm *et al*, Tate, Pomerleau & Pomerleau, West e Jarvis, West & Lennox, citados por Rosemberg, J., 2004).

O tabagismo preocupa as autoridades e profissionais de saúde pois além de prejudicar a saúde dos tabagistas, acometem quem estiver próximo, o que os torna um tabagista passivo. Ao inalarem a fumaça em ambientes fechados adquirem a mesma quantidade de nicotina e carboxihemoglobina no sangue que um fumante (Jarvis, Feyerebend, Bryant *et al*, Jones & Fagan, Olshansky, citados por Rosemberg, J., 2004). O tabagismo passivo ou poluição tabágica ambiental já ocasionou 600 mil mortes no mundo, ou seja, 1% da mortalidade global. Estima-se ainda que na maioria dos países cerca de 15-50% das pessoas são vítimas dessa poluição e em alguns países chega até 70% de acometimento (INCA, 2018a). As crianças quando expostas ao fumo passivo podem desenvolver a nicotino-dependência, propiciando o início do tabagismo na adolescência. (Rosemberg, J., 2004).

Podemos dizer que o tabaco causa danos à saúde da população e à natureza, do seu cultivo até o consumo. No cultivo do tabaco são utilizados muitos agrotóxicos para uma boa

qualidade da planta, poluindo o ar, o solo, as águas. O desmatamento, é realizado não só para a produção do tabaco como também para retirar madeira para os fornos de secagem das folhas (INCA, 2018b). É importante lembrar que além da flora, a fauna também sofre um impacto ambiental imensurável. Corrêa da Silva, L.C. (2012) reforça que o cigarro é a primeira causa de incêndio nas áreas rurais e segunda na área urbana das cidades.

Mesmo com todos esses exemplos do efeito nefasto do uso do tabaco, a indústria tabaqueira tenta convencer aos fumantes e não fumantes que o tabaco faz bem, divulgando e enaltecendo estudos que afirmam algumas propriedades farmacológicas da nicotina como: diminuição de processos inflamatórios, ação antiestrogênica, ação sobre a memória, cognição e processos neurodegenerativos (Rosemberg, J., 2004). O fato é que, as pesquisas que atestam esses resultados não obtiveram resultados credíveis de testes em humanos, portanto, não justifica manter o tabagismo à espera desses “benefícios” não comprovados (Rosemberg, J., 2004). Enquanto isso, a morbimortalidade pelo tabagismo está amplamente comprovada cientificamente.

## **2. Breve panorama do tabagismo mundial: estatísticas do consumo, morbimortalidade e gastos na saúde.**

Em pesquisa realizada pela revista médica *The Lancet*, entre 1990 e 2015, em 195 países, constatou-se que aproximadamente 1 bilhão de pessoas no mundo fuma diariamente, na proporção de 1:4 homens e 1:20 mulheres. No início da pesquisa a estatística era 1:3 homens e 1:12 mulheres fumantes diárias, numa população total de 870 milhões. O aumento populacional ao longo das décadas e as agressivas estratégias de vendas das companhias de cigarro, principalmente em países menos desenvolvidos, são apontados pelo estudo como possíveis causas do aumento (Reitsma, M.B., Fullman, N., Ng, M., *et al*, 2017).

O INCA (2016) aponta que 20% da população mundial é tabagista, com prevalência de 800 milhões de homens e 200 milhões de mulheres.

Na recente pesquisa realizada pela OMS (2018a) sobre as tendências na prevalência do tabagismo entre 2000-2025, evidencia-se uma progressiva diminuição mundial do tabagismo entre os indivíduos  $\geq 15$  anos desde o início do século XXI. No ano 2000 a prevalência de fumantes era de 26,9%, em 2005 com o início das atividades da CQCT (Convenção-Quadro para Controle do Tabaco) da OMS, essa prevalência caiu para 24,3% (redução de 2,6%). Já em 2015, 10 anos após essa importante iniciativa mundial de prevenção e controle do tabagismo, essa prevalência mundial chega a 20,2%. Vale ressaltar que são projetados para 2020 uma prevalência de 18,7%,

e em 2025, se as iniciativas de prevenção e controle mundial forem intensificadas, o alvo de 15,5% é esperado. (Tabela 1).

**Tabela 1-** Prevalência global do tabagismo entre pessoas ≥15 anos, conforme padrão de 5-5 anos, da instalação à projeção.

Ano		Ambos sexos		Homens		Mulheres	
		Prevalência (%)	Média de mudança após passado 5 anos	Prevalência (%)	Média de mudança após passado 5 anos	Prevalência (%)	Média de mudança após passado 5 anos
<b>Instalação</b>	2000	26,9	-	43,0	-	10,9	-
	2005	24,3	-0,5	39,6	-0,7	9,0	-0,4
	2010	22,1	-0,4	36,6	-0,6	7,6	-0,3
	2015	20,2	-0,4	34,1	-0,5	6,4	-0,2
<b>Projeção</b>	2020	18,7	-0,3	31,9	-0,4	5,4	-0,2
	2025	17,3	-0,3	30,0	-0,4	4,7	-0,1
<b>Alvo</b>	2025	15,5	-0,4	25,6	-0,7	5,3	-0,2
	Lacuna	-1,8	-	-4,4	-	0,6	-

*Nota.* % ponderadas para a população; (-) refere-se à dados não divulgados. Fonte: Adaptado de "WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025" (2018). World Health Organization. (2nd ed). Geneva:WHO. Traduzido por Camila de A.Pinheiro.

Constatou-se também na pesquisa da OMS (2018a) que, enquanto as mulheres reduziram de forma expressiva anualmente a prevalência do tabagismo, o mesmo não tem ocorrido entre os homens. Entre 2000-2015 a redução entre as mulheres foi de -0,38% para -0,22%, e é esperado para 2020 a redução de -0,20%, para 2025 de -0,14%, se mantidas as medidas de prevenção e controle já existentes, ou seja, muito próximo do alvo esperado que é de -0,15%. Já os homens entre 2000-2015 tiveram taxas anuais de redução da prevalência que caíram de -0,68% para -0,50%, sendo que a taxa anual de redução para eles exigida pela OMS é de -0,73%. Com essa redução média anual de apenas 2 % ao ano é esperado para 2020 uma prevalência de 31,9%, para 2025 de 30%, tornando-se difícil o alvo de 25,6%, a não ser que haja um forte empenho para melhorar as iniciativas de prevenção e controle do tabagismo já existentes. (Tabela 1).

Em se tratando da prevalência do tabagismo em grupos de faixas etárias por períodos de 5 em 5 anos, entre 2000-2015, observou-se redução geral em todos os grupos, levando a crer que entre 2015-2025 esse desempenho seja constante. A maior redução tem acontecido na faixa dos 35-44 anos (7,9% entre 2000-2015) e em segundo lugar na faixa dos 45-54 (7,8% entre 2000-

2015), curiosamente o grupo com maior prevalência de tabagistas (33,2% em 2000 e 25,4 em 2015) (Tabela 2).

**Tabela 2-** Prevalência global estimada, projetada e por grupos de idade dos tabagistas ≥ 15 anos.

<b>Grupos por Idade (Ano)</b>	<b>Prevalência estimada</b>			<b>Prevalência projetada</b>		
	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2015</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>
<i>15-24</i>	19,1	17,1	15,7	14,3	13,1	12,3
25-34	27,0	24,3	21,9	20,2	18,8	17,2
35-44	32,2	29,0	26,5	21,1	22,0	20,6
45-54	33,2	30,1	27,4	25,4	23,5	21,5
<i>55-64</i>	29,6	26,8	24,6	22,7	21,1	19,9
65-74	24,4	22,1	20,0	18,4	17,3	16,2
<i>75-84</i>	19,4	17,4	16,0	14,7	13,6	12,7
≥85	15,3	14,0	12,4	11,5	10,7	10,0

*Nota.* % ponderadas para a população. Fonte: Adaptado de “WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025” (2018). World Health Organization .(2nd ed).Geneva:WHO. Traduzido por Camila de A.Pinheiro.

De modo geral, a prevalência do tabagismo parece estar diminuindo em todas as 6 regiões de cooperação do controle do tabagismo pela OMS: Africana, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europeia, Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental. No entanto, na África e no Mediterrâneo Oriental os dados estão defasados desde 2010, já que nem todos os países dessas regiões enviaram seus relatórios anuais. A região das Américas apresenta os melhores resultados, com grandes chances de atingir a meta de 30% de redução do tabagismo entre homens e mulheres até 2025 (Tabela 3). Na tabela 3 é possível também observar que ao considerar as 6 regiões definidas pela OMS, a maior prevalência do tabagismo entre os homens ocorre na região do Pacífico Oeste (44,2%), e entre as mulheres, na região Europeia (21%).

**Tabela 3** - Prevalência global estimada e projetada do tabagismo em pessoas ≥ 15 anos, segundo regiões da OMS e sexo.

Sexo	Região	Prevalência estimada				Prevalência projetada		Alvo 2025 (%)	Lacuna
		2000	2005	2010	2015	2020	2025		
<b>Ambas</b>	Todas	26,9	24,3	22,1	20,2	18,7	17,3	15,5	-1,8
	Africa	12,6	11,5	10,6	10,0	9,4	9,0	7,4	-1,6
	Américas	28,0	23,8	20,3	17,4	15,0	13,0	14,2	1,2
	Maditerraneo	198,3	18,4	18,1	18,1	18,3	18,7	12,6	-6,1
	Europa	37,3	34,5	32,0	29,9	28,0	26,3	22,4	-3,9
	Sudeste Asia	24,1	21,2	18,9	17,2	15,8	14,7	13,2	-1,5
	Pacífico Oeste	29,9	27,9	26,2	24,8	23,5	22,3	18,4	-3,9
<b>Homem</b>	Todas	43,0	39,6	36,6	34,1	31,9	30,0	35,7	-4,4
	Africa	20,8	19,6	18,5	17,7	17,0	16,4	13,0	-3,5
	Américas	33,4	28,9	25,1	22,0	19,2	16,9	17,6	0,7
	Maditerraneo	32,6	32,6	33,1	33,9	34,9	36,2	23,2	-13,0
	Europa	49,3	45,4	41,9	38,7	36,0	33,5	29,3	-4,2
	Sudeste Asia	41,3	37,6	34,5	32,1	30,0	28,2	24,2	-4,0
	Pacífico Oeste	55,0	51,7	48,9	46,4	44,2	42,1	34,2	-7,8
<b>Mulher</b>	Todas	10,9	9,0	7,5	6,4	5,4	4,7	5,3	0,6
	Africa	4,4	3,5	2,8	2,3	1,9	1,5	1,9	0,4
	Américas	22,6	18,6	15,4	12,9	10,8	9,1	10,8	1,7
	Maditerraneo	6,1	4,2	3,0	2,3	1,7	1,3	2,1	0,8
	Europa	25,2	23,6	22,2	21,0	20,0	19,1	15,6	-3,6
	Sudeste Asia	7,0	4,8	3,3	2,3	1,6	1,2	2,3	1,1
	Pacífico Oeste	4,7	4,1	3,5	3,1	2,8	2,5	2,5	0,0

Nota. % ponderadas para a população. Fonte: Adaptado de "WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025" (2018). World Health Organization. (2nd ed). Geneva:WHO. Traduzido por Camila de A. Pinheiro.

Quando analisado a prevalência do tabagismo entre os 4 grupos de rendimentos denominados pelo Banco Mundial (alta renda, rendimento médio superior, baixa renda média e baixa renda) há diminuição em todos os grupos, com destaque à alta renda. Apesar do grupo de alta renda apresentar a maior taxa de prevalência do tabagismo em ambos os sexos (24,6% em 2015), entre os homens (29,7% em 2015) e entre as mulheres (19,4% em 2015), também

apresentaram as maiores reduções entre 2010 e 2015 (9% ambos os sexos, 11,1% entre os homens e 7 % entre as mulheres) (Tabela 4).

**Tabela 4-** Prevalência global estimada e projetada do tabagismo em pessoas ≥ 15 anos, segundo grupo de renda.

Grupo de Renda do País	Prevalência estimada				Prevalência projetada		Alvo em 2025 (%)	Lacuna
	2000	2005	2010	2015	2020	2025		
<b>Ambos sexos</b>								
Todas	26,9	24,3	22,1	20,2	18,7	17,3	15,5	-1,8
Alta-renda	33,6	30,1	27,1	24,6	22,4	20,5	19,0	-1,5
Renda média	29,6	27,3	25,2	23,4	21,8	20,4	17,6	-2,8
Renda média-baixa	23,1	20,3	18,8	17,4	16,3	15,5	13,2	-2,3
Baixa renda	16,1	14,4	12,8	11,6	10,7	9,8	9,0	-0,8
<b>Homens</b>								
Todas	43,0	39,6	36,6	34,1	31,9	30,0	25,7	-4,4
Alta-renda	40,8	36,5	32,8	29,7	27,1	24,8	23,0	-1,8
Renda média	50,7	47,2	44,0	41,2	38,6	36,3	30,8	-5,4
Renda média-baixa	39,5	36,5	34,1	32,2	30,7	29,4	23,8	-5,6
Baixa renda	26,1	24,1	22,1	20,5	19,2	18,0	15,5	-2,5
<b>Mulheres</b>								
Todas	10,9	9,0	7,5	6,4	5,4	4,7	5,3	0,6
Alta-renda	26,4	23,7	21,4	19,4	17,7	16,2	15,0	-1,2
Renda média	8,6	7,3	6,4	5,6	5,0	4,5	4,5	-0,1
Renda média-baixa	6,6	4,8	3,5	2,6	2,0	1,5	2,4	0,9
Baixa renda	6,2	4,6	3,5	2,8	2,2	1,7	2,5	0,7

*Nota.* % ponderadas para a população. Fonte: Adaptado de “WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025” (2018). World Health Organization .(2nd ed).Geneva:WHO. Traduzido por Camila de A.Pinheiro.

Esta pesquisa da OMS (2018a) também constatou que dos 194 países avaliados, apenas 147 disponibilizaram seus dados, dos quais 24 países devem atingir a meta de redução do tabagismo de 30% em ambos os sexos, 82 países haverá redução porém menores que 30%, 34 países não devem ter uma mudança significativa na prevalência do tabagismo, e 6 países devem ter aumento de tabagistas (Tabela 5).

**Tabela 5-** Progressos no sentido de alcançar uma redução de 30% na prevalência do tabagismo até 2025.

<b>Número de países que</b>						
<b>Região da OMS</b>	<b>São suscetíveis a alcançar a redução relativa de 30%</b>	<b>São suscetíveis a alcançar uma redução na prevalência mas menos de 30%+</b>	<b>Não são suscetíveis a experimentar uma mudança na prevalência</b>	<b>São suscetíveis a experimentar um aumento na prevalência</b>	<b>Não possuem informação suficiente para calcular uma tendência</b>	<b>Foram avaliados no total</b>
Todas	24	82,0	34,0	6,0	48,0	194,0
Africa	1	21,0	8,0	2,0	15,0	47,0
Américas	10	6,0	4,0	0,0	15,0	35,0
Mediter-raneo	0	3,0	9,0	2,0	7,0	21,0
Europa	6	31,0	10,0	1,0	5,0	53,0
Sudeste Asia	1	7,0	0,0	1,0	2,0	11,0
Pacífico oeste	6	14	3	0	4	27

*Nota.* % ponderadas para a população Fonte: Adaptado de "WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025". (2018)World Health Organization (2nd ed).Geneva:WHO. Traduzido por Camila de A.Pinheiro.

A região das Américas possui o maior número de países a atingir a meta dos 30% de redução do tabagismo (10 países) e a região Europeia o maior número de países que devem diminuir a prevalência mesmo a uma taxa menor que 30% (31 países). Tanto nas regiões das Américas quanto na Africana, 15 países não disponibilizaram suas informações para cálculo de suas tendências, impossibilitando informações mais consistentes das duas regiões. (Tabela 5).

A OMS (2018a) e o INCA (2017b) complementam que a prevalência do tabagismo está reduzindo mundialmente, no entanto, o montante de fumantes não baixa devido ao crescimento da população.

Segundo a OMS (2011a), o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo, responsável por 63% dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis. Estima-se que ainda em meados desse século será a maior causa de mortes no mundo, pois deverá matar mais que a AIDS, homicídios, suicídios, drogas ilegais, alcoolismo e tuberculose juntos. Refere o INCA (2017c) que atualmente o tabaco mata 7 milhões de pessoas no mundo. Nos países europeus o consumo

do tabaco é a principal causa de mortalidade e mata cerca de meio milhão de pessoas anualmente (Fraga, S. *et al*, 2005). Na última década, o tabagismo matou cerca de 50 milhões de pessoas, a maioria delas vivia em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Estima-se, no final desse século, que 1 bilhão de pessoas no mundo terão morrido de doenças tabaco-relacionadas. (INCA, 2017c).

A morbimortalidade decorrente do tabagismo causa um déficit financeiro imensurável aos cofres públicos. De acordo com o INCA (2017c), existem dois custos relacionados ao tabagismo, os diretos e os indiretos. Os custos diretos estão relacionados à assistência médica-hospitalar de doenças tabaco-relacionadas (rede pública e privada) e os custos indiretos às perdas da produtividade no trabalho (absenteísmo, perda de renda, aposentadorias e pensões precoces; poluição ambiental, incêndios domésticos ou florestais; dano ambiental causado pelas práticas agrícolas destrutivas; além do imensurável sofrimento das vítimas e suas famílias. O INCA enfatiza que os custos em decorrência da morbimortalidade e incapacidade causadas pelo uso do tabaco é muito superior a qualquer benefício econômico de sua fabricação e comercialização (INCA, 2017c).

### **3. O tabagismo como problema de saúde pública no Brasil**

O tabaco chegou ao Brasil principalmente através dos índios Tupis-Guaranis e seu cultivo era de subsistência com os mesmos objetivos dos demais indígenas do continente americano: medicinal, mágico-religioso e de proteção. Seu consumo se perpetuou com o surgimento da civilização quando novos produtos derivados do tabaco surgiram na Europa e EUA, chegando em diversos países, inclusive no Brasil. Mas foi na década de 70 que o consumo do tabaco tomou grandes proporções no país devido à aceitação social e ao modismo da época. (Romero, L.C & Costa e Silva, V. L, 2011). O tabagismo tornou-se epidemia no Brasil e já no final deste período, alguns grupos, principalmente as associações médicas, começaram a se movimentar em prol do combate ao tabagismo mesmo enfrentando a pressão da indústria do tabaco que incentivava o fumo com o discurso de que fumar “é um comportamento social aceito pela sociedade” (INCA, 2011a, p.12). Em 1970 havia 25 milhões de brasileiros fumantes e em 1980 já eram 33 milhões (Romero, L.C & Costa e Silva, V. L, 2011). Com esses dados tornou-se iminente no país o combate ao avanço do tabagismo, bem como a redução desses números.

Em 1979 surge um primário Programa Nacional de Saúde ainda sem a participação efetiva do governo, composta por 46 entidades, dentre elas as associações médicas, profissionais

de saúde, universidades, algumas secretarias de saúde entre outras e com o apoio da Sociedade Brasileira de Cancerologia (Romero, L.C & Costa e Silva, V. L, 2011).

Na conjuntura de redemocratização do país, nos anos de 1980, houve uma efervescência de debates e movimentos de direitos sociais, com destaque para o movimento sanitário pela saúde e democracia (INCA, 2015a). Esse contexto, favoreceu a luta pelo controle do tabaco, que também era considerado no cenário internacional, fortalecendo o desenvolvimento das políticas de combate no Brasil (Portes, L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B, 2018). Romero, L.C e Costa e Silva, V.L. (2011) citam que alguns estados brasileiros foram precursores em ações e leis estaduais de combate ao tabagismo no Brasil, entre as décadas de 70 e 80, antes mesmo da atuação do governo federal sobre o tema, começando no Rio Grande do Sul (maior estado produtor de fumo do país) e posteriormente em São Paulo e no Paraná. A institucionalização da atuação do governo federal em prol do combate ao tabagismo deu-se em 1985 com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT).

No estudo de Portes, L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018) que narra a trajetória política do Brasil no combate ao tabagismo, são definidos 3 importantes períodos, sendo o primeiro entre 1986 e 1998, que marca a estruturação inicial da política nacional de combate ao tabagismo, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) e a primeira Lei Federal nº 7.488, ambos em 1986. Esta lei cria o Dia Nacional de Combate ao Fumo, uma data utilizada para alertar a população dos malefícios do fumo anualmente no país, de forma mais efetiva, trazendo informações atuais e relevantes sobre o tema.

Em 1988 a Constituição Federal do Brasil dá origem ao SUS (Sistema Único de Saúde), que garante a assistência a saúde de forma gratuita à toda a população e abrange todo o território brasileiro. Constitui um trabalho em rede que envolve as esferas federal, estadual e municipal, nas ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. O SUS foi sem dúvida, um dos grandes determinantes para a disseminação de informação e conscientização sobre os malefícios do tabaco e conseqüentemente na redução do número de fumantes (Ministério da Saúde, 2018a). Vale relatar que na Constituição de 1988 cria-se restrições à propaganda e a inclusão de advertências sobre os malefícios do tabagismo nos maços de cigarro (Portes, L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B, 2018). Em seguida, em 1989, o governo federal através do Ministério da Saúde (MS), nomeia o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para ser o principal órgão de coordenação e articulação do combate ao tabagismo no Brasil (INCA, 2018b).

Em 1996 começam as parcerias com as organizações não governamentais, secretarias municipais e estaduais de saúde e de educação, para o combate ao tabagismo no SUS, abrangendo dessa vez todo o país (Cavalcante, T.M., 2015). Segundo Portes L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018) o trabalho conjunto do INCA, com as associações médicas e apoio das mídias foram de suma importância para difundir entre a população informação sobre os malefícios do tabaco para a saúde, nos veículos de comunicação, nas escolas, unidades de saúde, postos de trabalho, universidades entre outros. Relatam ainda a criação da Lei 9.294/1996 proibindo o fumo em ambientes coletivos fechados, com exceção dos “fumódromos” ou área específica para fumantes, restringindo a propaganda dos produtos derivados do tabaco, bem como estabelecendo especificações sobre advertências relativas aos malefícios do tabagismo.

O segundo período da trajetória política brasileira no combate ao tabagismo definido por Portes L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018), ocorreu entre 1999-2005, com destaque para as negociações internacionais para criação da CQCT e sua ratificação pelo Brasil, favorecidas pela intensificação dos debates sobre o controle do tabaco e da rejeição da população pelo seu consumo, que nessa altura já possuía maior esclarecimento de seus prejuízos à saúde. Os autores destacam também em 1999 a criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), órgão MS responsável pela regulação, controle e fiscalização de produtos e serviços que afetem a saúde dos brasileiros. Em 2000 ocorreu a criação da Lei Federal nº 10.167, que restringe propaganda nos locais de venda de produtos derivados do tabaco, e em 2004 a Portaria nº 1.035 do MS, que amplia o tratamento do tabagismo no SUS. Referem ainda em 2003 a criação da Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), onde profissionais de saúde, ativistas, associações médicas e universitárias cooperaram em pesquisas, capacitações e campanhas antitabagistas e conquistaram força política para conseguir a ratificação da CQCT pelo governo brasileiro.

Cavalcante, T.M.(2015) cita que em 1999, surgiu através do Decreto nº 3.136, a Comissão para o Controle do Uso do Tabaco, formada por representantes de vários ministérios que desenvolviam ações relacionadas à prevenção e controle do tabaco, gerenciados pelo INCA e MS, e que foram responsáveis pelo abastecimento de informação sobre a situação do tabagismo no Brasil ao Presidente da República para ajudá-lo nas decisões sobre a ratificação da CQCT entre 1999 e 2003. Em 2003, a Comissão para o Controle do Uso do Tabaco passa a se chamar Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ), com o objetivo de envolver além do Ministério da Saúde (INCA e ANVISA), a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde, e os seguintes Ministérios : da Agricultura, Agropecuária e

Abastecimento; da Fazenda; da Justiça; do Meio Ambiente; do Trabalho e Emprego; da Educação; das Relações Exteriores; do Desenvolvimento Agrário; do Planejamento; da Indústria e Comércio exterior; do Orçamento e Gestão; de Ciência e Tecnologia; das Comunicações; da Casa Civil; da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (INCA, 2015a). A criação dessa comissão vem de encontro à uma das obrigações da CQCT no artigo 5.2, que orienta estabelecer, reforçar e financiar mecanismos de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco. (INCA, 2018b).

O terceiro período definido por Portes L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018), entre 2006-2016, configura a implantação da CQCT no Brasil. A ratificação da CQCT pelo governo aconteceu através do Decreto Legislativo nº 1012/2005 e da confirmação da obrigação legal e política do Estado às medidas da CQCT através do Decreto nº 5658 em 02/01/2006. Ressaltam em 2011 a criação da Lei Federal nº 12.546 e o Decreto nº 8.262 em 2014, proibindo fumódromos, ampliação das restrições da propaganda de produtos derivados do tabaco e o destaque das advertências nas embalagens dos produtos.

Nesse contexto, relata Cavalcante, T.M. (2015) que o O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) passa a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco do Estado Brasileiro, com o compromisso de seguir medidas e diretrizes da CQCT em todo país. A implementação da CQCT mundialmente fortaleceu a implementação no Brasil, que apesar de ter feito um trabalho internacionalmente reconhecido antes desse tratado, precisava de um embasamento de peso para respaldar ações mais duras ao comércio ilícito, à fumicultura, e à indústria do tabaco, que sempre tentavam minar as ações de combate e conquistas adquiridas no combate ao fumo. O Brasil é o 2º produtor mundial de tabaco e 1º exportador mundial (Afubra, 2018) e essas atividades envolvendo muitas famílias, funcionários, empresários, ainda é um obstáculo a ser contornado pelas políticas de saúde. Portes L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018), relatam desafios em relação à fumicultura “a diversificação em áreas plantadas de fumo, o combate ao comércio ilícito de cigarros e a interferência da indústria do fumo na política”.

O PNCT tem como objetivos principais: a redução da prevalência de fumantes, a prevenção da iniciação do tabagismo, a promoção da cessação de fumar, a proteção da população da exposição à fumaça ambiental do tabaco, além da redução da morbimortalidade relacionada ao consumo de produtos derivados do tabaco. Suas estratégias de descentralização das ações (através do SUS), intersetorialidade de ações (através da CONICQ) e a construção de parceria com a sociedade civil organizada, foram fundamentais para a disseminação nacional dos três grupos

de ações centrais do programa: educativas, promoção e apoio à cessação de fumar, e mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco (Cavalcante, T.M. 2015). O Brasil vem destacando-se principalmente na implementação do acordo nos artigos 12 da CQCT - Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público - e no artigo 14 - Medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do tabagismo (INCA, 2018b).

Portes L.H., Machado, C.V. & Turci, S.R.B (2018) ao analisarem o combate ao tabagismo no Brasil entre 1986 e 2016, referiram que a expressiva redução de fumantes no período comprova o sucesso da política no país, com destaque à diversidade das leis e normas criadas entre 1999 e 2005. O Brasil dispõe de 15 Leis, 10 Portarias Ministeriais, 7 Resoluções, 2 Medidas provisórias, 5 Decretos-Lei, 3 Instruções normativas e a Constituição de 1988 que dão sustentação jurídica à prevenção e controle do tabagismo no país. (INCA, 2018a). Abordam a proteção contra os riscos de exposição à poluição tabágica ambiental, prevenção à acidentes de trânsito, restrição ao acesso de produtos derivados do tabaco, proteção dos jovens, tratamento e apoio aos fumantes, publicidade e patrocínio de produtos derivados do tabaco, disseminação de informação ao público, controle e fiscalização de produtos derivados do tabaco, financiamento ao cultivo do tabaco, taxação dos produtos derivados do tabaco, medidas para conter o mercado ilegal e CQCT (INCA, 2015a).

O INCA está sempre em articulação e colaboração com a OMS, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), entre outras organizações internacionais. Realiza importantes pesquisas nacionais através do PNCT que colaboram para formular estratégias nacionais como: Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), Vigilância de Tabagismo entre Escolares (Vigiescola), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), e o 6º Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Serão descritas a seguir algumas pesquisas mais recentes e de relevância.

Em 2014, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em parceria com o MS e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), publicaram a PNS 2013 que constatou a queda de 20,5% no número de tabagistas entre 2008 e 2012. Constatou-se que 15% dos brasileiros maiores de 18 anos (21,9 milhões) fazem uso do tabaco, com predominância do cigarro industrializado (14,5%), no qual 19,2% dos homens e 11,2% das mulheres são tabagistas. A maioria dos

tabagistas não possui nenhuma escolaridade ou fundamental incompleto (20,2%), pertencem a faixa de 40-59 anos (19,4%), e moram nas regiões Sul (16,1%) e Sudeste (15,1%). Os ex fumantes representam (17,5%), sendo a maioria do sexo masculino (21,2%) e minoria do sexo feminino (14,1%). Os brasileiros deixam de fumar conforme a idade avança (31,1%) entre as pessoas de 60 anos ou mais, e a faixa de 18-24 apresentou o menor índice (5,6%). A pesquisa mostrou ainda que a maioria dos ex fumantes residem nas regiões Sul (16,1%) e Sudeste (15,1%) (IBGE, 2014). Em outra edição do PNS 2013, divulgada em 2016, ao relacionar tabagismo e ocupação, verificou-se que, entre os tabagistas com 18 anos ou mais de idade, 17,4% não possuem ocupação, 15,2% possuem ocupação e 13,5% estão fora da força de trabalho (IBGE, 2016).

Em 2017 o INCA/MS divulgou os resultados da Vigitel. A pesquisa realizada em 2016 em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, revelou de forma ampla a prevalência do tabagismo no país. Constatou que os fumantes maiores de 18 anos são 10,2 % da população, e a maior prevalência é entre os homens (12,7%) do que nas mulheres (8,0%). Na sequência encontra-se a descrição dos dados mais importantes dessa pesquisa como a prevalência do tabagismo e prevalência do tabagismo passivo no domicílio e no trabalho.

Ao considerar o Brasil como um todo, a faixa etária de maior prevalência de tabagistas (13,5%) é a dos 55-64 anos e a de menor prevalência (7,4%) é a dos 18-24 anos. Ao levar em consideração o sexo, o feminino segue com a prevalência geral, onde a maioria (12,8%) de fumantes é da faixa dos 55-64 anos e a minoria (5,0%) é da faixa dos 18-24 anos. Já no sexo masculino ocorre uma estreita aproximação na maior prevalência de três faixas etárias: 55-64 anos (14,6%), 45-54 (14,5%) e 35-44 (14,5%), e a menor prevalência permaneceu na faixa etária geral de 18-24 anos (9,4%). Ao abordar sobre o nível de escolaridade foi verificado que a maior prevalência está sempre nos de menor escolaridade (0 a 8 anos) em todas as três situações, prevalência geral (14,3%), sexo masculino (17,5%) e sexo feminino (11,5%) (Tabela 6) (INCA, 2017b).

**Tabela 6-** Percentual de fumantes no conjunto da população adulta ( $\geq 18$  anos) de capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Variáveis	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
Idade (anos)	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
18-24	7,4	5,8-9,1	9,4	6,9-11,9	5,0	3,1-6,9
25-34	9,7	8,3-11,1	12,4	10,2-14,6	7,1	5,3-8,8
35-44	10,0	8,5-11,4	14,5	11,8-17,2	6,2	4,9-7,6
45-54	12,6	11,1-14,1	14,5	12,1-16,9	11,1	9,2-12,9
55-64	13,5	12,0-15,0	14,6	12,1-17,0	12,8	10,8-14,7
65 a mais	7,7	6,6-8,9	10,6	8,3-12,9	6,0	4,8-7,2
Anos de escolaridade						
0-6	14,3	12,9-15,7	17,5	15,1-19,9	11,5	10,0-13,1
9-11	9,4	8,4-10,3	11,4	10,0-12,6	7,5	6,4-8,6
12 e mais	6,9	6,1-7,6	9,1	7,8-10,4	4,1	4,1-6,0
<b>Total</b>	10,2	9,5-10,8	12,7	11,7-13,7	8,0	7,3-8,7

*Nota.* % ponderadas para a população Fonte: Adaptada de "Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" (2017) Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS.

Desta pesquisa feita analisando as capitais brasileiras e o Distrito Federal verificou-se que, de modo geral, as capitais com maior número de tabagistas são Curitiba (14%), Porto Alegre (13,6%) e São Paulo (13,2%) e as de menor número são: Salvador (5,1%), São Luís (5,4%), Aracajú (5,4%) e Manaus (5,6%). Em se tratando do sexo masculino a maior prevalência está em Curitiba (17,8%) e Porto Alegre (17,4%) e os menores índices em Salvador (6,8%) e Manaus (7,9%). Já no sexo feminino os maiores índices do tabagismo estão em São Paulo (12,1%), Curitiba (10,7%) e Porto Alegre (10,5%) e os menores índices se comportam de forma similar em várias cidades : São Luís (2,3%), Belém (3,0%), Aracajú (3,2%), Manaus (3,4%), João Pessoa (3,5%), Natal (3,5%), Palmas (3,5%), Salvador (3,7%) e Teresina (3,9%) (Tabela 7) (INCA, 2017b).

**Tabela 7-** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.

<b>Sexo</b>						
<b>Capitais/DF</b>	<b>Total</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracajú	5,4	4,0-6,9	8,2	5,4-10,9	3,2	1,8-4,7
Belém	6,1	4,5-7,6	9,7	6,6-12,7	3,0	1,7-4,3
Belo Horizonte	10,9	9,2-12,5	13,5	10,6-16,3	8,7	6,9-10,5
Boa vista	6,5	4,9-8,0	8,2	5,6-10,8	4,8	3,2-6,5
Campo Grande	11,6	9,4-13,8	15,0	11,2-18,8	8,6	6,2-11
Cuiabá	9,1	7,2-11,0	12,7	9,3-16,1	5,8	4,0-7,5
Curitiba	14,0	11,7-16,3	17,8	13,9-21,6	10,7	8,8-13,4
Florianópolis	10,1	8,0-12,3	11,8	8,3-15,4	8,6	6,1-11,1
Fortaleza	7,3	5,4-9,1	9,8	6,4-13,3	5,1	3,4-6,8
Goiânia	10,3	8,4-12,2	14,0	10,7-17,3	7,0	5,0-9,0
João Pessoa	7,1	5,2-8,9	11,4	7,7-15,0	3,5	2,2-4,8
Macapá	8,8	6,5-11,2	12,8	8,6-16,9	5,2	2,9-7,4
Maceió	7,2	5,3-9,0	9,1	5,9-12,3	5,6	3,5-7,6
Manaus	5,6	6,9-7,2	7,9	5,1-10,8	3,4	1,7-5,1
Natal	7,1	5,5-8,8	11,5	8,2-14,7	3,5	2,3-4,7
Palmas	6,8	5,0-8,6	10,4	7,0-13,8	3,5	2,1-4,9
Porto Alegre	13,6	11,5-15,7	17,4	13,8-20,9	10,5	8,1-12,9
Porto Velho	9,5	7,1-12,0	13,8	9,4-18,2	4,9	3,3-6,5
Recife	9,1	7,3-10,9	11,4	8,3-14,5	7,2	5,2-9,3
Rio Branco	9,8	7,9-11,6	12,6	9,4-15,7	7,2	5,3-9,1
Rio de Janeiro	11,2	9,1-13,3	13,5	9,8-17,2	9,2	6,8-11,6
Salvador	5,1	3,8-6,3	6,8	4,6-8,9	3,7	2,2-5,1
São Luís	5,4	3,8-7,0	9,2	6,0-12,3	2,3	1,1-3,4
São Paulo	13,2	11,7-15,1	14,6	11,6-17,6	12,1	9,9-14,3
Teresina	6,4	4,3-8,6	9,5	5,2-13,8	3,9	2,2-5,6
Vitória	7,8	6,2-9,4	10,8	7,7-13,9	5,2	3,8-6,7
Distrito Federal	10,7	8,0-13,4	14,5	9,6-19,3	7,4	4,8-10,0

*Nota.* % ponderadas para a população Fonte: Adaptada de "Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" (2017). Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS.

Abordou também os tabagistas passivos no domicílio (quando pelo menos 1 pessoa fuma dentro do domicílio expondo os demais moradores à fumaça do tabaco) e no trabalho (quando

pelo menos 1 trabalhador fuma dentro do ambiente do trabalho expondo os demais à fumaça do tabaco). A média geral de tabagistas passivos foi de 7,3% em todo país, a faixa etária com maiores índices foi 18-34 anos tanto no sexo masculino (10,7%) quanto no sexo feminino (12,8%). O nível de escolaridade não apresentou variação consistente: 6,4% (0-8 anos), 8,1% (9-11 anos) e 7,3% (12 ou mais anos) (Tabela 8) (INCA, 2017b).

**Tabela 8-** Percentual de fumantes passivos no domicílio no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Variáveis	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
Idade (anos)	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
18-24	10,7	9,2-12,3	10,7	8,6-12,8	10,8	8,6-12,9
25-34	9,0	7,8-10,2	8,5	6,7-10,3	9,4	7,8-11,0
35-44	6,0	5,0-7,0	5,7	4,1-7,4	6,2	5,0-7,4
45-54	6,3	5,3-7,3	6,6	4,7-8,4	6,1	4,9-7,2
55-64	5,4	4,4-6,4	6,0	4,0-7,9	5,0	4,0-6,0
65 a mais	4,9	4,1-5,7	3,8	2,6-4,9	5,6	4,5-6,6
Anos de escolaridade						
0-6	6,4	5,6-7,36	8,0	5,0-8,0	6,3	5,4-7,3
9-11	8,1	7,3-8,9	9,2	6,7-9,2	5,2	7,1-9,3
12 e mais	7,3	6,4-8,2	8,9	6,1-8,9	7,1	6,1-8,2
<b>Total</b>	7,3	7,8-7,3	8,1	6,6-8,1	7,3	6,7-7,9

Nota. % ponderadas para a população. Fonte: Adaptada de "Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" (2017). Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS.

Em relação às cidades brasileiras, os tabagistas passivos no domicílio em sua maioria estavam em Porto Alegre (10,4%) e a minoria em Aracajú (5,1%). O sexo masculino predominou em Porto Alegre (10,3%), Maceió (9,9%) e Fortaleza (9,8%) e obteve menores índices em São Luís (3,4%) e Aracajú (3,8%). Já entre as mulheres, as maiores vítimas do tabagismo passivo estão no Rio Branco (11,6%) e Macapá (11,1%), Natal e Porto Alegre (10,6%) e as menores em São Paulo (5,0%), Palmas (5,3%) e Campo Grande (5,6%) (Tabela 9, em anexo) (INCA, 2017b).

Sobre o tabagismo passivo no ambiente de trabalho a pesquisa mostrou um acometimento de 7% dos entrevistados, sendo os homens mais expostos (10,8%) do que as mulheres (3,9%). A faixa etária que referiu maiores índices foram dos 35-44 anos (8,9%) e dos 45-54 anos (8,7%). Os de menor escolaridade foram os mais afetados com 8,8% (0-8 anos de escolaridade) e 7,8% (9-11

anos de escolaridade). Se for levado em consideração o sexo/faixa etária, no sexo masculino a maioria dos tabagistas passivos estão na faixa dos 35-44 (14,4%) e dos 45-54 anos (14,5%) e a minoria na faixa de 65 ou mais anos (4,8%). Enquanto no sexo feminino, a maioria exposta está na faixa dos 18-24 anos (5,2%) e entre 25-34 anos (5,0%), e menos expostos acima de 65 anos (1,2%). Observa-se também que no sexo masculino estes índices diminuem com o aumento da escolaridade, já no sexo feminino não. (Tabela 10) (INCA, 2017b).

**Tabela 10-** Percentual de fumantes passivos no local de trabalho no conjunto da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, por sexo, segundo idade e anos de escolaridade.

Variáveis	Sexo					
	Total		Maculino		Feminino	
Idade (anos)	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
18-24	6,4	5,1-7,8	7,4	5,6-9,3	5,2	3,2-7,2
25-34	7,7	6,5-8,9	10,5	8,3-12,7	5,0	3,8-6,3
35-44	8,9	7,6-10,1	14,4	11,8-16,9	4,3	3,4-5,1
45-54	8,7	7,5-9,9	14,5	12,3-16,7	4,1	3,0-5,2
55-64	5,3	4,4-6,1	9,6	7,7-11,5	2,2	1,6-2,7
65 a mais	2,5	1,9-3,2	4,8	3,3-6,3	1,2	0,6-1,7
Anos de escolaridade						
0-6	8,8	7,7-9,9	14,6	12,7-16,9	3,6	2,6-4,5
9-11	7,8	7,0-8,6	11,1	9,7-12,4	4,9	4,1-5,7
12 e mais	4,4	3,7-5,1	6,1	4,8-7,4	3,0	2,4-3,7
<b>Total</b>	7,0	6,5-7,6	10,8	9,5-11,07	3,9	3,4-4,3

Nota. % ponderadas para a população. Fonte: Adaptada de "Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" (2017). Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS.

E modo geral a cidade de Vitória referiu o menor número de tabagistas passivos em local de trabalho (4,9%) enquanto que a cidade de Rio Branco apareceu com a maioria dos casos (9,5%). As cidades de Rio Branco (14,7%), Cuiabá (13,7%) e Maceió (13,6%) apresentaram os maiores índices entre os homens e nas cidades de Vitória (6,7%) e Curitiba (6,6%) os menores índices. Entre as mulheres os maiores índices estão em Palmas (5,4%), Curitiba e Rio de Janeiro (5,2%) e os menores índices no Distrito Federal (2,3%), Belém e Macapá (2,9%) (Tabela 11, em anexo) (INCA, 2017b).

Em 2017 um estudo internacional denominado "Prevalência de tabagismo e carga de doença atribuível em 195 países e territórios, 1990-2015: uma análise sistemática do ônus global do estudo da doença", publicado pela revista *The Lancet*, o Brasil foi avaliado como "história de

sucesso digna de nota” e ficou no 8º lugar do ranking dos melhores resultados. O país reduziu de 29% (1990) para 12% (2015) o número de fumantes masculinos diários, e de 19% (1990) para 8% (2015) o de mulheres que fumam diariamente (Reitsma, M.B., *et al.*, 2017). Outro estudo internacional que corrobora com o anteriormente citado é o da OMS (2017) em que no ano de 2016 na faixa dos 13-15, 5,4% fumavam cigarros, sendo mais prevalente entre as meninas (5,6%) do que entre os meninos (5,3%). Já na faixa > 15 anos os que usavam produtos derivados de tabaco em geral eram 12,7%, sendo mais comum em homens (16,2%) do que entre as mulheres (9,7%). Os que usavam esses produtos ocasionalmente representavam 14,7%.

Apesar desse significativo avanço na redução da prevalência do tabagismo no Brasil, a morbimortalidade decorrente do tabagismo ainda gera um grande número de vidas perdidas a cada ano. Segundo Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A. (2015), em 2011 o tabagismo causou 147.072 óbitos evitáveis no Brasil (403 por dia), representando 14,7% do total de óbitos no país (1.000.490). O câncer de laringe e o câncer do pulmão no geral foram as causas mais frequentes com 83% e 81% respectivamente. (Tabela 12). Podemos também observar que enquanto entre os homens as causas mais comuns de óbitos atribuíveis ao tabagismo foram a DPOC com 20% e o IAM com 18% dos casos, entre as mulheres as causas mais comuns foram IAM e o AVC, ambas com 19% e câncer de pulmão com 18%. O uso concomitante dos contraceptivos orais e da nicotina aumentam muito as chances de IAM e AVC nas mulheres (Rosemberg, J., 2004).

**Tabela 12-** Óbitos atribuíveis ao tabagismo por sexo no Brasil, 2011.

<b>Óbitos, eventos agudos e anos potenciais de vida perdidos por morte prematura atribuíveis ao tabagismo por sexo, no Brasil.</b>							
	<b>Totais (A)</b>	<b>Óbitos Atribuídos ao Tabagismo</b>				<b>%(D/A)</b>	
		<b>Homens (B)</b>		<b>Mulheres (C)</b>	<b>Total (D=B+C)</b>		
		n	%	N	%		
IAM	114363,00	17397	18	6680	19	24077	21%
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	33391,00	4212	4	1540	4	5752	17
Doença cardiovascular *(causas não isquêmicas)	50536,00	5439	6	1419	4	6858	14
AVC	83619,00	8571	9	6534	19	15105	18
Câncer de pulmão	27024,00	15543	16	6363	18	21906	81
Pneumonia	54221,00	6372	7	2044	6	8416	16
DPOC	31600,00	19335	20	5401	16	24756	78
Câncer de boca e faringe	4318,00	2554	3	417	1	2971	69
Câncer do esôfago	9633,00	5457	6	1127	3	6584	68
Câncer estômago	17594,00	3355	4	523	2	3878	22
Câncer pâncreas	8857,00	1137	1	777	2	1914	22
Câncer dos rins e pélvis renal	2625,00	686	1	48	0	734	28
Câncer laringe	4724,00	3509	4	392	1	3901	83
Leucemia mielóide	4717,00	606	1	178	1	784	17
Câncer de bexiga	3681,00	1254	1	234	1	1488	40
Câncer do colo do útero	8084,00	-	-	1033	3	1033	13
Tabagismo passivo e causas perinatais	16920,00	-	-	-	-	16920	-
<b>Total</b>	<b>475907,00</b>	<b>5445</b>	<b>100</b>	<b>34707</b>	<b>100</b>	<b>147072</b>	<b>31</b>

*Nota.* % ponderadas para a população. *Nota.* AVC: Acidente Vascular Cerebral; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Fonte: Adaptada de "Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos" de Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A. (2015). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6),1283-1299.

Em relação às morbidades atribuíveis ao tabagismo, de modo geral, o câncer de laringe (83%) e o câncer de pulmão (82%) são os mais frequentes. Os homens adoecem mais de DPOC (39%) e IAM (20) enquanto as mulheres de DPOC (38%) e pneumonia (17%) (Tabela 13) (Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A., 2015).

**Tabela 13-** Eventos agudos crônicos atribuíveis ao tabagismo por sexo no Brasil, 2011.

Eventos agudos crônicos							
	Totais (A)	Óbitos Atribuídos ao Tabagismo				Total (D=B+C)	%(D/A)
		Homens (B)		Mulheres (C)			
		n	%	n	%		
IAM	567214,00	116318	20	40808	16	157126	28
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	417747,00	78739	14	23412	9	102151	24
Doença cardiovascular *(causas não isquêmicas)	-	-	-	-	-	-	-
AVC	392978,00	41557	7	34086	14	75663	19
Câncer de pulmão	29125,00	17192	3	6561	3	23753	82
Pneumonia	490904,00	62550	11	42529	17	105080	21
DPOC	434118,00	220504	39	97060	38	317564	73
Câncer de boca e faringe	10666,00	6610	1	882	0	7492	70
Câncer do esôfago	10340,00	5858	1	1210	0	7068	68
Câncer estômago	26087,00	5082	1	756	0	5838	22
Câncer pâncreas	9011,00	1169	0	785	0	1953	22
Câncer dos rins e pélvis renal	5546,00	1379	0	115	0	1494	83
Câncer laringe	8776,00	6780	1	505	0	7285	17
Leucemia mieóide	6912,00	897	0	257	0	1154	42

Câncer de bexiga	11947,00	4444	1	599	0	5043	-
Câncer do colo do útero	20667,00	-	-	2674	1	-	-
Tabagismo passivo e causas perinatais	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>2442038,00</b>	<b>569098</b>	<b>100</b>	<b>252238</b>	<b>100</b>	<b>821336</b>	<b>34</b>

*Nota.* % ponderadas para a população. *Nota.* AVC: Acidente Vascular Cerebral; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Fonte: Adaptada de "Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos" de Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A (2015). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6),1283-1299.

Outro fato verificado é que nos homens ocorreram 569.098 eventos de morbidade atribuíveis ao tabagismo, mais do que o dobro em relação às mulheres (252.238 eventos). (Tabela 13) (Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A., 2015).

Além dos danos à saúde da população, o tabagismo causa danos significativos à saúde pública do país. Pinto, M. T., Pichan-Riviere, A. E Bardach, A. (2015) referem que em 2011 o Brasil gastou R\$ 23.374.477.024 com a morbimortalidade atribuída ao tabagismo, que representou 67% do gasto total com a saúde. Como apresenta a Tabela 14, as doenças que mais causaram gastos foram as doenças cardíacas (R\$7.219.651.548) e DPOC (R\$ 6.773.192.770). Esse estudo refere ainda que os custos foram 3 vezes maiores com a população masculina do que com a feminina, e que custou 4 vezes mais do que a Receita Federal arrecadou com impostos no setor tabaco (6,3 bilhões).

**Tabela 14**-Custos diretos totais (em Reais) para o sistema de saúde atribuíveis ao tabagismo, por sexo, no Brasil, 2011.

Custos diretos totais								
	Totais (A)	Homens (B)		Totais (A)	Mulheres (C)		Total (D=B+C)	% (D/A)
		Atribuíveis ao tabagismo			Atribuíveis ao tabagismo			
		n	%		N	%		
Cardíacas	18.277.741.703	5.529.399.893	35	9.635.358.870	1.690.251.655	7	7.219.651.548	26
AVC	3.920.102.035	848.698.670	5	3.958.646.458	709.296.597	3	1.557.995.266	20

DPOC	6.502.884.8 36	5.154.782.4 25	33	2.459.444.9 31	1.618.410. 345	7	6.773.192.7 70	76
Pneumonia	292.903.047	69.545.072	0	252.897.780	47.285.283	0	116.830.355	21
Câncer de pulmão	1.332.623.5 95	1.189.296.7 86	8	612.263.501	407.518.27 4	2	1.596.815.0 61	82
Outros tipos de câncer	5.801.696.3 32	2.924.913.2 48	19	3.083.034.4 77	495.979.64 8	2	3.420.892.8 97	39
Tabagismo passivo e outras causas	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	36.127.951. 549	15.716.636. 095	10 0	20.001.646. 016	4.968.741. 802	10 0	23.374.477. 024	42

*Nota.* AVC: Acidente Vascular Cerebral; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. \* Inclui o custo com tabagismo passivo. *Nota.* % ponderadas para a população. Fonte: Adaptada de “Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos” de Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., Bardach, A. (2015), Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(6): 1283-1299.

Em 2017 o INCA lançou a publicação “Tabagismo no Brasil: Morte, Doenças e Política de Preços e Esforços” na qual revelou que anualmente o país gasta cerca de R\$ 56,9 bilhões/ano com doenças tabaco-relacionadas. Esse valor é basicamente R\$ 39,4 bilhões com despesas médicas e R\$ 17,5 bilhões com custos indiretos (perda de produtividade, incapacitações, afastamentos, aposentadorias precoces e mortes). Relata ainda que em 2015 as DPOC foram as que mais geraram custos (R\$ 16 bilhões) e em segundo lugar as doenças cardíacas (R\$10,3 bilhões), matando 256.226 pessoas em 2015 (INCA, 2017c).

Outro referencial apresentado pelo INCA (2017d), cita um estudo realizado em 2008, que estimou os gastos anuais diretos e indiretos, com adultos > 35 anos, e que adquiriram doença isquêmica coronariana, doença vascular cerebral e câncer de pulmão, através do tabagismo passivo. Relata que foram tratadas 2.655 pessoas e o custo médico-hospitalar no SUS foi de 20 milhões de reais (em um ano) e 18,3 milhões de reais gastos pela Segurança Social (em 1 ano) para pagar benefícios ou pensões, um custo total de 37 milhões. O INCA (2017d) reforça que medidas preventivas como a ampliação da oferta de tratamento para a cessação tabágica pelo SUS, e a promoção de ambientes fechados 100% livres da poluição tabágica ambiental, são medidas efetivas para evitar esses custos.

#### **4. A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT)**

A Convenção-Quadro para Controle do tabaco é o primeiro tratado internacional da OMS para o controle mundial do tabaco. O reconhecimento da importância de um tratado dessa magnitude surgiu ainda em 1999, na 52ª Assembléia Mundial de Saúde, no qual os países membros da ONU mostraram-se preocupados com a globalização da epidemia do tabaco e decidiram juntar forças à OMS para combatê-la. Segundo a OMS (2003a) essa expansão mundial do consumo do tabaco foi impulsionada por fatores como: liberação do comércio, publicidade transnacional do tabaco, promoção e patrocínio, marketing global, comércio internacional de cigarros contrabandeados e falsificados e o investimento estrangeiro direto.

A partir da 52ª Assembleia, por 4 anos, os 192 Estados Membros da ONU uniram-se para elaborar vários textos baseados em suas experiências nacionais de combate ao tabagismo e como deveria ser o tratado internacional. Diferente de outros tratados de controle de drogas anteriores, este rompeu paradigmas desenvolvendo estratégias regulatórias para o controle do tabaco de forma mais ampla e baseadas em evidências (científicas, técnicas e econômicas atuais e relevantes). Estabelecido um consenso em maio de 2003, na 56ª Assembléia Mundial de Saúde foi feita a redação final da CQCT, que entrou em vigor de fato em fevereiro de 2005 (OMS, 2003a).

De acordo com a OMS (2003a), a CQCT ficou disponível para assinatura e ratificação dos países interessados em tornar-se um Estado membro entre 16/06/2003 à 22/06/2003 em Genebra (Suíça) e em Nova York na sede da ONU entre 30/06/2003 à 29/06/2004. Após esse período os países interessados em participar o fizeram por meio de adesão, que equivale à ratificação. A Convenção então entrou em vigor 90 dias após a ratificação de 40 Estados membros, e através deste, firmaram compromisso político de implementação das diretrizes em seus países, protegendo sua população do consumo do tabaco e da poluição do tabaco, com o mais alto nível de qualidade, além do compromisso de colaboração internacional.

Importante relatar que ao assinar a convenção, o país apenas assume o compromisso de ratificar, aceitar, aprovar ou aderir ao tratado, além de oferecer apoio político para não prejudicar os objetivos do mesmo. Para ratificar a adesão e se tornar um Estado Parte, o texto da CQCT tem que ser previamente aprovado pelo Congresso Nacional ou Parlamento do país em questão. Até os dias atuais, 181 países ratificaram a CQCT, constituindo-se um Estado Parte, e este número equivale uma cobertura mundial de 90% (OMS, 2019).

Em fevereiro de 2006, um ano após a CQCT entrar em vigor, formou-se a Conferência das Partes (COP), um órgão executivo da convenção constituído pelos países que ratificaram,

aceitaram ou aprovaram o tratado. O principal objetivo da COP seria “tomar decisões necessárias para a efetiva implementação da convenção, promovendo, facilitando e monitorando todo processo executado pelos Estados Partes” (INCA, 2015 p.13) monitorando tanto os aspectos técnicos, processuais e financeiros da implantação do tratado nesses países. As reuniões ocorrem de 2 em 2 anos. (Informações sobre as sessões da Conferência das Partes podem ser obtidas em <http://www.who.int/gb/fctc/e/>).

Em relação ao desempenho da CQCT, o diretor-geral da OMS à época Dr. Jong-wook Lee referiu que "O sucesso da CQCT como ferramenta para a saúde pública dependerá do compromisso energético e político que dedicamos à sua implementação nos países nos próximos anos. Um resultado bem-sucedido será o ganho de saúde pública global para todos. " (OMS, 2003a, p.vi).

A Convenção estabelece aos Estados Partes as diretrizes que vão nortear a formulação de políticas (medidas administrativas, legislativas e executivas), a mobilização dos recursos políticos e financeiros e o planejamento das estratégias, planos e programas para o controle do tabaco em seus países bem como protegê-las dos interesses da indústria do tabaco. Devem para isso contar com a participação dos órgãos governamentais, sociedade civil, associações de profissionais, instituições acadêmicas, cooperação internacional entre outros (OMS, 2003a). O Tratado na sua íntegra dispõe de 10 partes ou seções, com 38 artigos no total que referem medidas a serem implementadas e protocolos da Convenção.

O artigo 3º da Convenção apresenta o objetivo principal:

Proteger as gerações atuais e futuras das consequências devastadoras para a saúde, sociais, ambientais e econômicas do consumo de tabaco e exposição à fumaça do tabaco, fornecendo uma estrutura para as medidas de controle do tabagismo a serem implementadas pelas Partes à nível nacional, regional e internacional, a fim de reduzir contínua e substancialmente a prevalência do uso do tabaco e a exposição à fumaça do tabaco (OMS, 2003a, p.1).

O artigo 4º apresenta os princípios norteadores do Tratado das quais reforçam o direito das pessoas à informação sobre todos os danos à saúde pelo consumo do tabaco, direito ao acesso à prevenção da iniciação e apoio na cessação, bem como proteção à exposição involuntária à fumaça do tabaco. (INCA, 2015b).

O artigo 5º que descreve as Obrigações Gerais da CQCT:

(...) Artigo 5- Obrigações Gerais

1. Cada Parte desenvolverá, implementará, atualizará periodicamente e revisará estratégias, planos e programas nacionais abrangentes multissetoriais de controle do tabagismo de acordo com esta Convenção e com os protocolos dos quais é Parte.

2. Para esse fim, cada Parte deverá, de acordo com suas capacidades:

(a) estabelecer ou reforçar e financiar um mecanismo nacional de coordenação ou pontos focais para o controle do tabaco; e

(b) adotar e implementar medidas legislativas, executivas, administrativas e / ou outras medidas eficazes e cooperar, conforme apropriado, com outras Partes no desenvolvimento de políticas apropriadas para prevenir e reduzir o consumo de tabaco, a dependência da nicotina e a exposição à fumaça do tabaco.

3. Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública com relação ao controle do tabaco, as Partes devem agir para proteger essas políticas contra interesses comerciais e outros interesses da indústria do tabaco, de acordo com a legislação nacional.

4. As Partes cooperarão na formulação das medidas, procedimentos e diretrizes propostos para a implementação da Convenção e dos protocolos de que sejam Partes.

5. As Partes cooperarão, conforme apropriado, com organizações intergovernamentais e outros órgãos internacionais e regionais competentes para alcançar os objetivos da Convenção e os protocolos de que sejam Partes (...)” (OMS, 2003a, p.7)

As medidas centrais a serem implementadas pelos países são: Redução da demanda do tabaco (artigos 6 ao 14) e Redução da oferta de tabaco (artigos 15-17) (OMS, 2004/2005 reimpressão atualizada de 2003a, p. v)

(...) 6º-Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda de tabaco;

7º-Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco;

8º-Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco;

9º-Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco;

10º-Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco;

11º-Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco;

- 12º-Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público;
- 13º-Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco;
- 14º-Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco.
- 15º-Comércio ilícito de produtos de tabaco;
- 16º-Venda a menores de idade ou por eles;
- 17º- Prestação de apoio a atividades economicamente viáveis (...)

A Convenção também dispõe sobre: Proteção ambiental e da saúde das pessoas da fumaça do tabaco relacionadas a produção do tabaco (artigo 18), Elaboração de leis sobre a responsabilidade penal e civil da indústria do tabaco (artigo 19) e Cooperação técnica e científica e intercâmbio da informação (artigos 20-22). (Todos os artigos e protocolos estão disponíveis em: [www.who.int/fctc/en/](http://www.who.int/fctc/en/)).

## **5. Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (Artigo 14) da CQCT.**

Uma vez que o presente estudo enfoca o artigo nº 14, as medidas sugeridas são:

“Medidas de redução da demanda relativas à dependência e cessação do tabagismo

1. Cada Parte desenvolverá e divulgará diretrizes apropriadas, abrangentes e integradas, baseadas em evidências científicas e melhores práticas, levando em conta as circunstâncias e prioridades nacionais, e adotará medidas efetivas para promover a cessação do tabagismo e o tratamento adequado da dependência do tabaco.
2. Para esse fim, cada Parte deverá esforçar-se para:
  - (a) conceber e implementar programas eficazes destinados a promover a cessação do consumo do tabaco, em locais como instituições de ensino, instalações de cuidados de saúde, locais de trabalho e ambientes desportivos;
  - (b) incluir o diagnóstico e tratamento da dependência do tabaco e serviços de aconselhamento sobre a cessação do uso do tabaco nos programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação de trabalhadores de saúde, trabalhadores comunitários e assistentes sociais, conforme apropriado;
  - (c) estabelecer nos centros de saúde e centros de reabilitação programas para diagnosticar, aconselhar, prevenir e tratar a dependência do tabaco; e

(d) colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e acessibilidade do tratamento da dependência do tabaco, incluindo produtos farmacêuticos, de acordo com o Artigo 22. Tais produtos e seus constituintes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos e diagnósticos, quando apropriado.” (...) (OMS, 2003a).

Outra importante estratégia da OMS de combate ao tabagismo alinhada com a CQCT, a *MPOWER package*, foi apresentada na 61ª Assembléia Mundial de Saúde entrando em vigor em seguida. Constitui um pacote de medidas para prevenção e controle do tabagismo. O plano prioriza 6 medidas que comprovadamente deram resultados nas últimas décadas no combate ao tabagismo mundial. A sigla *MPOWER* portanto significa (OMS, 2008):

- *Monitor*: Monitorar o uso do tabaco e políticas de prevenção;
- *Protect*: Proteger a população contra a fumaça do tabaco;
- *Offer*: Oferecer ajuda para cessação do fumo;
- *Warn*: Advertir sobre os perigos do tabaco;
- *Enforce*: Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio;
- *Raise*: Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Em anexo o quadro das políticas e intervenções das 6 medidas *MPOWER* (Figura 1 em anexo). Esse estudo, portanto, também irá analisar as medidas do item *Offer* do pacote *MPOWER* (acessibilidade às medicações mais comuns utilizadas, locais que oferecem o tratamento e custeio dessa medicação pelos governos dos países) praticadas pelo Brasil.

O *MPOWER* reforça que para o bom desempenho dessas medidas é fundamental uma ação nacional com programas nacionais eficazes e sustentáveis e que atinja toda a população. Para isso deve compor uma equipe capacitada e recursos materiais e financeiros necessários para (OMS, 2008):

- Coordenação do programa, inclusive apoio aos esforços realizados em nível subnacional;
- Epidemiologia e vigilância;
- Economia e tributação;
- Educação da população, meios de comunicação e advertências nos maços;

- Questões legais, como inclusão da legislação e dos mecanismos para fazer cumprir as leis em apoio ao estabelecimento de ambientes livres de fumo e proibições totais sobre publicidade, promoção e patrocínio.

Vale salientar que os Estados Parte devem enviar as informações atualizadas da prevenção e controle ao tabagismo de seus respectivos países através do Questionário Principal do Instrumento de Relato da OMS-CQCT. Trata-se de um relatório abrangente, que deve ser enviado a cada dois anos, sendo o último em vigor o de 2018 e o próximo a ser enviado à OMS em 2020. Deve também ser enviado pelos Estados Parte a ficha padronizada com o perfil do país do sumário das medidas *MPOWER*, também a cada dois anos, porém em anos alternados com o relatório principal. O último foi divulgado em 2017 pela OMS, e o próximo deverá ser em 2018. Dessa forma os países reforçam o compromisso nacional e internacional de combate ao tabagismo, fazendo cumprir os artigos 20-22. O Questionário Principal para CQCT 2018 pode ser consultado no *website*: [untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Brazil\\_2018\\_report.pdf](http://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Brazil_2018_report.pdf).

Cabe relatar que anteriormente à existência da CQCT o Brasil já se destacava internacionalmente pelas medidas eficazes e resultados comprovados de redução do consumo do tabaco, e tal fama elegeu o Brasil a presidir a ONI (Órgão de Negociação Intergovernamental), e através deste, administrar as difíceis negociações entre os 192 países da ONU, com inúmeros conflitos de interesse, para chegar ao consenso na redação final da CQCT. (INCA, 2015b). Desde 1997 o INCA passa a fazer parte do “Centro Colaborador da OMS para O Controle de Tabaco” monitorando os determinantes da iniciação tabágica, as consequências do tabagismo e a cessação tabágica através de importantes pesquisas fazendo cumprir o artigo 20 da CQCT (pesquisa, vigilância e monitorização da informação sobre o tabagismo) (INCA, 2015b). O Brasil foi então o 2º país a assinar o tratado (em 2003) e o 100º a ratificá-lo, pelo fato da sua promulgação pelo Presidente da República só ocorrer em 02/01/2006 através do Decreto Lei nº 5.658 (INCA, 2015b).

## **6. Diretrizes de apoio à cessação tabágica da CQCT/OMS**

A CQCT/OMS tem como uma de suas principais funções sugerir diretrizes baseadas em evidências e assim colaborar com o desempenho dos programas de prevenção e controle do tabagismo dos Estados Parte. Cabe aos países incorporá-las em seus programas nacionais, criando suas próprias estratégias e ações de forma sustentável e conforme suas especificidades

locais. As experiências de cada país ou Estado Parte devem ser compartilhadas para colaborar com o desenvolvimento e fortalecimento da prevenção e controle do tabagismo mundial, conforme o termo de cooperação internacional do artigo nº 22 da CQCT (INCA, 2016b; OMS, 2005). A CQCT/OMS sugere as seguintes medidas para a implementação do apoio à cessação tabágica nos Estados Partes (INCA, 2016b):

- A promoção da cessação tabágica e o tratamento do tabagismo devem ocorrer de forma simultânea para caracterizar um apoio integral à cessação tabágica. A educação em saúde levará à população fumante e não fumante, bem como aos formuladores de políticas do país, as graves consequências do tabagismo à saúde, ao meio ambiente e à economia, além dos benefícios da cessação;
- As estratégias e ações de apoio ao tabagismo devem ser criadas com base em evidências, garantindo eficácia e eficiência, essenciais para um bom resultado na redução da prevalência do tabagismo. Bons resultados também aumentam a credibilidade no tratamento e diminuem aceitabilidade social do tabaco;
- As estratégias e ações de promoção da cessação tabágica e do tratamento do tabagismo devem ser inclusivas para uma maior adesão e sucesso. Deve ser levado em consideração a idade, gênero, escolaridade, situação socioeconômica, cultura, religião, necessidades especiais, e as necessidades inerentes ao nível de dependência do tabaco do paciente;
- O tratamento deve ter uma disponibilidade o mais abrangente possível e acessibilidade, seja de forma gratuita ou de baixo custo;
- Os sistemas de saúde devem ser fortalecidos para oferecer o apoio à cessação tabágica. A infraestrutura necessária para colocar as ações em prática que são as Unidades de Saúde (básica, média e alta complexidade) já existem nos países o que facilita e torna mais ágil e barata a implantação. Os países devem iniciar com a estrutura e recursos que possuem e oferecer o aconselhamento breve, enquanto providenciam recursos, capacitação, ampliação de estruturas para ofertar as consultas de apoio intensivo, medicamentos, dentre outras ações;
- Os recursos financeiros para a implementação das ações devem ser disponibilizados pelos governos de forma sustentável, para não prejudicar a qualidade e a continuidade das mesmas, conforme dita o artigo nº 26 da CQCT/OMS;

- Para a criação das ações e estratégias além de profissionais da saúde, deve haver a participação ativa de toda a sociedade civil (profissionais da educação, organizações profissionais, organizações governamentais e não governamentais experientes com o tema, trabalhadores e estudantes, sejam tabagistas ou não tabagistas entre outros). Devem também ser acompanhadas e avaliadas regularmente segundo indicadores pré-estabelecidos para garantia de sua qualidade conforme o artigo nº 4.7 da CQCT/OMS;
- Como toda e qualquer ação de prevenção e controle do tabagismo, o apoio à cessação tabágica deve ser protegido dos interesses comerciais da indústria do tabaco conforme o artigo nº 5.3 da CQCT/OMS;
- As ações e estratégias de apoio à cessação tabágica devem ser compartilhadas entre os Estados Partes em colaboração ao desenvolvimento e fortalecimentos das medidas à nível mundial, conforme o artigo nº 22 da CQCT/OMS;
- Os profissionais de saúde devem evitar o uso do tabaco pois são exemplos para a sociedade, e ao serem observados consumindo o tabaco, o efeito será inverso, vão incentivar o consumo e a aceitabilidade social do tabaco;
- Os profissionais de saúde são personagens centrais na execução das ações de apoio ao tabagismo, todavia outros profissionais de áreas relacionadas podem executar as mesmas atividades quando devidamente capacitados e necessário. Nos currículos de formação deve abordar conteúdo relativos à prevenção e controle do tabagismo, com ênfase no tratamento do tabagismo. A educação permanente deve ocorrer no exercício da atividade;
- Os ambientes a oferecer o apoio à cessação tabágica podem ser diversos, como universidades, escolas, empresas, ambientes esportivos, desde que o profissional ou equipe de profissionais sejam devidamente capacitados e recebam educação permanente, além das atividades serem avaliadas regularmente, como deve acontecer nas Unidades de Saúde;
- Deve-se fazer o registro do uso do tabaco na ficha clínica do tabagista, e em caso de óbito, deve conter essa informação no atestado de óbito. Um sistema de informação deve ser implantado sempre que possível pois além de facilitar o trabalho do profissional, ajuda o trabalho de toda a equipe envolvida e da comunicação com a coordenação de saúde responsável;

- As ações de apoio ao tabagista mais recomendadas são: comunicação em massa (propagandas e programas educativos), aconselhamento breve, consultas de apoio intensivo (terapia cognitivo-comportamental) e medicação quando necessário, além das linhas telefônicas de suporte proativo à cessação tabágica. Devem ter ampla abrangência e acessibilidade, seja oferecida de forma gratuita ou à baixo custo. Outras alternativas como o apoio pela internet e pela rádio ainda estão sendo estudados para comprovar a eficácia.

Além dessas ações, outras são citadas no relatório da OMS (2003b): oferecer ao tabagista materiais de autoajuda, competições para parar de fumar com prêmio associado, locais livres de fumo, além de especificar o tratamento medicamentoso: terapia de reposição nicotínica (spray nasal, goma de mascar, pastilha sublingual, adesivo transdérmico, inalador oral) e antidepressivos (vareniclina e bupropiona).

No que concerne essas medidas em vários países, percebe-se que a implantação não é homogênea dentre os países Estado-Parte. De acordo com a OMS (2011b), são conhecidos serviços telefônicos gratuitos de aconselhamento para cessação tabágica (*quitlines*) em 53 países em todo o mundo. Europa e América do Norte lideram a oferta desse serviço. Os países de alta-renda lideram a oferta (32 países), seguidos dos países de média (17 países) e baixa-renda (8 países). Nos EUA e Canadá as linhas telefônicas de aconselhamento à cessação tabágica são estratégias em vigor e rapidamente ganhou abrangência nacional devido à sua eficácia e conveniência. A maioria dos serviços conta com profissionais que frequentemente recebem capacitações, os resultados são regularmente avaliados, e em alguns serviços e em casos mais específicos os pacientes até recebem medicação para o tratamento (Cummins, S.E., Bailey, L., Campbell, S., Koon-Kirby, C. & Zhu, S.H, 2007). Outra situação de implantação de *quitlines* no Irã, também registraram bons resultados entre 2005-2008 (implantação do primeiro serviço) o que foi denominado como uma estratégia apropriada e acessível a ser oferecido em maior abrangência à população. (Heydari, G., Jianfar, G., Alvanpour, A., Hesami, Z., Talischi, F. & Masjedi, M.R., 2011).

Os serviços on-line de apoio à cessação tabágica são oferecidos na Inglaterra e percebidos como uma opção a quem não se sente à vontade para as consultas face a face. Apesar das consultas de aconselhamento com medicamentos estarem disponíveis de forma universal à

população, quase metade dos fumantes tentam parar de fumar sem ajuda por não se sentir confortável em aconselhamento face a face (Brown, J., Michie, S., Raupach, T., & West, R., 2013).

As campanhas em massa de combate ao tabagismo tanto previnem a iniciação tabágica como podem incentivar a cessação. Nos últimos 2 anos, 43 países apresentaram pelo menos 1 campanha em massa de incentivo à cessação tabágica, abrangendo 44% da população mundial (OMS, 2018b).

Segundo os autores Lavack, A.M., Watson, L. & Markwart, J. (2007), concursos ou competições para parar de fumar com prêmio associado (*quit and win competitions*) já foram realizados em mais de 80 países, onde participaram cerca de 2 milhões de pessoas, atingindo a cessação tabágica de aproximadamente 150.000 pessoas.

Há inúmeros estudos que comprovam que o aconselhamento, as consultas de apoio intensivo com ou sem medicação são ações bastante eficazes no apoio à cessação tabágica (OMS, 2005). Dentre os 22 países que participaram do GATS (*Global Adult Tobacco Survey*) Atlas entre 2008-2013, O Qatar foi o país que mais utilizou a consulta de aconselhamento (16%), seguidos de Brasil, Nigéria e Bangladesh (15%). Os que mais utilizaram medicamentos para tratar o tabagismo foram: Indonésia (26%), Polônia (25%), Vietnam (24%) e Qatar (22%) (Asma, S., Mackay, J., Song, S.Y., Zhao, L., Morton, J., Palipudi, K.M., *et al.*, 2015). Ainda de acordo com a OMS (2018b), aumenta em 84% as chances de cessação tabágica aos pacientes que recebem consultas médicas de apoio intensivo.

A disponibilidade dos medicamentos, a ser de forma gratuita ou não varia mundialmente. No Brasil desde 2002 os medicamentos são oferecidos gratuitamente nas Unidades de Saúde conforme prescrição médica (OMS, 2013b; INCA, 2015b). No Canadá, em algumas províncias como Ontário e Quebec, as TRN (Terapia de Reposição Nicotínica) prescritas pelo médico não são tributáveis, e caso seja comprada direto na farmácia sem prescrição médica o imposto é reduzido a valores entre 7% e 15% (OMS, 2013b). Em Portugal desde 01/01/2017 o governo oferta coparticipação de um dos medicamentos de 1ª linha, a vareniclina, que contribui com 37% do valor total do medicamento (Despacho nº 14202-A/2016).

Todas as recomendações da CQCT para o apoio à cessação tabágica, relacionada ao artigo nº14 “Medidas de redução da demanda relacionados à dependência e cessação do tabagismo” estão descritas na íntegra na tabela nº15.

**Tabela 15** - Lista do artigo 14 da CQCT: Medidas de redução da demanda relacionados à dependência e cessação do tabagismo.

Artigo nº 14: Medidas de redução da demanda relacionados à dependência e cessação do tabagismo
C281- Diretrizes abrangentes e integradas baseadas em evidências desenvolvidas:
C2821-Campanhas de mídia implementadas para promover a cessação do tabaco
C2822-Programas implementados especialmente concebidos para meninas menores de idade e mulheres jovens
C2823-Programas implementados especialmente concebidos para as mulheres
C2824-Programas implementados especialmente concebidos para mulheres grávidas
C2825- Linha telefônica de apoio ao tabagista implementado
C2826-Implementação de eventos locais para promover a cessação do uso do tabaco
C2827- Implementou outros programas para promover a cessação do uso do tabaco
C2831-Programas concebidos para promover a cessação das instituições de ensino
C2832-Programas concebidos para promover a cessação das instalações de cuidados de saúde
C2833-Programas concebidos para promover a cessação nos locais de trabalho
C2834-Programas concebidos para promover a cessação em ambientes desportivos
C2835-Programas concebidos para promover a cessação noutros locais
C2841-Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas nacionais de controlo do tabaco
diagnóstico e tratamento incluídos nos programas nacionais de saúde
C2842-Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas nacionais de saúde
C2843-Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas educacionais nacionais
C285-Incluiu diagnóstico e tratamento no sistema de saúde
C2861-Atenção primária à saúde que presta programas de diagnóstico e tratamento
C2862-Programas de diagnóstico e tratamento na atenção primária e secundária
C2863-Sistemas especializados de cuidados de saúde que prestam programas de diagnóstico e tratamento
C2864-Centros especializados para a cessação de programas de diagnóstico e tratamento
C2865- Centros de reabilitação que prestam programas de diagnóstico e de tratamento
C2871-Programas de cuidados de saúde primários abrangidos pelo financiamento público
C2872-Programas de cuidados de saúde secundários e terciários abrangidos pelo financiamento público
C2873-Programas de cuidados de saúde especializados abrangidos pelo financiamento público
C2874-Programas em centros especializados abrangidos pelo financiamento público
C2875-Programas em centros de reabilitação abrangidos pelo financiamento público
C2876-Programas de outros serviços de diagnóstico e tratamento abrangidos pelo financiamento público
C2881- Educadores físicos que oferecem serviços de aconselhamento
C2882-Dentistas que oferecem serviços de aconselhamento
C2883-Médicos de família que oferecem serviços de aconselhamento
C2884-Outros profissionais experientes que oferecem serviços de aconselhamento
C2885- Outras especialidades médicas que oferecem serviços de aconselhamento
C2886-Enfermeiras que oferecem serviços de aconselhamento
C2887-Parteiras que oferecem serviços de aconselhamento

C2888-Farmacêuticos que oferecem serviços de aconselhamento.
C2889-Trabalhadores comunitários que oferecem serviços de aconselhamento
C28810-Assistentes sociais que oferecem serviços de aconselhamento
C28811-Outros profissionais que oferecem serviços de aconselhamento
C2891-Tratamento da dependência do tabaco incorporado nos currículos das universidades médicas
C2892-Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das escolas de Odontologia
C2893-Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das escolas de enfermagem
C2894-Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das Universidades farmácia
C2810-Acessibilidade e disponibilidade de produtos farmacêuticos facilitado
C2811-Onde e como os produtos farmacêuticos são adquiridos legalmente
C28121-Terapia de reposição de nicotina disponível
C28122-Tratamento com bupropiona disponível
C28123-Tratamento com vareniclina disponível
C28124-Tratamento com outros produtos farmacêuticos disponíveis
C28131-Custos da terapêutica de substituição da nicotina abrangidos pelo financiamento público
C28132-Custos de Bupropiona abrangidos pelo financiamento público
C28133-Vareni custos do CLP abrangidos pelo financiamento
C28134-Tratamento com outros produtos farmacêuticos abrangidos pelo financiamento público
C2814-Progressos efetuados na aplicação do artigo 14. °
C2815-Uso das diretrizes do artigo 14
C2817-Informações complementares relativas à dependência e cessação do tabaco

*Nota.* Fonte: Adaptado de “Medidas de redução da demanda relacionados à dependência e cessação do tabagismo”. World Health Organization, disponível em: [www.who.int](http://www.who.int).

## **7. Os estudos que versam sobre a implantação do artigo nº 14 da CQCT (apoio à cessação tabágica) no Brasil e em outros países.**

O estudo de Portes, L.H. e Machado, C.V., (2015) aborda a implantação de todos os artigos da CQCT no Brasil, Venezuela, México e Colômbia e traça o panorama de adesão mundial. Os autores utilizaram um *check-list* contendo as principais medidas de cada artigo, classificando quanto ao grau de implantação. Em relação ao artigo nº14, avaliado através de 20 medidas, o Brasil foi classificado com o nível avançado de grau de implantação por adotar mais de 70% das medidas. Tal efeito desperta atenção para o que de fato é realizado, ou seja, o que ocorre no apoio à cessação tabágica que concorre para o êxito identificado por Portes, L.H. e Machado, C.V., (2015). Com efeito, é nesse meandro que aqui se busca caracterizar tal apoio.

Outros estudos relatam a associação entre a presença de número de medidas implantadas e redução da prevalência do tabagismo. É o que se pode observar no estudo de Gravelly, S. *et al*

(2017). Os autores analisaram, na primeira década do tratado, a associação entre a presença de um maior nível de medidas e a redução da prevalência do tabagismo, concluindo que a implantação das medidas-chave do artigo nº14 está significativamente associada à redução da prevalência do tabagismo. Todavia tais autores não exploram a natureza das medidas.

No estudo de Nilan, K., Raw, M., McKeever, T.M., Murray, R., McNeill, A. (2017) também está presente o tema da implantação do artigo nº14, em 142 países (83%) dos Estados Parte da CQCT. Foi verificado que menos da metade dos países tem implementado as recomendações e diretrizes, e dentre os que implementaram, a proporção do nível de implantação está relacionado ao nível de renda dos países. O estudo de Piné-Abata, H. *et al* (2013) reforça essa informação ao relatar que a maioria dos países, principalmente os de média e baixa renda ainda não implantaram as medidas. Tais autores avaliaram 121 dos Estados Parte da CQCT, além de constatarem que apenas 20 (17%) ofereciam o tratamento de apoio ao tabagista em todo o país, destacaram as principais medidas adotadas: 44 (36%) possuíam as linhas telefônicas gratuitas de apoio, 53 (44%) as diretrizes nacionais de tratamento e 49 (41%) possuíam pelo menos um funcionário do governo atuando no apoio à cessação tabágica.

No continente americano foram avaliados em relação às medidas *MPOWER* 30 Estados Parte da CQCT, durante a primeira década do tratado. Foi observado que vários países fizeram progressos significativos e reduziram a prevalência do tabagismo de suas populações, todavia, os resultados não foram homogêneos, o que chama atenção para novos estudos que explorem a presença do apoio à cessação, suas características e seus efeitos gerais e associados às medidas de outros artigos. Os melhores resultados neste estudo foram obtidos em 6 países que conseguiram implantar 4 medidas do pacote *MPOWER* em seu mais alto nível: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Panamá e Uruguai (Blanco, A., Sandoval, R., Martínez- López, L., Caixeta, R., 2017).

## **8. O apoio à cessação tabágica no Brasil**

“O investimento na cessação tabágica constitui a via mais efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco” (OMS e do BM, citados por DGS, p. 24, 2007).

O tabagista muitas vezes é julgado pelo seu ato de fumar pois grande parte da sociedade em geral ainda não tem conhecimento de que o tabagismo é uma doença de dependência física, psicológica e comportamental à nicotina. Sardinha, A., Oliva, A. D., D´Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. (2005) explanam que a dependência física, de origem biológica, é a mais difícil de

curar já que estas pessoas apresentam abstinência ao parar de fumar (*craving*). A dependência psicológica manifesta-se quando a pessoa recorre ao tabaco como um apoio ou mecanismo para superar principalmente situações negativas (tristeza, pressão, solidão, frustração). A dependência comportamental ocorre na associação do fumar com outras ações do dia como: fumar e tomar um café, após almoçar, após terminar o expediente de trabalho, fumar e consumir bebida alcoólica, dentre outros. Muitas vezes surge no ambiente social, onde a pessoa passa a fumar observando outras pessoas ou influenciado por estes, e acabam por absorver esses comportamentos, tornando-se rotina. Malbergier, A. & Oliveira Jr, H.P; Rondina, R.C., Gorayeb, R. & Botelho, C. citados por Martins, K.C., Seidl, E.M.F (2011) associaram o tabagismo com transtornos psiquiátricos como ansiedade e depressão. Em contrapartida, Lopes, F.L *et al*/citados por Martins, K.C., Seidl, E.M.F (2011) em seus estudos relataram não existir tal associação.

Poucos sabem, mas 80% dos tabagistas referem o desejo de parar de fumar (OMS, 2003). O que de fato ocorre é que nem sempre os tabagistas tem a motivação, o preparo e o apoio necessário para o processo de cessação tabágica dentre os diversos motivos: não aceitar que a dependência à nicotina é uma doença; não acreditar que o tabaco faça mal à sua saúde e à dos outros com quem convive; não estar preparado para mudar seu comportamento que é regido pela necessidade de nicotina; achar que só a medicação sem a mudança de comportamento irá resolver; acreditar em soluções imediatas; não se sentir capaz de superar o período da abstinência; receio em engordar; o fato de conviver com amigos e familiares que fumam, entre outros (Corrêa da Silva, L.C., 2012).

A abstinência é um dos sintomas mais difíceis de superar pois ao parar de fumar o tabagista sente fortes sintomas como: irritabilidade, ansiedade, mal-estar físico, dores de cabeça, alteração do sono, dificuldade de concentração, aumento de apetite, depressão e vontade de fumar de imediato (DGS, 2007). Portanto, sem preparação e apoio profissional, dos amigos e familiares durante a abstinência, ao início desses desagradáveis sintomas o tabagista recai e fuma para rapidamente livrar-se desses sintomas. A recaída é o termo utilizado quando após o término do tratamento para o tabagismo, o paciente volta a fumar de forma constante. Conforme as autoras Ferraz, L., Busato, M.A., Teo, C.R.P.A., Mattos, T. e Lieshout, B. (2015) o nervosismo, os sintomas da abstinência, e o desconforto pelo ganho de peso, que geralmente ocorre pela melhora do olfato antes prejudicado pela nicotina, são as principais causas das recaídas. As mesmas autoras citam Jain, A. (2003) ao referir que as recaídas geralmente ocorrem entre 2 e 3 meses após a cessação tabágica.

Poucos tabagistas que desejam parar de fumar procuram assistência médica. Segundo Corrêa da Silva, L.C. (2012) muitos tabagistas não acreditam estar doentes e que necessitam de uma intervenção terapêutica, e muitos médicos por sua vez não se capacitaram conforme os avanços nessa área, portanto não conseguem oferecer uma conduta e tratamento eficaz. Estudos comprovam que tentativas individuais de cessação tabágica tem baixo índice de sucesso (OMS, 2005). Na outra vertente nem sempre as Unidades de Saúde possuem uma gestão sensibilizada para a questão e com recursos necessários : profissionais capacitados para o acolhimento e consultas, consultórios apropriados e equipados, acesso gratuito à medicação ou coparticipação do governo, organização dos horários para as consultas de forma a não prejudicar os outros atendimentos, mas que contemple se não todos a maioria dos tabagistas da área de atuação, linha telefônica exclusiva para apoio e marcações de consultas, arquivo exclusivo com fichas de acompanhamento ou se possível um *software* para facilitar o registro eletrônico das informações (Corrêa da Silva, L.C., 2012).

A DGS (2007) reforça que é de responsabilidade de qualquer profissional de saúde promover a saúde e um estilo de vida saudável à população, bem como executar ações de prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, independentemente da patologia e do local de trabalho, o que inclui o tabagismo. Principalmente os médicos e enfermeiros, devem estar além de capacitados, empenhados em ajudar esses pacientes no aconselhamento a parar de fumar (compreender o que o levou a fumar e suas dificuldades em parar) e motivá-lo durante todo o processo, ajudá-lo a não recair, mas tendo em conta que as recaídas são frequentes e que ele deve estar preparado para novamente motivar este paciente. Corrêa da Silva, L.C., (2012) complementa que a alta prevalência do tabagismo mundial já justifica a inclusão da abordagem e aconselhamento aos tabagistas pelos profissionais de saúde. Os tabagistas procuram com frequência as unidades de saúde por problemas de saúde decorrentes do tabagismo, oportunidade esta que deve ser aproveitada para a sensibilização da cessação tabágica. Neste momento o paciente precisa ser acolhido de forma a se sentir seguro e confortável para o diálogo fato que certamente será determinante para aderir ou não ao tratamento.

#### Responsabilidades do Sistema Nacional de Saúde segundo à legislação de apoio à cessação tabágica

A legislação brasileira de apoio à cessação tabágica é anterior à Convenção-quadro para Controle do Tabaco, porém com abordagem bastante restrita. Com as recomendações da CQCT

a partir de 2003, surge, a partir de 2004, importantes portarias que objetivam colocar em prática as medidas da OMS, e que deram início ao tratamento do tabagismo no SUS (INCA, 2009).

As principais portarias de apoio à cessação tabágica no país são (INCA, 2009):

Portaria nº 1.575 de 29/08/2002 – Cria no SUS os centros de referência em abordagem e tratamento do tabagismo. Em 2003, a Portaria nº 1.798 cria um grupo de trabalho com o objetivo de revisar, atualizar e aperfeiçoar a Portaria nº 1.575.

Portaria nº 1.035 de 2004 – Amplia o acesso do tratamento ao tabagismo tanto na atenção básica como na média complexidade, define a abordagem e o tratamento do tabagista e determina que o Ministério da Saúde será responsável por disponibilizar materiais de apoio e medicamentos para o tratamento.

Portaria nº 442 de 2004 – Aprova o plano para implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Dependência à Nicotina.

Portaria nº 571/MS de 05/04/2013 - Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. O artigo nº 2 garante a formação profissional aos profissionais de saúde para prevenção e tratamento do tabagismo. O artigo nº 5 garante o acesso gratuito aos medicamentos a serem utilizados caso necessário (Terapia de reposição nicotínica e antidepressivo). O artigo nº 4 refere que o tratamento ao tabagista deve incluir avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo, e terapia medicamentosa se necessário. (Ministério da Saúde, 2013)

O PNCT articula a Rede de Tratamento do Tabagismo do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os estados (através de Coordenações Regionais do Programa de Prevenção e Controle do Tabagismo) e municípios (Coordenação Local de Prevenção e Controle do Tabagismo) fazendo cumprir as diretrizes da CQCT que estão expressas na legislação vigente (INCA, 2018). Cabe ao INCA coordenar as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde para pô-las em prática e para que haja um resultado eficaz e o mais homogêneo possível em todo país.

Os artigos 9, 10 e 11 do Ministério da Saúde descrevem as atribuições dos três níveis de gestão em saúde. São atribuições da Gestão Municipal e Federal:

- Capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento;
- Estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal;

- Receber e armazenar medicamentos em local apropriado;
- Realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local;
- Estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos;
- Estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar tratamento medicamentoso sempre que necessário. (artigo nº 9, Ministério da Saúde, 2013).

São atribuições da Gestão Estadual e do Distrito Federal:

- Capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais;
- Monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal;
- Receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios;
- Realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos;
- Estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios. (artigo nº 10, Ministério da Saúde, 2013).

São atribuições da Gestão Federal:

- Apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados;
- Elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso;
- Adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes;
- Estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios;
- Monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional (artigo nº 11, Ministério da Saúde, 2013).

## Plano de Implantação do Tratamento do Tabagismo no SUS

O Plano de Implantação do Tratamento do Tabagismo no SUS inclui as diretrizes para a Rede de Atenção ao Tabagista, Credenciamento, Referência e Contrarreferência, Medicamentos e Material de apoio e Capacitação dos profissionais.

Em relação à Rede de Apoio ao Tratamento do tabagismo, é disponibilizado nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Média Complexidade (atenção especializada, CAPS) e Unidades de alta complexidade (hospitais). De acordo com a Portaria nº 571 - MS de 05/04/2013, o artigo nº 12 descreve as atribuições dos três níveis de atenção ao tabagista. São atribuições da Atenção Básica no Apoio à Cessação do Tabagismo:

- Realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular;
- Identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sobre sua responsabilidade;
- Realizar a avaliação clínica inicial;
- Prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso;
- Organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas;
- Disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME (Relação Nacional de medicamentos Essenciais);
- Diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo;
- Acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada. (artigo nº 12, Ministério da Saúde, 2013).

São atribuições da Atenção Especializada Ambulatorial (CAPS- Centro de Apoio Psicossocial) e Hospitalar no Apoio à Cessação do Tabagismo:

- Realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista;
- Iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportuno decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia;

- Disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário;
- Orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e
- Realizar a contrarreferência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais. (artigo nº13, Ministério da Saúde, 2013).

Em relação ao Credenciamento, nos artigos 6º,7º e 8º são descritos todos os procedimentos que os municípios precisam fazer para se cadastrar no Programa de Tratamento do Tabagismo e receber a medicação, treinamento aos profissionais e material de apoio. Deverão cadastrar-se no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e em campo específico optarão por ofertar o tratamento. Cada equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município e dos serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, deverão preencher o formulário eletrônico que irá caracterizar o público atendido nas consultas à Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e os dados servirão de subsídio para a compra dos medicamentos. As SMS irão compilar os dados e enviar à Secretaria Estadual de Saúde (SES) que encaminhará para a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica de Medicamentos Estratégicos e ao INCA (MS, 2013; INCA, 2011a).

Para estar apto ao credenciamento a Unidade de Saúde precisa: ter no mínimo um profissional de saúde do nível superior capacitado pelo PNCT, dispor de local apropriado para as consultas individuais e/ou em grupo, dispor de equipamentos e recursos necessários para a avaliação clínica, garantir suporte local ou de referência para exames complementares e ser um ambiente Livre de Poluição Tabágica Ambiental (PTA) (MS, 2013; INCA, 2011a).

A referência e contrarreferência ocorre quando o tabagista necessita passar por exame complementar ou alguma especialidade, ou tem um diagnóstico prévio de co-morbidade psiquiátrica e precisa ser avaliado em consulta no CAPS (INCA, 2011a). De acordo com o INCA (2015b), o tabagista que tem acesso ao tratamento pela UBS além de ser assistido pelos profissionais da Atenção Básica (médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde) podem ter acesso à uma equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à

Saúde da Família (NASF) onde esta equipe atuará sempre que necessário e desejado pelo paciente (apoio psicológico, psiquiátrico, nutricional, assistência social, educador físico entre outros, a depender da oferta de cada município). No entanto é a UBS quem coordena toda assistência dispensada ao paciente tabagista. (INCA, 2015b).

Os medicamentos e material de apoio são disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde, através da rede descentralizada do SUS. Os medicamentos são distribuídos trimestralmente diretamente aos estados, capitais e municípios com mais de 500 mil habitantes. Nos municípios com população inferior a 500 mil habitantes, a distribuição é de responsabilidade dos estados. Todas as Unidades de Saúde (básica, média e alta complexidade) credenciados receberão conforme suas necessidades expressas nos relatórios de gestão (INCA, 2015b). A lista com os medicamentos dispensados pelo SUS está descrita na Tabela 16.

**Tabela 16** - Medicamentos para o tratamento do tabagismo dispensados pelo Sistema Único de Saúde.

<b>Medicamentos dispensados pelo SUS</b>		
Denominação genérica	Concentração	Apresentação
Nicotina	21mg	adesivo transdérmico
Nicotina	14mg	adesivo transdérmico
Nicotina	7mg	adesivo transdérmico
Nicotina	2mg	goma de mascar
Nicotina	2mg	pastilha
Cloridrato de Bupropiona	150mg	comprimidos

*Nota.* SUS-Sistema Único de Saúde. Fonte: Adaptado de “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista”. Cadernos de Atenção Básica nº 40. Ministério da Saúde. INCA (2015).

Sobre a Capacitação dos profissionais, o material de apoio do coordenador e do participante para o treinamento dos profissionais de saúde são disponibilizados pelo INCA/MS à Unidades de Saúde dos municípios credenciados no programa. Em 2015 O INCA divulgou o manual “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- o cuidado da pessoa tabagista” em resposta à Portaria nº 571, com o objetivo de sensibilizar gestores e profissionais da saúde para a prevenção e controle do tabagismo, bem como capacitar os profissionais de saúde para a abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento dos tabagistas durante todo o processo de cessação tabágica. (INCA, 2015b). Os 4 manuais “Deixando de Fumar sem Mistérios” sugere um roteiro estruturado para as 4 sessões de apoio intensivo, mas que podem ser adaptados às necessidades locais.

Os profissionais de saúde são capacitados através da parceria do INCA/MS e SES e SMS. São capacitados os profissionais de saúde de nível superior, os coordenadores estaduais e municipais e do Distrito Federal do PNCT que sensibilizam e capacitam os multiplicadores, um ou mais profissional (ais) de cada Unidade de Saúde que irá posteriormente multiplicar esse conhecimento com demais profissionais. Essas capacitações são solicitadas pelas coordenações conforme suas necessidades locais. (INCA, 2011a). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem receber treinamento pela equipe dos profissionais de saúde da UBS para a abordagem do tabagismo na comunidade. Geralmente é designado ao enfermeiro da equipe a capacitação destes. O INCA disponibiliza a cartilha “O agente comunitário de saúde e o controle do tabagismo no Brasil” elaborado pela Divisão de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco colaborando na orientação de seu trabalho junto à comunidade como um disseminador de informações, identificador de tabagistas e de possíveis tabagistas, oferecendo-lhe o apoio e tratamento da UBS. (INCA, 2018a).

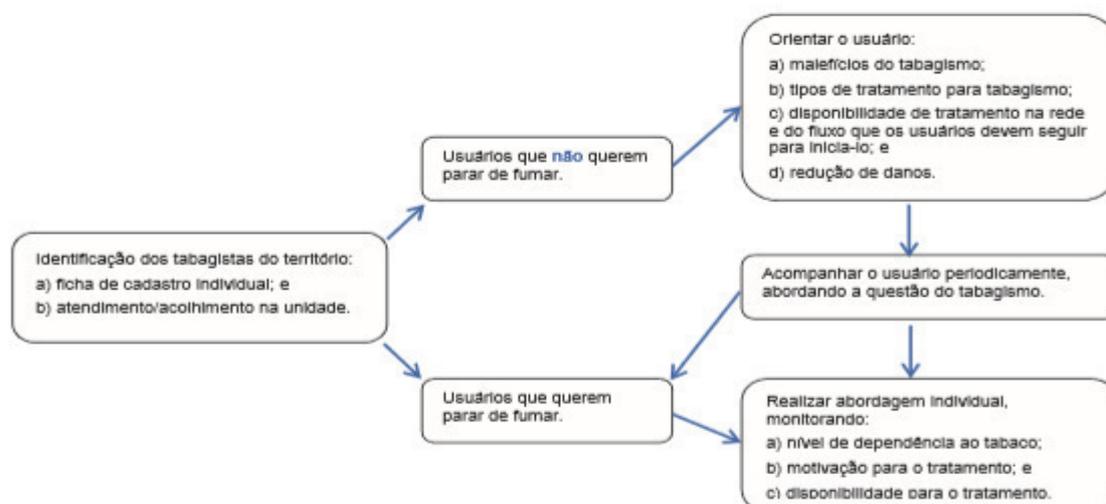
#### Equipe, abordagens, intervenções de acordo com o MS/INCA para as consultas de cessação tabágica

A equipe de profissionais de saúde recomendada para a consulta de cessação tabágica pelo MS é de 2 componentes. Entretanto, é possível ter mais de 2 ou apenas 1 profissional, a depender da organização da UBS e da habilidade do profissional em lidar com o tema. (INCA, 2014).

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas sugeridas por INCA (2011), são: consulta de avaliação clínica, abordagem cognitiva-comportamental e terapia medicamentosa.

De acordo com INCA (2015b) o primeiro passo da equipe de saúde na UBS é de identificar os tabagistas na área de abrangência da UBS através dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) em suas visitas domiciliares, ou pelos profissionais de saúde em qualquer atendimento que o paciente for receber na UBS. Em seguida o tabagista é cadastrado na Ficha de Cadastro Individual. O segundo passo seria a “estratificação” onde são definidos os tabagistas que desejam ou não parar de fumar e as condutas em cada situação estão expressas no Fluxograma 1.

**Figura 2-** Fluxo de identificação e abordagem do tabagista no território



Fonte: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- o cuidado da pessoa tabagista”. Cadernos de Atenção Básica, nº40. INCA (2015). Brasília: INCA.

Na primeira consulta além de se fazer um breve aconselhamento de acordo com o desejo ou não em parar de fumar é realizada a avaliação clínica do paciente através de informações relevantes sobre a situação de saúde do paciente bem como do consumo do tabaco. São avaliados o grau de dependência à nicotina, o grau de motivação em parar de fumar, co-morbidades para ser possível traçar um perfil do paciente e serem definidas estratégias eficazes. Essa avaliação clínica inicial é recomendada por diversos autores (Sardinha, A. *et al*, 2005; Satter, A.C. & Cade, N.V, 2013; Mesquita, A.A., 2013).

Após coletadas as informações do paciente, é necessário conhecer o grau de dependência dele à nicotina. O INCA sugere dois testes o de “Tolerância de Fagerstrom” (6 questões objetivas sobre o padrão de fumar que classifica a dependência de muito baixo à muito elevado) e a “Escala de Razões para Fumar Modificada” (baseia-se em escores referidos pelo tabagista sobre 9 fatores principais que provavelmente o levou a fumar: “dependência, prazer de fumar, redução da tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso e associação estreita” (INCA, 2015b, p.49). O Teste de Fagerstrom é amplamente aceito no mundo (Silva, R.L.F. *et al*, 2011; Mesquita, A.A.,2013; Satter, A.C & Cade, N.V., 2013) Os testes bioquímicos como nível sérico ( urina e saliva), do metabólito (cotidina) e monóxido de carbono do ar expirado também são utilizados para comprovar a abstinência referida pelo paciente (Martins,K.C., Seidl, E.M.F. (2011) sendo o último o mais utilizado no SUS ( INCA, 2015b).

Para avaliar o grau de motivação em parar de fumar o método mais utilizado mundialmente é o “Modelo de Avaliação do Grau de Motivação para a Mudança” de Prochaska &

Dicilmente, em que cada estágio necessita de uma abordagem específica e que o ajude ao tabagista a alcançar o próximo estágio (INCA 2015b). A DGS (2007) e INCA (2015b) referem que este método auxilia a definir estratégias de intervenção de acordo com a fase de mudança em que o paciente se encontra no momento (desejo em parar ou não de fumar e sua intensidade) e possui 5 estádios de mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Vão da fase em que o paciente nem pensa em parar de fumar até a fase de mudança, podendo passar por recaída(s).

O INCA sugere duas estratégias de ação para o tratamento do tabagismo: as intervenções psicossociais (aconselhamentos, material de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental) e o tratamento medicamentoso, que é um valioso componente no resultado da cessação, porém, é complementar às intervenções psicossociais. Duas teorias dão apoio às intervenções psicossociais: a entrevista motivacional e a abordagem centrada na pessoa. Ambas teorias dão um embasamento de como deve ser a relação e a comunicação ideal entre profissional de saúde e paciente tabagista (INCA, 2015b).

Corrêa da Silva, L.C. (2012), DGS (2007), DGS (2015) e INCA (2015b) referem a necessidade da entrevista motivacional como uma das terapias a ser utilizada na cessação tabágica, seja nos pacientes mais ou menos resistentes a mudanças. Essa entrevista diferente de uma tradicional é uma forma de fazer o paciente refletir suas próprias condutas e achar soluções, mas contando sempre com a ajuda do entrevistador

A abordagem cognitivo-comportamental trabalha com dois componentes: a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, promovendo mudanças nas crenças e modo de pensar dos pacientes de forma a modificar seu emocional e seus comportamentos de forma duradoura. Pode ser feita a partir de uma Abordagem Mínima (< 3 minutos), Básica (3-10 minutos) ou Intensiva (> 10 minutos) (BRASIL & Fiore, M.C. *et al*, citados por INCA, 2015b). De acordo com Orleans, C.T. citado por Moraes, M. A. (2006) a abordagem mínima não precisa de muitos recursos para acontecer e consegue atingir uma cessação tabágica de 5 a 10%. Já as consultas de apoio intensivo, que necessitam de mais recursos e profissional mais capacitado e pode atingir de 20-30% de cessação tabágica segundo Lando, H.A., citado por Moraes, M. A. (2006).

A abordagem Mínima é baseada na mnemônica Paap (perguntar e avaliar, aconselhar e preparar para a cessação tabágica), a Básica no Paapa (acrescenta o acompanhar ao Paap) e a Intensiva no Paapa mas de forma aprofundada e prolongada, ou seja, através das consultas

agendadas (abordagem individual) e/ou abordagem em grupo (que tem a grande vantagem no compartilhamento de experiências e apoio mútuo entre tabagistas). Mas vai depender da indicação que o profissional pode sugerir de acordo com o perfil do paciente, da escolha do próprio paciente e da estrutura da equipe. São técnicas que de acordo com Glynn & Manley, citados por Moraes, M.A (2006) oferecem qualidade e praticidade nas consultas dos profissionais. A abordagem em grupo para as consultas de terapia cognitiva-comportamental é incentivada por vários autores (Sardinha, A. *et al*, 2005; Mesquita A.A., 2013; Mendes, A.C.R. *et al*, 2016; Silva, R.L.F. *et al*, 2011).

O INCA indica no primeiro mês 4 sessões de 90 minutos cada, semanal, individual ou para grupos de 10-15 pessoas. No segundo mês as sessões devem durar 1 hora, de 15 em 15 dias, individual ou para grupos de 10-15 pessoas. Entre o 3º e 12º mês, as sessões são mensais, de 1 hora de duração, individual ou em grupo aberto (INCA, 2015b). Outras intervenções psicossociais são incentivadas pelo INCA (2015b) como materiais de autoajuda, apoio por telefone e aconselhamento por internet nas UBS e Hospitais, mesmo sem haver evidências científicas de reais benefícios, mas podem ser um complemento com algum valor quando associados às consultas de cessação tabágica. Fiore, M.C. *et al*, Gorin, S.S & Heck, J.E., citados por INCA (2015b) relatam que estudos de meta-análise comprovaram que o aconselhamento realizado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo.

Segundo a DGS (2007) algumas medidas podem ser utilizadas para prevenir as recaídas dentre elas: identificar as situações que desencadeiam a vontade de fumar e evitá-las; evitar a proximidade com pessoas que fumam; eliminar comportamentos que eram associados ao ato de fumar como comer doces, beber café ou bebida alcoólica; adotar uma alimentação e estilo de vida saudável; ao sentir vontade de fumar respirar fundo, beber água, andar, ligar para um amigo ou tentar outra estratégia que o distraia até passar a vontade.

O tratamento medicamentoso pelo SUS é recomendado seguindo os seguintes critérios: tabagistas que consomem 20 ou mais cigarros/dia; que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e com o consumo mínimo de 10 cigarros/dia; escore de Fagerstrom  $\geq 5$  ou grau de dependência moderada ou grave segundo a avaliação individual; tentativas anteriores sem êxito devido à sintomas de abstinência à nicotina; não haver contraindicações clínicas para o tratamento. Além desses critérios, o médico ou enfermeiro avalia as condições clínicas do paciente (doenças pregressas ou atuais, medicamentos em uso, sinais e sintomas de complicações do tabagismo, estágio de motivação, preferências do paciente em determinada apresentação do

fármaco entre outros) (INCA, 2015b). Sardinha, A. *et al.*, 2005; Mesquita, A.A., 2013; Silva, R.L.F. *et al.*, 2011 & Mendes, A.C.R. *et al.*, 2016, referem que o sucesso nas taxas de abstinência e da manutenção desta ocorre quando a terapia cognitivo-comportamental é associada à terapia medicamentosa.

Para pacientes que não conseguiram parar de fumar com a monoterapia ou que apresentam “fissura” importante, mesmo ao fazer uso desta, deverá fazer uso do tratamento medicamentoso combinado que pode utilizar 2 ou 3 opções entre o adesivo, a goma, a pastilha e a Bupropiona. Fiore, M.C. *et al.*, Stead, L.F. *et al.* & Zwar, N. *et al.*, citados por INCA (2015b) referem que a combinação entre mais de uma apresentação de TRN ou de TRN + Bupropiona traz resultados bem mais significativos que a monoterapia pois reduz muito mais sintomas de abstinência e aumenta as taxas de cessação. No entanto é necessário acompanhar com regularidade o paciente pelo risco de aumento de efeitos colaterais.

Sardinha, A. *et al.* (2005); Mesquita, A.A. (2013); Satter, A.C. & Cade, N.V. (2013) recomendam após a alta das consultas de apoio intensivo, que o acompanhamento seja presencial ou via telefone, com alguma regularidade, para prevenir possíveis recaídas. As recaídas podem ocorrer principalmente pelo incomodo no ganho de peso após a cessação (que é temporário e ocorre pela volta do paladar afetado pelo tabaco), sintomas da abstinência, ou pelo fato de não ter criado novos comportamentos perante os condicionamentos que tinha perante o consumo do tabaco (fumar depois de tomar um café, ao ingerir uma bebida alcoólica, ao sair com amigos, nos momentos de estresse ou felicidade etc) (INCA, 2018a).

O SUS também dispõe de atividades gratuitas e alternativas para complementar as consultas convencionais. Segundo o Ministério da Saúde (2018b) “O Brasil lidera a oferta de modalidades integrativas na saúde pública, com 29 práticas que atinge mais de 5 milhões de usuários, e acontece em 9.350 estabelecimentos de 3.173 municípios do país”. Já ocorria a prática de 19 modalidades, dentre elas a yoga, e em 2018 passou a oferecer 10 novas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais. Essas terapias atuam no fundo emocional de um problema e trazem um bem-estar para o paciente tabagista. São oferecidas em 80% dos casos nas UBS pelos próprios profissionais de saúde.

Conta também com Academia da Saúde do SUS, lançada em 2011, é uma estratégia de promoção do cuidado com a saúde e que pode ocorrer em espaços públicos ou Polos de Academia

da Saúde com infraestrutura apropriada, equipamentos e profissionais qualificados. O financiamento ocorre através da coparticipação Federal, Estadual e Municipal. (MS, 2018c).

#### Atividades educativas de apoio à cessação tabágica

O INCA/MS oferece ações educativas de prevenção e controle do tabagismo em ações pontuais e ações contínuas. Essas ações também são descentralizadas, ou seja, o INCA capacita profissionais de saúde dos estados e municípios que executarão as atividades conforme seu planejamento ou sempre que solicitados (INCA, 2018a). As ações pontuais incluem o Dia Mundial sem Tabaco (31/05) e Dia de Combate ao Tabaco (29/08), este último criado em 1986 pela Lei Federal nº.7.488. No Dia Mundial sem Tabaco a temática a ser trabalhada é sugerida pela OMS, e no Dia de Combate ao Tabaco a temática refere-se ao comportamento do brasileiro em relação ao tabagismo. Nessas datas, os municípios, estados e sociedade civil promovem atividades diversas de promoção a saúde e prevenção do tabagismo. O INCA, por sua vez, fica responsável pela mesma divulgação em vários meios de comunicação à nível nacional (INCA, 2018a).

As intervenções contínuas acontecem através de 3 programas:

- Saber Saúde – Capacita profissionais da saúde e da educação para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde e prevenção de diversas doenças, incluindo o tabagismo, com crianças, jovens, adolescentes do ensino básico. Todas as instituições que participarem da implantação do programa devem incentivar a participação de seus funcionários e da comunidade do entorno, para facilitar o desempenho do mesmo.
- Saúde e Coerência – Capacitação dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde e Hospitais sobre prevenção e controle do tabagismo;
- Prevenção sempre – Auxilia e assessora empresas e instituições que, preocupados com a saúde e qualidade de vida dos funcionários, desejam implementar ações de prevenção e controle do tabagismo.

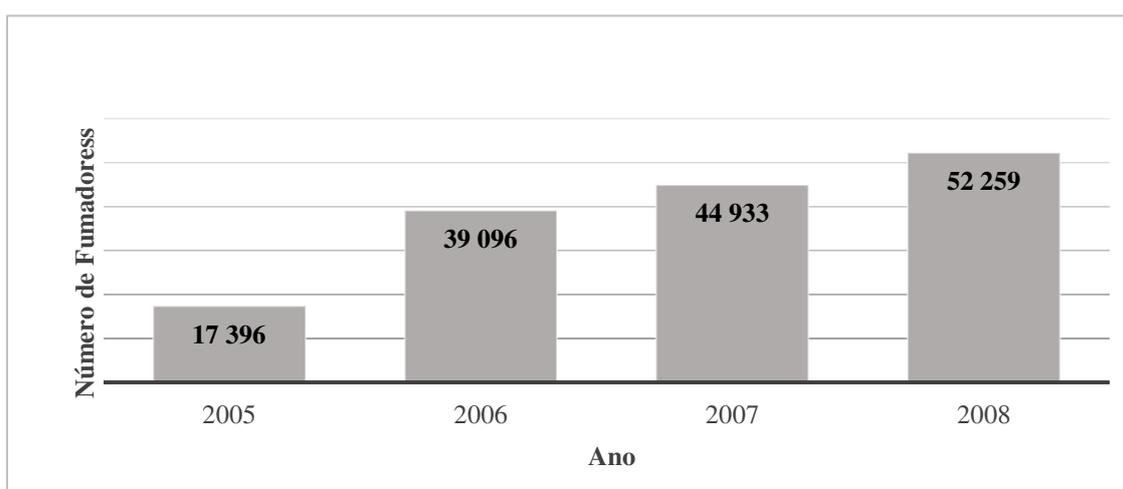
A equipe do INCA do Saber Saúde também integra o Coletivo Técnico do Programa Saúde na Escola contribuindo com ações de promoção de saúde e prevenção, principalmente sobre o tabagismo (INCA, 2018a).

### Evolução da oferta de consultas por Unidades de Saúde e Municípios

O SUS possui uma rede de informações fomentada por estados e municípios, o FORMSUS, que contempla inúmeras informações dos serviços realizados através do sistema, inclusive do Programa de Tratamento do Tabagismo. Os dados contemplam os indicadores sugeridos pelo INCA: a evolução do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica; a evolução do número de pacientes que participaram da primeira e da quarta sessão estruturada; a proporção entre o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada; o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento; a taxa de abandono, de cessação e que utilizam a medicação (em %); o número de Unidades de Saúde que irá iniciar o atendimento no próximo trimestre e a estimativa do número de pessoas que participará das consultas (INCA, 2014). No entanto esses dados não são de acesso ao público, apenas para profissionais de saúde e gestores municipais, estaduais e federais.

Entretanto a evolução da oferta do tratamento do tabagismo no Brasil foi divulgada em alguns estudos e apresentações do INCA em seminários e congressos. O estudo de Carvalho, C. R. (2009) mostra a evolução da oferta e participação dos tabagistas entre 2005-2008. Os resultados são da base de dados da Divisão de Controle do Tabagismo-INCA. A Figura 3 mostra o aumento progressivo da participação dos pacientes tabagistas na primeira consulta de avaliação clínica e a Figura 4 descreve aumento progressivo também na 1ª sessão estruturada.

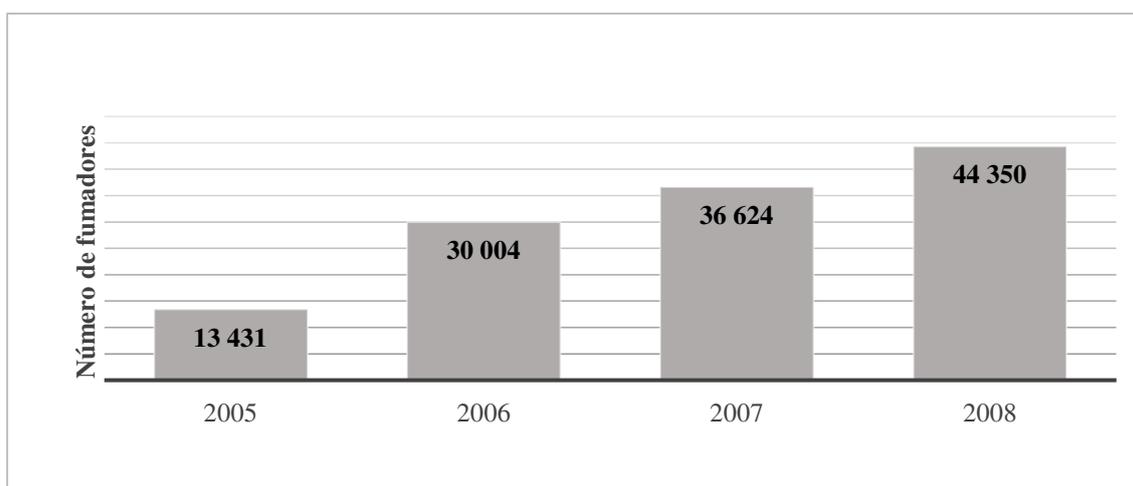
**Figura 3**-Número de tabagistas que participaram da primeira consulta de avaliação clínica no Brasil entre 2005 e 2008.



*Nota.* Fonte: Adaptado de “O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS”. Carvalho, C.R.S (2009). Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP e recuperado de INCA/ Divisão do Controle de Tabagismo.

A Figura 4 demonstra o crescimento expressivo da participação na quarta sessão estruturada. De acordo com Carvalho, C.R. (2009), o aumento significativo a partir de 2006 deu-se pelo início da oferta dos medicamentos pelo SUS em alguns municípios no tratamento de cessação tabágica. Mas até 2008 estes medicamentos não eram distribuídos de forma regular em todo o país.

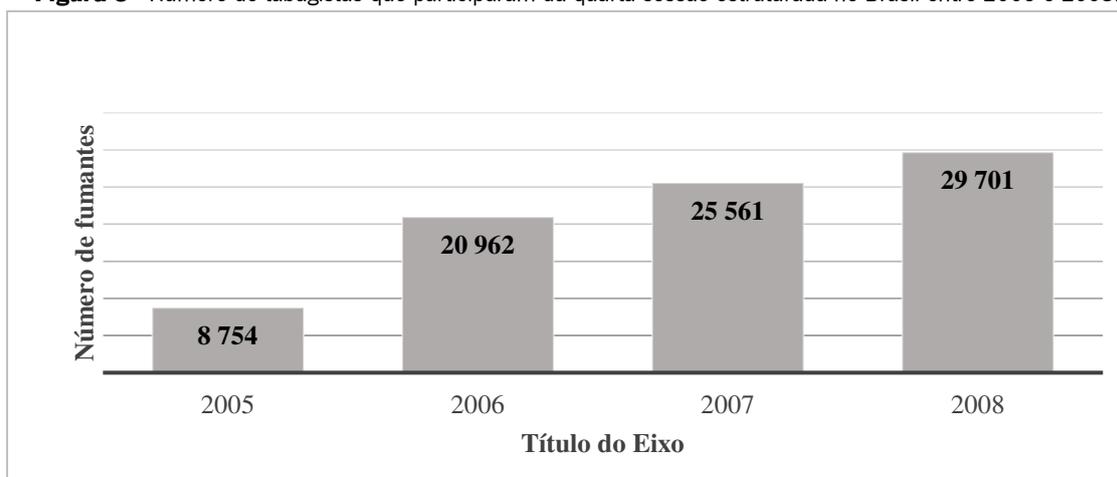
**Figura 4** - Número de tabagistas que participaram da 1ª sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008.



*Nota.* Fonte: Adaptado de "O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS". Carvalho, C.R.S (2009). Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP e recuperado de INCA/ Divisão do Controle de Tabagismo.

A Figura 5 demonstra o crescimento expressivo da participação na quarta sessão estruturada. De acordo com Carvalho, C.R. (2009), o aumento significativo a partir de 2006 também ocorreu pelo início da oferta dos medicamentos pelo SUS em alguns municípios no tratamento de cessação tabágica.

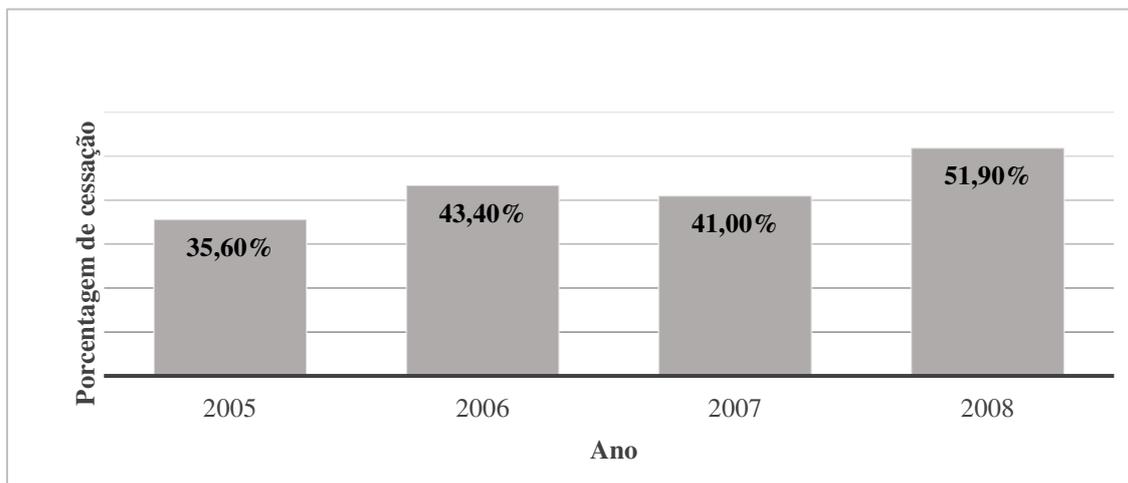
**Figura 5** - Número de tabagistas que participaram da quarta sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008.



*Nota.* Fonte: Adaptado de "O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS". Carvalho, C.R.S (2009). Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP e recuperado de INCA/ Divisão do Controle de Tabagismo.

A Figura 6 evidencia o aumento do número de tabagistas que estavam sem fumar depois da quarta sessão estruturada, comprovando os bons resultados das atividades (Carvalho, C.R., 2009).

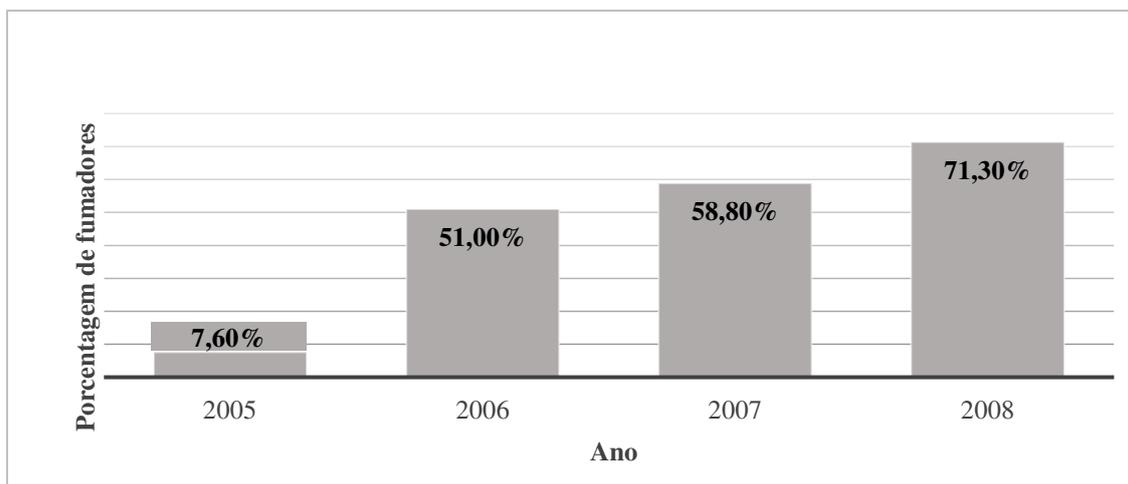
**Figura 6** - Percentual de tabagistas que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada no Brasil entre 2005 e 2008.



*Nota.* Fonte: Adaptado de "O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS". Carvalho, C.R.S (2009). Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP e recuperado de INCA/ Divisão do Controle de Tabagismo.

De acordo com Carvalho, C.R. (2009), o provável aumento na necessidade do uso de medicamento entre os pacientes tabagistas foi pelo fato da maioria dos pacientes que procuraram as consultas terem grau de dependência média e elevada (Figura 7).

**Figura 7**- Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso no Brasil entre 2005 e 2008.



*Nota.* Fonte: Adaptado de "O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS". Carvalho, C.R.S (2009). Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP e recuperado de INCA/ Divisão do Controle de Tabagismo.

Algumas apresentações do INCA em seminários e congressos também divulgaram dados sobre a oferta do tratamento do tabagismo no país. "Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012" do PNCT encontra-se a informação de que em 2005 no Brasil existiam 76 municípios que ofertavam consultas de cessação, em 198 Unidades de Saúde e que atenderam 13.563 tabagistas

onde 4.787 deixaram de fumar. Em 2011 já eram 848 municípios que ofertavam consultas, em 1.557 Unidades de Saúde, que atenderam 140.602 tabagistas onde 63.991 deixaram de fumar (INCA, 2014).

Conforme INCA (2011), das 5.565 cidades brasileiras, apenas 939 oferecem consultas de cessação tabágica em 2011 (Tabela 17).

**Tabela 17** - N° de consultas de cessação tabágica em todos os estados brasileiros e Distrito Federal em 2011.

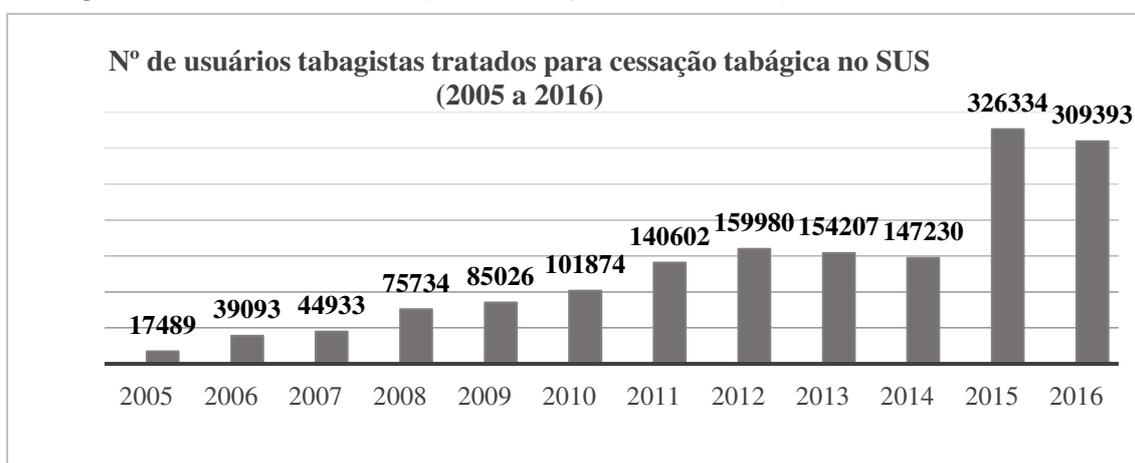
<b>Região Norte</b>	<b>n° de cidades</b>	<b>n° de cidades que oferecem consultas</b>
Pará	143	8
Amazonas	62	1
Amapá	16	1
Roraima	15	0
Rondônia	52	5
Acre	22	4
<b>Região Nordeste</b>		
Maranhão	217	49
Piauí	224	8
Ceará	184	14
Rio Grande do Norte	167	0
Alagoas	102	3
Pernambuco	185	7
Paraíba	223	37
Bahia	417	17
Sergipe	75	23
<b>Região Centro Oeste</b>		
Mato Grosso	141	22
Goiás	246	25
Mato Grosso do Sul	78	31
Tocantins	139	11
Distrito Federal	1	1
<b>Região Sudeste</b>		
São Paulo	645	89
Rio de Janeiro	92	73
Minas Gerais	853	109
Espírito Santo	78	50
<b>Região Sul</b>		
Rio Grande do Sul	496	139

Paraná	399	122
Santa Catarina	293	89
<b>Total</b>	<b>5.565</b>	<b>939</b>

Fonte: Adaptado de: "Tratamento do Tabagismo". XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Apresentado por Borges, V.L.G.) (INCA, 2011). Divisão de Controle do Tabagismo. Coordenação de Prevenção e Vigilância.

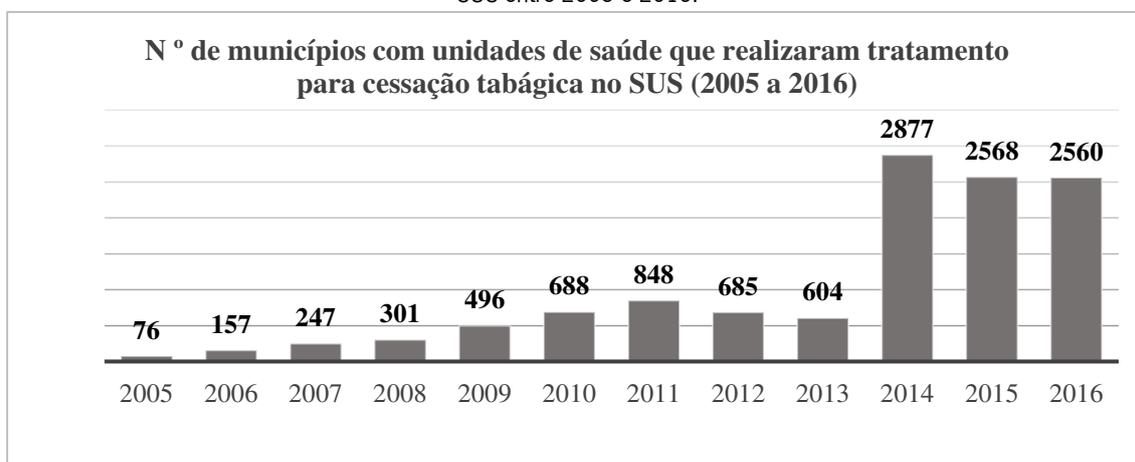
Em outra apresentação do INCA "Avanços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCNT)" foi observado o avanço da cobertura nacional do tratamento da cessação tabágica no Brasil entre 2005 e 2016. Em 2005 apenas 76 municípios ofereciam o tratamento para a cessação tabágica nas Unidades de Saúde, e em 2016 já eram 2.560 municípios a ofertar. O número de tabagistas tratados no SUS foi 17.489 em 2005 e aumentou de forma relevante para 309.393 em 2016 (INCA, 2018b) (Figuras 8 e 9).

**Figura 8** - Número de usuários tabagistas tratados para a cessação tabágica no SUS entre 2005 e 2016.



Nota. SUS- Sistema Único de Saúde. Fonte: Adaptado de "Avanços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo entre 2005 e 2016" (INCA, 2018b). (Apresentação do INCA por Eduardo Franco). Dia Mundial sem Tabaco 2018.

**Figura 9** - Número de municípios com unidades de saúde que realizaram tratamento para cessação tabágica no SUS entre 2005 e 2016.



Nota. SUS- Sistema Único de Saúde. Fonte: Adaptado de "Avanços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo entre 2005 e 2016" (INCA, 2018b), apresentação do INCA por Eduardo Franco). Dia Mundial sem Tabaco.

O PMAQ-AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), é uma importante ferramenta de avaliação da Atenção Básica nacional, que inclui indicadores para avaliar o tratamento do tabagismo, dentre outros. “Propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, a partir do repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhoria no padrão de qualidade no atendimento” (Portaria nº 1645/GM/MS, de 02 de outubro de 2015). Entre 2013/2014 ocorreu o 2º ciclo que contemplou 5.070 municípios do país (91%). Participaram 30.522 equipes de Atenção Básica (88,7%), 19.946 Equipes de Saúde Bucal (ESB) (89,6%), 1.813 de equipes do NASF (93%) e 860 equipes do CEO (Centro de Especialidade Odontológica) (94,2%). As ações específicas para os tabagistas só ocorrem nas Unidades de Saúde e NASF, portanto nas ESB e CEO estas questões não se aplicam (N/A) conforme a Tabela 20 e 21. (MS, 2016).

**Tabela 18.** Indicadores do Tratamento do tabagismo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2º ciclo, 2013/2014, Brasil.

Indicadores do tratamento do tabagismo-PMAQ-AB				
Indicadores	A unidade de saúde oferta ações para usuários de tabaco?	A equipe realiza/oferta ações educativas e de promoção da saúde?	A equipe realiza ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?
Sim	13.716 (46,1%)	28.579 (96%)	15.182 (51,0%)	13.299 (44,7%)
Não	16.062 (53,9%)	1.199 (4%)	9.892 (33,2%)	1.765 (5,9%)
N/A	-	-	4.704 (15,8%)	14.714 (49,4%)
Total:	29.778 (100%)	29.778 (100%)	29.778 (100%)	29.778 (100%)
Indicadores	A unidade oferece Adesivo de nicotina para o tratamento do tabagismo	A unidade oferece Pastilha de nicotina para o tratamento do tabagismo	A unidade oferece Goma de mascar de nicotina para o tratamento do tabagismo	A unidade oferece Cloridrato de bupropiona para o tratamento do tabagismo
Sim	4.835 (16,2%)	2.189 (7,4%)	2.435 (8,2%)	4.869 (16,4%)
Não	10.229 (34,4%)	12.875 (43,2%)	12.629 (42,4%)	10.195 (34,2%)
N/A	14.714 (49,4%)	14.714 (49,4%)	14.714 (49,4%)	14.714 (49,4%)
Total:	29.778 (100%)	29.778 (100%)	29.778 (100%)	29.778 (100%)
A equipe oferece tratamento aos tabagistas por meio de:	Atividades em grupo e individuais			8.217 (27,6%)
	Somente atividades em grupo			2.411 (8,1%)
	Somente Atividades individuais			3.121 (10,5%)
	A equipe não oferece tratamento aos tabagistas			1.315 (4,4%)
	N/A			14.714 (49,4%)
Total:				29.778 (100%)

Nota. N/A -Não se aplica (acontece nas perguntas vinculadas, isto é, se a equipe respondeu não ter determinada ação, todas as perguntas em relação àquela ação não serão respondidas) Adaptado de: “Ministério da Saúde: Portal do cidadão: PMAQ.” Recuperado de: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php)>

Observa-se que a oferta de atividades educativas de promoção à saúde (96%) e as ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (51%) constituem as medidas mais frequentes executadas pelos profissionais de saúde das 29.778 Unidades de Saúde participantes. O tratamento do tabagismo acontece em 46,2% destas unidades, porém a maioria não oferta os medicamentos: adesivo de nicotina (34,4%), pastilha de nicotina (43,2%), goma de mascar de nicotina (42,4%) e bupropiona (34,2%). A terapia individual e em grupo (27,6%) representa a principal modalidade de tratamento e a maioria dos profissionais de saúde referem questionar o uso do tabaco aos usuários (44,7%) (MS, 2016).

**Tabela 19.** Alguns indicadores do Tratamento do tabagismo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2º ciclo, 2013/2014, por Região.

Unidades de Saúde que ofertam medidas de apoio ao tabagismo por região do país				
Indicadores	A unidade de saúde oferta ações para usuários de tabaco?	A equipe realiza ações de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	A equipe questiona o uso do tabaco a todos os usuários?	A equipe realiza tratamento para o tabagismo?
Região Norte	sim - 621 (28,7%), não- 1.539 (71,3%), Total: 2.160 (100%)	sim- 1.116 (51,7%), não- 663 (30,7%), N/A- 381(17,6%).	sim- 588 (27,2%), não- 73 (3,4%), N/A- 1.499 (69,4%)	sim- 532 (24,6%), não- 129(6%), N/A- 1.499 (69,4%)
Região Nordeste	sim- 4.647 (43,2%), não- 6.121 (56,8%), Total: 10.768 (100%)	sim- 6.213 (57,7%), não- 3.480 (32,3%), N/A- 1.075 (10%)	sim- 4.427 (41,1%), não- 558 (5,2%), N/A- 5.783 (53,7%)	sim- 4.445 (41,3%), não-540(5%), N/A- 5.783 (53,7%)
Região centro-oeste	sim-903 (40,3%), não- 1.338 (59,7%), Total: 2.241 (100%).	sim- 1.243 (55,5%), não-641 (28,6%), N/A- 357 (15,9%)	sim- 824 (36,8%), não- 135 (6%), N/A- 1.282(37,2%).	sim- 839 (37,4%), não- 120 (5,4%), N/A- 1.182 (57,2%).
Região Sudeste	sim- 5.306 (52,5%), não- 4.794 (47,5%), Total: 10.100 (100%)	sim-4.227 (41,9%), não- 3.725 (36,9%), N/A- 2.148 (21,3%)	sim- 5.395 (53,4%), não- 553 (5,5%), N/A- 4.152 (41,1%)	sim-5.530 (54,7%), não- 418 (4,1%), N/A- 4.152 (41,1%)
Região Sul	sim- 2.239 (49,7%), não- 2.270 (50,3%), Total: 4.509 (100%).	sim- 2.383 (52,8%), não-1.383 (30,7%), N/A- 743 (16,5%).	sim- 2.065 (45,8%), não- 446 (9,9%), N/A- 1.998 (44,3%).	sim- 2.403 (53,3%), não-108 (2,4%), N/A- 1.998 (44,3%).

*Nota.* N/A -Não se aplica (acontece nas perguntas vinculadas, isto é, se a equipe respondeu não ter determinada ação, todas as perguntas em relação àquela ação não serão respondidas) Adaptado de: "Ministério da Saúde: Portal do cidadão: PMAQ." Recuperado de: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php)>.

Como já retratado nesta seção, as consultas de tabagismo também são oferecidas pelo SUS em várias universidades do país (UFAL, UERJ, UFF, UFC, UNIFESP, UFPI, UFCG, USP entre outras), algumas unidades do CAPS e Hospitais gerais, no entanto não foram encontradas

informações sobre a cobertura nacional do tratamento nestes estabelecimentos, nº de pacientes atendidos por ano em todas as universidades, dentre outros.

### **9. Os estudos que versam sobre o apoio à cessação tabágica no Brasil**

Os estudos identificados sobre o apoio à cessação tabágica no Brasil tratam da divulgação, oferta e procura pelo tratamento, da atuação dos profissionais de saúde, da motivação em parar de fumar, da importância do tratamento especializado e os resultados dos tratamentos em várias localidades do país.

Sobre o conhecimento da oferta às medidas de apoio à cessação tabágica, Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. (2005, p.84) relatam que “A partir da década de 70, gradativa e crescentemente, tornaram-se evidentes manifestações organizadas para controle do tabagismo no Brasil. Entretanto, muitas vezes, a divulgação de algumas medidas de controle do tabagismo é precária e, por isso, nem sempre utilizadas pelos profissionais de saúde”. Com relação a esse aspecto, o PNCT concentra a divulgação da oferta de medidas de apoio à cessação em mídia em massa, duas vezes ao ano (maio e agosto), nos dias Mundial Sem Tabaco e Dia Nacional de Combate ao Fumo e também oferecem a informação das consultas dos municípios no Disque Saúde 136 (INCA, 2018a; ANVISA, s.d)

A divulgação também ocorre através do próprio local que oferta o tratamento do tabagismo. O estudo realizado por Lopes, F.M., Peuker, A.C.W.B., Rach, B.E., Gonçalves, R. & Bizarro, L. (2014) em hospital universitário de Porto Alegre-RS, durante 2 anos testou diversos tipos de divulgação do tratamento e constatou que “as estratégias de recrutamento que combinaram estratégias ativas (contatos pessoais, convites personalizados, entrevistas individuais) e reativas (cartazes, e-mail corporativo, jornal) foram as mais eficazes para captação e adesão de fumantes ao tratamento, confirmando a literatura”. Tal estudo reforça a importância de uma divulgação planejada e diversificada para motivar o tabagista a participar do tratamento.

A oferta de tratamento tem aumentado progressivamente no país. Em 2005 a oferta acontecia em apenas 76 municípios e em 2008 ocorria em 848 municípios (INCA, 2014). INCA (2011) refere a oferta do tratamento em 939 municípios em 2011. Em 2016 a oferta do tratamento chega em 2.560 municípios brasileiros (INCA, 2018b). No entanto o Ministério da Saúde referiu em 2015, a oferta do tratamento do tabagismo em 5.460 municípios, contemplando quase 59% das Unidades de Saúde do país (Ministério da Saúde, 2015)

Alguns estudos revelam que a procura pelo tratamento do tabagismo no sistema público de saúde tem aumentado com o passar dos anos. Carvalho, C.R. (2009) refere que em 2005 foram tratados 17.396 tabagistas e em 2006 saltou para 39.096, provavelmente pelo início da oferta de medicamentos gratuitos em alguns municípios. Manteve-se um crescimento progressivo, e em 2008 foram tratados 52.259 pacientes. INCA (2011) refere que em 2011 foram tratados 140.602 tabagistas. Em 2016 os tabagistas tratados já somavam 309.393 (INCA, 2018b).

No tocante à atuação dos profissionais de saúde na cessação tabágica, Portes, L.H., Campos, E.M.S., Teixeira, M.T.B., Caetano, R. & Ribeiro, L.C. (2014) observaram que ainda existe um variado grau de comprometimento dos profissionais de saúde em exercer o atendimento e uma baixa valorização em capacitar profissionais sem nível superior, como ACS e técnicos de enfermagem. Presman, S., Carneiro, E., Gigliotti, A. (2005) relatam que a falta de tempo, a dificuldade em abordar o assunto e a preocupação em afetar a relação médico-paciente são apontados, pelos médicos, como motivos para não realizar o aconselhamento. Os mesmos autores citam Coleman, T. & Wilson, A. (1999) averiguaram uma propensão dos médicos a aconselhar pacientes que possuem uma doença co-relacionada ao tabagismo e aqueles mais motivados a parar de fumar.

A alta rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde e o fato da capacitação não contemplar todos os profissionais de saúde são apontados também como fatores prejudiciais à qualidade da atuação pois, além de sobrecarregar os que fizeram a capacitação, limita a oferta de um atendimento contínuo e resolutivo (Portes, L.H., *et al*/ 2014). Por sua vez, o estudo de Bittencourt, L., Cruz, R.C., & Scarinci, I.C. (2014) ao consultar profissionais de saúde e gestores municipais, sobre as capacitações observou que as capacitações são oferecidas a todos os profissionais de saúde que desejam participar (98% das respostas), porém muitos estavam insatisfeitos com o número de profissionais capacitados (64%) e outros referiram que o número de profissionais capacitados é adequado à demanda dos pacientes (42,1%). A oferta dessas capacitações vem crescendo principalmente nos últimos anos que ocorreu a expansão do cadastramento para a oferta do tratamento do tabagismo por novos gestores municipais junto ao PMAQ. Fiore, M.C. *et al*, Gorin, S.S & Heck, J.E., citados por INCA (2015b) relatam que estudos de meta-análise comprovaram que o aconselhamento realizado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo.

Sobre a capacitação dos profissionais de nível médio, O INCA (2015b), através do PNCT, sugere que os enfermeiros de todos os municípios credenciados para o tratamento do tabagismo

no PMAQ, capacitem seus ACS e disponibiliza para isso cartilha de apoio elaborada pela própria instituição. Mas pelo fato das ações sugeridas pelo PNCT serem descentralizadas, vai depender muito da iniciativa e disponibilidade dos profissionais de cada unidade de saúde, em cada município, em prover a capacitação em questão, bem como do apoio e incentivo da SMS e SES. Abrunhosa, M.A. (2011) refere uma grave situação em que as fichas do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica-MS) preenchidas pelos ACS nas visitas domiciliares não solicita o preenchimento de ações coletivas e educativas. No campo de registro da ficha A sobre doenças e condições referidas da comunidade, cita-se algumas doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial, alcoolismo, esquecendo-se do tabagismo. Então mesmo que o ACS seja treinado a oferecer aconselhamento, registro dos tabagistas, dentre outras atividades coletivas à esse grupo na comunidade, fica impossibilitado de gerar dados úteis aos profissionais e sistema de informação básica do Ministério da Saúde. Abrunhosa, M.A. (2011) cita Novato-Silva ao referir falhas nas fichas do SIAB de forma a não contemplar todas as informações coletadas pelos ACS em suas visitas.

A motivação em parar de fumar é bastante discutida no estudo de Echer, I.C., Corrêa, A.P.A, Lucena, A.F., Ferreira, S.A. L., & Knorst, M. M. (2011) e citada como multifatorial, singular a cada pessoa. Envolve a vontade, o contexto e o momento de vida em que a pessoa se encontra, no qual o profissional precisa identificar a existência ou não de motivação do tabagista e se o mesmo dispõe de uma rede de apoio ao seu redor para melhor ajudá-lo. Echer, I.C.& Barreto, S.S.M (2008) ao estudar um grupo de ex fumantes, enfatiza que o apoio familiar, de amigos, religioso, dos meios de comunicação social e da sociedade em geral é fundamental para a cessação tabágica. Esses autores ainda analisaram o tempo de consumo de tabaco entre fumantes e ex fumantes e perceberam que os ex fumantes fumavam por menos tempo, sugerindo que quanto maior o tempo de consumo, maior a dependência e a dificuldade em parar de fumar (Echer, I.C.& Barreto, S.S.M, 2008).

Ao considerar as tentativas em parar de fumar, alguns autores defendem que os fumantes leves (menor dependência) planejam ou tentam parar de fumar mais vezes que o fumante pesado (mais dependente) (Formagini, T.D.B., Machado, N.M., Richter, K.P., Ronzani, T.M., 2015). Sardinha, A., *et al*/(2005) ao citar MS, referem que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, e nesse grupo a maioria o faz por conta própria, ocorrendo baixo índice de cessação. Na mesma perspectiva, Cardoso, D.B., Coelho A.P.C.P., Rodrigues, M., Petroianu, A. (2010) citam que apenas 5% das pessoas que tentam parar de fumar por conta própria conseguem êxito.

Ex fumantes ouvidos no estudo de Echer, I.C.& Barreto, S.S.M (2008) relataram que o tratamento, através de acompanhamento profissional e medicamentoso, é fundamental para evitar abstinências e recaídas. Echer, I.C.& Barreto, S.S.M , 2008; Mazoni, C.G., Fernandes, S., Pierozan, O.S., Moreira, T., Freese, L., Ferigolo, M., *et al*, 2008; Cahill, K., Moher, M., Lancaster, T., (2008) enfatizam a importância do acompanhamento profissional, individual ou em grupo, através do aconselhamento motivacional, da terapia cognitivo-comportamental e do uso de medicamentos quando necessário (aumenta a proporção de abstinência cerca de 50%) para o sucesso no abandono do tabagismo.

No tocante aos índices de cessação tabágica definitiva também tem ocorrido bons resultados. No estudo de Azevedo, R.C.S *et al* (2009) com 171 tabagistas em tratamento no Hospital Universitário de Campinas (UNICAMP), a maioria, 79,1% pararam de fumar durante o tratamento e após 2 anos 62% destes continuavam sem fumar. Dos participantes a maioria eram mulheres (73,4%), com ensino fundamental completo (74,6%), trabalhadoras (57%). Sobre o hábito tabágico, 65,2% começaram a fumar antes dos 15 anos, 63,8% eram tabagistas há mais de 30 anos e 76% já tentaram parar de fumar. Santos, J.D. P., Duncan, B. B., Sirena, S. A., Vigo, Á., & Abreu, M.N.S. (2012) ao pesquisarem sobre a efetividade do tratamento do tabagismo em 60 Municípios de Minas Gerais, verificaram uma taxa média de cessação tabágica ao terminar o tratamento (4ª sessão) de 40,5%. Nos municípios que utilizavam medicamentos, em 60% ou mais dos pacientes, obtinham 50% de cessação no fim do tratamento. A taxa média de utilização de medicamentos no tratamento do tabagismo foi de 57,8% no total, e constatou-se uma forte relação entre uso de medicamento e sucesso na cessação em 60% dos pacientes tratados.

## PARTE II – TRABALHO DESENVOLVIDO

### **10. Metodologia**

Os estudos buscam compreender um fenômeno em seu ambiente natural e o pesquisador pode recorrer a diversas técnicas, procedimentos e instrumentos, a depender do objetivo que pretende atingir. Este é um problema que se coloca para todo investigador; a escolha de uma orientação teórico-metodológica. Cada objeto pode ser visto de várias maneiras (Pinheiro, T.X.A., 2012). Conforme Becker (1997, p. 41), "escolhemos a estruturação que parece ter mais afinidade conosco, que a natureza da investigação exija e, de acordo com o nosso juízo, tenha mais possibilidade de esclarecer o objeto de estudo". Minayo, M.C.S & Sanches, O. (2003),

ressaltam que o resultado de uma pesquisa não pode ser considerado uma verdade absoluta, na medida em que os fatos descobertos são passíveis de mudanças ao longo do tempo

Optou-se por desenvolver um estudo exploratório sobre o tema do apoio à cessação tabágica no Brasil, utilizando pesquisa bibliográfica (fontes secundárias) e pesquisa documental (fontes primárias). Trata-se de uma abordagem qualitativa e quantitativa, uma vez que, também utilizou instrumentos de recolha e tratamento de dados numéricos. A abordagem simultânea foi fundamental para constituir o *corpus* (Bardin, L., 2018) de análise da pesquisa.

A seleção de documentos considerou os seguintes elementos para elegibilidade: a) documentos de domínio público e/ou oficial e de acesso público; b) o ano de publicação, compreendendo o período de 2008 a 2018; considerando a autenticidade, credibilidade, representatividade e significância dos documentos ( Cechinel, A., Fontana, S.A.P., Della, K.G.P., Pereira, A.S., Prado, S.S. (2016). Destaca-se dentre outros documentos: o Relatório de Progresso Global 2018 da Convenção-quadro para Controle do Tabaco e o Relatório *MPOWER* 2017, disponíveis no site da Organização mundial de Saúde; relatórios da OMS ([www.who.int](http://www.who.int)); relatórios do INCA/Ministério da Saúde ([www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br)); relatórios do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)). Os documentos foram examinados como “dispositivos comunicativos” e não como “contêineres de informações” (Flick, U., 2009, p.234) A seleção bibliográfica foi realizada nos bancos de dados: Scielo ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), *Medline* ([www.medline.br](http://www.medline.br)) e *google scholar* (<https://scholar.google.com.br/>). Outras leituras complementares foram realizadas em livros, teses, dissertações e sites eletrônicos institucionais e outros. Na pre-análise das fontes escritas foi realizada uma “leitura flutuante” (Bardin, L., 2018) para um primeiro contato com o material o que permitiu conhecer a estrutura deste e tecer as primeiras impressões em relação às mensagens. Seguiu-se a fase de organização do material para agrupamentos em unidade de análise.

Para complementar a recolha de dados, foi utilizado um questionário estruturado, com 24 questões de múltiplas escolhas, utilizando como referencial as questões-padrão de apoio à cessação tabágica adotadas pela Pesquisa Global de Tabaco para Jovens (GYTS): 18, 19 e 20; questões-padrão adotadas pela Pesquisa Global de Tabaco para Adultos (GATS): 11,12,13 e 17; e duas questões em comum entre GYTS e GATS: 6 e 21 Todas as demais questões são de autoria própria(ver Apêndice). Essas duas pesquisas internacionais foram criadas pela OMS em parceria com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) com uma metodologia padronizada e

que pode ser adotada pelos países à nível local, regional e nacional gerando dados relevantes para o controle do tabagismo (GTSS, 2011).

Foi realizado então um pré-teste com 10 questionários onde posteriormente foram feitas as adequações necessárias. O universo ou população escolhida para a pesquisa são brasileiros, com 15 anos ou mais, de ambos os sexos, de qualquer escolaridade, ocupação ou região do país e com qualquer classificação tabágica: fumante, ex-fumante ou não fumante. O critério de exclusão foi ter menos de 15 anos. O questionário foi inserido no programa gratuito do *google drive*, o *googleforms*, e a técnica utilizada foi a amostra por conveniência em “Bola de neve”. A escolha da técnica considerou o fato de ser “(...) útil parar estudar questões delicadas, de âmbito privado e, portanto, que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informações para estudo” a dificuldade de acesso e estudo do grupo (Vinuto, J., 2016). Segundo Vinuto, J. (2016) é utilizada notadamente para fins exploratórios. Para localizar a amostra partiu-se dos contatos deste pesquisador na rede social *whatsapp*. A pesquisa foi divulgada e solicitada a participação através do link: <https://forms.gle/Tqvib8ZuwQwgASc4A>. A amostra foi do tipo exponencial, na qual cada indivíduo convida duas ou mais pessoas para participar da amostra. Foram obtidos 208 questionários respondidos e a coleta aconteceu entre 21/03/2019 e 03/04/2019. Os dados coletados geraram 24 variáveis que ao serem inseridas no *software SPSS statistics* foram cruzadas, duas a duas, pela afinidade de conteúdo. Em seguida, foram testadas a existência ou não de uma relação estatisticamente significativa através do Teste Qui-quadrado, no qual o resultado necessita ser  $p \leq 0,05$ . Foram realizados 134 cruzamentos dos quais 59 apresentaram resultados estatísticos significativos expostos na sessão de resultados e discussão.

No tratamento dos dados (conteúdo manifesto ou latente nos documentos) para análise e interpretação procedeu-se uma condensação e o destaque das informações obtidas com a aplicação das técnicas para tornar os dados mais válidos e significativos. Procedeu-se a ampliação necessária para descobrir novos ângulos e aprofundar a visão, buscando estabelecer relações e associações, passando então a combiná-las, ou reorganizá-las. Na sequência, o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Questão ética. O estudo não foi submetido ao comitê de ética da Universidade do Minho, uma vez que, utilizou técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e “bola de neve”. É isenta a submissão ao comitê nessas circunstâncias.

## 11. Resultados

### Parte A

Para caracterizar o apoio à cessação tabágica na política de saúde brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT), questão “a” do presente estudo, a fonte principal de informações foi o Relatório de Progresso Global 2018 (o mais atual) da CQCT, enviada pelo Brasil à OMS. Elaborou-se uma tabela com todas as medidas sugeridas no artigo nº14 da CQCT que trata do apoio à cessação tabágica e um *check list* dos resultados apurados (Tabela 1).

**Tabela 20.** Medidas de apoio à cessação tabágica do artigo nº14 da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (OMS) no Brasil.

Medidas sugeridas pelo artigo nº14 da CQCT	Resultados
1. Diretrizes abrangentes e integradas baseadas em evidências desenvolvidas	sim
2. Campanhas de mídia implementadas para promover a cessação do tabaco	sim
3. Programas implementados especialmente concebidos para meninas menores de idade e mulheres jovens	não
4. Programas implementados especialmente concebidos para as mulheres	não
5. Programas implementados especialmente concebidos para mulheres grávidas	não
6. Linha telefônica de apoio ao tabagista implementado	sim
7. Implementação de eventos locais para promover a cessação do uso do tabaco	sim
8. Implementou outros programas para promover a cessação do uso do tabaco	não
9. Programas concebidos para promover a cessação das instituições de ensino	sim
10. Programas concebidos para promover a cessação das instalações de cuidados de saúde	sim
11. Programas concebidos para promover a cessação nos locais de trabalho	não
12. Programas concebidos para promover a cessação em ambientes desportivos	não
13. Programas concebidos para promover a cessação noutros locais	não
14. Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas nacionais de controlo do tabaco	Sim
15. Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas nacionais de saúde	sim
16. Diagnóstico e tratamento incluídos nos programas educacionais nacionais	sim
17. Incluiu diagnóstico e tratamento no sistema de saúde	sim
18. Atenção primária à saúde que presta programas de diagnóstico e tratamento	sim
19. Programas de diagnóstico e tratamento na atenção primária e secundária	sim
20. Sistemas especializados de cuidados de saúde que prestam programas de diagnóstico e tratamento	não

21. Centros especializados para a cessação de programas de diagnóstico e tratamento	não
22. Centros de reabilitação que prestam programas de diagnóstico e de tratamento	não
23. Programas de cuidados de saúde primários abrangidos pelo financiamento público	Sim, total
24. Programas de cuidados de saúde secundários e terciários abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
25. Programas de cuidados de saúde especializados os foram abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
26. Programas em centros especializados abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
27. Programas em centros de reabilitação abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
28. Programas de outros serviços de diagnóstico e tratamento abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
29. Educadores físicos que oferecem serviços de aconselhamento	sim
30. Dentistas que oferecem serviços de aconselhamento	sim
31. Médicos de família que oferecem serviços de aconselhamento	sim
32. Outros profissionais experientes que oferecem serviços de aconselhamento	sim
33. Outras especialidades médicas que oferecem serviços de aconselhamento	não
34. Enfermeiras que oferecem serviços de aconselhamento	sim
35. Parteiras que oferecem serviços de aconselhamento	não
36. Farmacêuticos que oferecem serviços de aconselhamento.	sim
37. Trabalhadores comunitários que oferecem serviços de aconselhamento	não
38. Assistentes sociais que oferecem serviços de aconselhamento	sim
39. Outros profissionais que oferecem serviços de aconselhamento	não
40. Tratamento da dependência do tabaco incorporado nos currículos das Universidades médicas	não
41. Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das escolas de Odontologia	não
42. Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das escolas de enfermagem	não
43. Tratamento da dependência do tabaco incorporado aos currículos das Universidades farmácia	não
44. Acessibilidade e disponibilidade de produtos farmacêuticos facilitado (venda de medicamentos apenas com receita médica)	não
45. Onde e como os produtos farmacêuticos são adquiridos legalmente	SUS e drogarias em geral
46. Terapia de reposição de nicotina disponível	sim
47. Tratamento com Bupropiona disponível	sim

48. Tratamento com Vareniclina disponível	sim
49. Tratamento com outros produtos farmacêuticos disponíveis	não
50. Custos da terapêutica de substituição da nicotina abrangidos pelo financiamento público	Sim, total
51. Custos de Bupropiona abrangidos pelo financiamento público	Sim, total
52. Custos com Vareniclina abrangidos pelo financiamento	Sim, total
53. Tratamento com outros produtos farmacêuticos abrangidos pelo financiamento público	não respondeu
54. Progressos efetuados na aplicação do artigo 14. °	Atualização do protocolo de TRN
55. Uso das diretrizes do artigo 14	sim
56. Informações complementares relativas à dependência e cessação do tabaco	não respondeu

*Nota.* TRN = Terapia de Reposição nicotínica. Fonte: Adaptado de: "Relatório de Progresso Global 2018 da Convenção-quadro para Controle do Tabaco". Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS.

A Tabela 1 mostra que das 56 medidas sugeridas pela Organização Mundial da Saúde através da CQCT, o Brasil refere executar 29 medidas (51,78%). O apoio à cessação tabágica oferecido pelo SUS segue os protocolos do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), do INCA/Ministério da Saúde, inspirado nas diretrizes da CQCT, desenvolvendo um trabalho técnico baseado em evidências. Os programas educativos de prevenção do tabagismo, incentivo à cessação tabágica, de diagnóstico e tratamento do PNCT fazem parte da política nacional de saúde e do sistema nacional de saúde (MS) que, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), amplia essa assistência através das redes de ensino.

A oferta de diagnóstico e tratamento ocorre na atenção primária (Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde), atenção secundária (Hospitais-gerais) e instituições de ensino superior (Ambulatórios ou Hospitais Universitários) em que diversos profissionais de saúde são capacitados (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, educadores físicos, assistentes sociais entre outros) para o aconselhamento e /ou terapia cognitivo-comportamental, e os médicos prescrevem as medicações gratuitamente oferecidas (TRN, Vareniclina, Bupropiona) sempre que necessário.

Os programas de prevenção do tabagismo e incentivo a parar de fumar nas escolas ocorre através do Programa "Saber Saúde" / Escola Livre de cigarro, destinado a alunos, professores e funcionários. Nas Unidades de Saúde e Hospitais a intervenção ocorre através do Programa "Saúde e Coerência" / Unidade Livre de Cigarro (Cumprimento do Artigo 49 da Lei nº 12.546/2011 e Decreto nº 8.262/2011).

As campanhas na mídia de prevenção do tabagismo e incentivo a parar de fumar são pontuais e acontecem à época do Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio) e Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto). Os Estados e Municípios executam atividades locais diversas para mobilizar a comunidade e informá-los sobre os malefícios do tabaco e atualidades do tema, com o incentivo e apoio do INCA/MS.

A linha telefônica gratuita, além de prestar aconselhamento por profissional capacitado, tira dúvidas sobre o tabagismo e informa a oferta de tratamento do SUS mais próxima do usuário. Colabora com aqueles que não se sentem a vontade de conversar pessoalmente com um profissional ou que precisam de um apoio complementar ao tratamento presencial.

Dentre as 20 medidas não implementadas no país segundo o relatório (35,71%) é citada a ausência de ações específicas para as mulheres (adolescentes, adultas jovens, grávidas), o que de fato também não foi encontrado na literatura. Porém esse público não está ausente de acesso aos programas e atividades educativas, bem como tratamentos, que são garantidos à população em geral pelas atividades desenvolvidas nas escolas, universidades, unidades de saúde, hospitais e ambientes de trabalho.

Outra medida referida como não implementada é a oferta de programas de cessação tabágica para trabalhadores em seu ambiente de trabalho. Entretanto, o PNCT dispõe do programa “Prevenção Sempre” /Ambiente de trabalho livre de cigarro, que auxilia e assessora as empresas e instituições que manifestam o desejo em implementar ações de prevenção e controle do tabagismo aos seus funcionários (programas educativos e de tratamento no local ou referenciado a uma instituição de saúde).

A ausência da incorporação do tema tabagismo e do tratamento deste nos currículos das graduações em medicina, enfermagem, odontologia e farmácia também foi citado como não implantado. Porém, segundo Liz Almeida, colaboradora do INCA, a instituição pretende conscientizar e incentivar os reitores das universidades a promover tais mudanças. Tal iniciativa surgiu após pesquisa coordenada pela mesma, em 52 universidades, constatar que os alunos da área de saúde possuem conhecimento deficitário sobre o tabagismo e o seu tratamento (Revista *Pharmácia Brasileira*, julho/agosto de 2009).

Outra importante medida não implementada é a criação de centros especializados de diagnóstico e tratamento exclusivo ao consumidor do tabaco, o que geraria uma maior acessibilidade e qualidade da assistência. Entretanto apesar de não existir esse serviço exclusivo, o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS) do SUS que trata dos alcoólicos e

dependentes de drogas ilícitas, tem oferecido este tratamento aos usuários do tabaco com dependência mais acentuada em vários municípios (MS, 2018).

Sobre a oferta de programas para promover a cessação em ambientes desportivos, na literatura consultada não foi encontrada nenhuma ação do PNCT (INCA/MS) com esse propósito.

O relatório refere ainda que não ocorre aconselhamento por trabalhador comunitário, sendo que o MS também disponibiliza aos estados e municípios material e apoio para capacitar os Agentes Comunitários de Saúde e o enfermeiro da equipe é o responsável pelo seu treinamento. O INCA (2015b) recomenda que os ACS devem fazer a busca ativa dos tabagistas da comunidade, aconselhá-los e referenciá-los ao tratamento mais próximo em sua cidade. Também não confere o fato de que apenas médicos, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos e educadores físicos prestam o aconselhamento, tendo em vista que psicólogos e outras profissões são incentivadas a participar das capacitações e prestar este serviço. (INCA, 2016b).

Outras atividades que são oferecidos pelo SUS aos tabagistas principalmente nas Unidades de Saúde, as “Práticas Integrativas e Complementares” e a “Academia da Saúde” poderiam ter sido citadas no item “Outros programas para promover a cessação tabágica”, uma vez que, constituem uma inovação recente na Política Nacional de Saúde (Portarias nº2.681/MS de 07/11/13 e nº 971/MS de 03/05/2006), com adesão em grande número de municípios brasileiros, e vem acrescentando atividades lúdicas e de relaxamento que complementam de forma satisfatória ao tratamento tradicional.

As 7 medidas que não foram respondidas (12,5%) referem-se à oferta de diagnóstico e tratamento para cessação tabágica em centros especializados, terciários e de reabilitação, bem como o financiamento dos mesmos pelo governo, além de questionar a implantação de outros programas de cessação tabágica ou outros locais (novas ofertas).

A Tabela 2 traz o resultado de outra fonte consultada, o Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco de 2017(o mais atual) que divulga o pacote das 6 medidas *MPOWER* realizadas pelos países. É apresentado apenas o resultado da medida *Offer* que trata do apoio à cessação tabágica.

**Tabela 21.** Medidas de apoio à cessação tabágica do Pacote *MPOWER* 2017 (*Offer measures*) no Brasil.

Linha telefônica de apoio	Existe uma linha telefônica gratuita de ajuda ao tabagista com uma pessoa ao vivo disponível para discutir a cessação com os chamadores no Brasil?	sim
Terapia de Reposição Nicotínica (TRN)	Este produto é vendido legalmente no país?	sim
	Existe alguma TRN na lista de medicamentos essenciais do país?	sim
	O seguro nacional/federal de saúde ou o serviço nacional de saúde cobrem o custo deste produto?	sim, total.
	Onde e como este produto pode ser comprado legalmente no seu país?	Farmácias sem prescrição
Bupropiona	Este produto é vendido legalmente no país?	sim
	O seguro nacional/federal de saúde ou o serviço nacional de saúde cobrem o custo deste produto?	sim, total.
	Onde e como este produto pode ser comprado legalmente no seu país?	Farmácias sem prescrição
Vareniclina	Este produto é vendido legalmente no país?	não
	Onde e como este produto pode ser comprado legalmente no seu país?	NR
	O seguro nacional/federal de saúde ou o serviço nacional de saúde cobrem o custo deste produto?	NR
O apoio à cessação tabágica está disponível nos seguintes locais do seu país?	Clínicas de saúde ou outras unidades de cuidados primários	sim em algumas
	Hospitais	sim em alguns
	Na comunidade	sim em alguns
	outros	não
O seguro de saúde nacional/federal ou o serviço nacional de saúde cobrem o custo deste apoio?	Clínicas de saúde ou outras unidades de cuidados primários	sim, total.
	Hospitais	sim, total.
	Na comunidade	não
	outros	não

Fonte: Adaptado de "Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2017 perfil do país: Brasil" Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS.

Os resultados apresentados reforçam o bom desempenho do Brasil no apoio à cessação tabágica, na medida em que executa a maioria das medidas sugeridas. Segundo a OMS as medidas *MPOWER*, quando executadas, são as que mais colaboram para a cessação tabágica comprovado por estudos baseados em evidências (OMS, 2008).

## Parte B

Para responder à questão “b” do estudo, “Em que medida a população conhece, recorre e se manifesta acerca do apoio à cessação tabágica praticado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro”, apresenta-se a seguir o produto do questionário estruturado aplicado conforme descrito na seção da metodologia.

**Tabela 22** – Dados pessoais *vs* classificação tabágica.

Dados pessoais	(V6) Classificação tabágica
(V1) Faixa etária	p=0,001
(V2) Escolaridade	-
(V3) Ocupação	p= 0,001
(V4) Região que reside	-
(V5) Sexo	-

*Nota.* V= variável e p= resultado do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson. O símbolo (-) foi utilizado na situação em que a relação entre as duas variáveis não são estatisticamente significativas, onde  $p \leq 0,05$ . Fonte: criação própria.

Ao cruzar V1 *vs* V6 observou-se um maior hábito tabágico numa fase adulta mais avançada, na faixa etária de 46-60 anos (3,4%) e de 36-45 anos (2,4%). Os ex fumantes estão na faixa dos 46-60 anos (7,2%) e na faixa > 60 anos (4,3%), dessa forma conclui-se que a cessação tabágica tem ocorrido mais entre as pessoas conforme a idade avança.

Entre as variáveis V3 *vs* V6 observou-se que os trabalhadores em geral (empregados e autônomos) são os mais propensos ao tabagismo (6,7%).

**Tabela 23-** Dados pessoais e classificação tabágica *vs* outras variáveis relacionadas aos não fumantes, fumantes e ex fumantes.

Dados pessoais e classificação tabágica	(V7) Conhece as medidas de apoio à cessação tabágica do SUS	(V8) Conhece a mídia em massa de apoio à cessação tabágica	(V9) Conhece alguém que parou de fumar com tratamento do SUS	(V10) Conhece a oferta de tratamento de cessação tabágica na sua cidade	(V11) Foi questionado se fuma por algum profissional de saúde	(V12) Na visita domiciliar do ACS foi questionado se fuma
(V1)	-	p=0,031	p=0,001	p=0,000	p=0,016	p=0,028

Faixa etária						
(V2) Nível escolar	-	p=0,001	-	-	p=0,000	p=0,000
(V3) Ocupação	-	-	p=0,011	p=0,010	p=0,019	-
(V4) Região em que reside	-	-	-	-	p=0,009	p=0,010
(V5) Sexo	-	-	-	-	-	-
(V6) Hábito tabágico	p=0,018	-	p=0,028	-	-	-

*Nota.* V= variável, p= resultado do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson e ACS= Agente Comunitário de Saúde. O símbolo (-) foi utilizado na situação em que a relação entre as duas variáveis não são estatisticamente significativas onde  $p \leq 0,05$ . Fonte: criação própria.

Entre V7 vs V6 constatou-se que a medida de apoio à cessação tabágica mais conhecida são as campanhas educativas na mídia em geral, inclusive entre os 3 grupos (não fumantes, fumantes e ex fumantes) representando 45,2% dos resultados. As medidas de apoio à cessação tabágica com maior cobertura nacional como as linhas telefônicas gratuitas (2,9%) e os tratamentos nas Unidades de Saúde da Família (14,9%) ainda são pouco conhecidas da população estudada.

Ao analisar as variáveis V8 vs V1 a maioria dos participantes (40,9%) referem não ter assistido, no último ano, a nenhuma campanha educativa com incentivo a parar de fumar (TV, rádio ou internet), principalmente os das faixas etárias de 36-45 anos (14,4%) e de 46-60 anos (15,4%). Entre V8 vs V2 constatou-se que os participantes com maior escolaridade (nível superior completo (13%) e pós-graduados (11,1%) foram os que mais citaram não haver campanhas de apoio à cessação tabágica na mídia em massa no último ano. A divulgação das medidas de apoio à cessação tabágica como o tratamento e onde encontrar foi o menos citado pelos entrevistados (2,9%).

Entre as variáveis V9 vs V1 observou-se que a faixa etária dos 46-60 anos é a que mais conhece pessoas que pararam de fumar com o tratamento do SUS (5,8%). Entre a V9 vs V3 averiguou-se que são os trabalhadores (empregados) que mais conhecem alguém que parou de fumar pelo tratamento do SUS (5,3%). Entretanto, a maioria dos participantes referem não

conhecer ninguém que participou deste tratamento (88,0%) o que pode referir uma baixa procura por falta de conhecimento.

Em relação as variáveis V10 vs V1, a faixa etária dos 46-60 anos (9,6%) foi a que mais fez menção a conhecer pelo menos um estabelecimento em sua cidade que oferece o tratamento de apoio à cessação tabágica pelo SUS. Entre a V10 vs V3, os trabalhadores empregados (13,9%) são os que mais tem conhecimento de pelo menos um local que oferece o tratamento do SUS. De um modo geral, a maioria dos participantes (68,8%) apontou não ter conhecimento se há ou não tratamento para cessação tabágica do SUS em sua cidade.

A maioria dos participantes (68,8%) relatou ter sido interrogada por profissional de saúde sobre ter sido fumante. Quanto aos que referem não ter sido questionados em V11 vs V1 vê-se que, a maioria são da faixa etária de 36-45 (6,3%) e V11 vs V2, a maioria tem nível superior completo (7,2%). Entre V11 vs V3, são os trabalhadores empregados (7,7%) e autônomos (8,2%) que mais referem não ter sido questionado e entre V11 vs V4 a maioria dos não questionados são da região Nordeste.

A maioria dos participantes (53,8%) informou não receber visita do ACS, conseqüentemente, não sendo questionado sobre o hábito tabágico. Dentre os que foram questionados, V12 vs V1 refere que a faixa etária de 46-60 anos foi a mais questionada na visita do ACS (8,2%). Entre V12 vs V2, os participantes de nível superior completo foram os mais questionados pelo ACS sobre o hábito tabágico da família (8,7%) e entre V12 vs V4 a região Nordeste foi a mais frequente (11,5%).

**Tabela 24-** Dados pessoais e classificação tabágica vs outras variáveis relacionadas aos fumantes e ex fumantes.

Dados pessoais e classificação tabágica	(V13) Se alguém da família fuma, foi aconselhado a parar de fumar pelo ACS?	(V14) Produto derivado do tabaco utilizado	(V15) Tempo de consumo de produto derivado do tabaco	(V16) Idade que começou a fumar	(V17) Se fumante, foi aconselhado a parar de fumar por algum profissional de saúde?	(V18) Se parou de fumar como ocorreu
(V1) Faixa etária	-	p=0,002	p=0,000	p=0,001	p=0,010	p=0,000
(V2) Escolaridade	p=0,041	p=0,000	-	-	p=0,000	-

(V3) Ocupação	p=0,018	-	-	p=0,046	-	p=0,001
(V4) Região que reside	-	p=0,000	-	-	-	-
(V5) Sexo	-	-	-	-	-	-
(V6) Hábito tabágico	-	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000

*Nota.* V= variável, p= resultado do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson e ACS= Agente Comunitário de Saúde. O símbolo (-) foi utilizado na situação em que a relação entre as duas variáveis não são estatisticamente significativas onde  $p \leq 0,05$ . Fonte: criação própria.

Apesar da maioria dos participantes relatar não ter fumantes na família (41,8%), dos que possuem, a maioria (37,5%) não recebeu aconselhamento do ACS para parar de fumar. Entre V13 vs V2 os participantes pós-graduados em sua maioria referem que o ACS não aconselhou o fumante de sua família a parar de fumar (15,4%). V13 vs V3 revelou que os trabalhadores (empregados) em sua maioria não receberam aconselhamento para parar de fumar pelo ACS (18,3%).

O cigarro ou cigarrilha é expressivamente o produto derivado do tabaco mais consumido pelos participantes (19,2%). Em V14 vs V1 observa-se que a faixa etária de 46-60 ainda refere um pequeno consumo de charuto (0,5%) e a faixa de 26-35 anos de cigarro de palha (0,5%). V 14 vs V2 revela um pequeno consumo de charuto no nível fundamental completo (0,5%) e consumo de cigarro de palha no nível superior (0,5%). V14 vs V4 mostra algum consumo de cigarro de palha na região centro-oeste (0,5%) e de charuto na região Nordeste (0,5%). V14 vs V6 revela que ex fumantes consumiram apenas cigarro (12,5%) e os fumantes consomem além dos cigarros (5,8%), charutos (0,5%) ou cigarro de palha (0,5%).

V15 vs V6 mostra que os fumantes são os que fumam há mais tempo, + 20 anos (3,4%), e os ex fumantes fumaram por 11-20 anos (7,2%). Entre V15 vs V1 verifica-se que, quanto maior a idade do fumante mais tempo tem de consumo. Os resultados assim se expressam: 3,4% na faixa etária de 36-45 anos e 3,8 na faixa etária de 46-60 anos, ou seja, os indivíduos nessas faixas etárias fumam há 11-20 anos e a faixa etária dos 46-60 anos possui o maior índice de fumantes a + 20 anos (5,8%).

A maioria dos participantes (14,4%) iniciaram o tabagismo entre 15-25 anos. Ao analisar V16 vs V1, verifica-se que a faixa etária > 60 anos foi a que iniciou a fumar mais cedo com -15 anos (1,9%). Entre V16 vs V3 os trabalhadores empregados (1,4%) e aposentados (1,4%) começaram a fumar mais cedo (-15 anos) e entre V16 vs V6 os ex fumantes (2,9%) iniciaram a fumar mais cedo que os fumantes (1,0%).

Entre V17 vs V6 a maioria dos fumantes e ex fumantes (9,1%) referem nunca ter sido aconselhado a parar de fumar por profissionais de saúde. Dentre os que receberam o aconselhamento, V17 vs V1 a faixa etária dos 46-60 anos foi a mais frequente (5,8%). Entre as variáveis V17 vs V2 os pós-graduados foram os que mais referiram ter recebido o aconselhamento (3,4%).

A variável V18 revelou que a maioria dos participantes (13,9%) que parou de fumar procedeu por conta própria, ou seja, sem nenhum tipo de tratamento especializado com ou sem o apoio medicamentoso. Entre as variáveis V18 vs V1 constata-se que a faixa etária > 60 anos fez uso de algum tratamento, neste caso o particular (0,5%), e V18 vs V3 confirma essa informação, verificou-se que apenas um aposentado mencionou ter feito o tratamento particular (0,5%). V18 vs V6 confirma que os ex fumantes em sua maioria (13,5%) pararam de fumar sem a ajuda de tratamentos. O tratamento público para cessação tabágica não foi mencionado por nenhum ex fumante.

**Tabela 25** - Dados pessoais e classificação tabágica vs outras variáveis relacionadas aos fumantes – relações estatisticamente significativas.

	(V19) Se tem vontade de fumar logo que acorda	(V20) Desejo em parar de fumar	(V21) Tentativa em parar de fumar nos últimos 12 meses	(V22) Se fez tentativa de parar de fumar pelo SUS qual a sua avaliação?	(V23) Motivação em participar do tratamento do SUS ao saber que é eficaz e utilizado mundialmente	(V24) Medida de apoio à cessação tabágica que considera importante e gostaria de participar
Dados pessoais e classificação tabágica						
(V1) Faixa etária	-	-	-	p=0,000	-	-

(V2) Escolaridade	-	p=0,000	-	-	-	-
(V3) Ocupação	-	-		p=0,004	-	-
(V4) Região que reside	p=0,006	-	p=0,044	-	-	-
(V5) Sexo	-	-	-	p=0,034	-	-
(V6) Hábito tabágico	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,000

Nota. V= variável, p= resultado do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson e ACS= Agente Comunitário de Saúde. O símbolo (-) foi utilizado na situação em que a relação entre as duas variáveis não são estatisticamente significativas onde  $p \leq 0,05$ .

Em se tratando dos participantes fumantes, o cruzamento das variáveis V19 vs V4 mostrou que os moradores da região Nordeste são mais propensos a fumar logo que acorda (3,4%) e V19 vs V6 mostrou que a maioria dos fumantes (4,8%) deseja fumar logo que acorda, nos primeiros 30 minutos do dia, o que confere uma maior dependência química do tabaco.

Entre as variáveis V20 vs V2 observa-se que os mais escolarizados, com nível superior incompleto (1,9%), nível superior completo (1,9%) e pós-graduados (1,4%) são os que mais desejam parar de fumar e os menos escolarizados, com fundamental completo (0,5%), mencionam não desejar parar de fumar. Entre V20 vs V6 confirma-se que a maioria dos fumantes desejam parar de fumar (6,3%).

A maioria dos participantes tabagistas fez pelo menos uma tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses (5,3%). As variáveis V21 vs V4 referem que a região Sul não apresentou caso de tentativa em parar de fumar nos últimos 12 meses. A região Sul do país é a que apresenta, de fato, o maior índice de tabagismo.

A variável V22 refere-se à avaliação do tratamento do SUS por quem participou do mesmo e não obteve nenhuma avaliação (bom, ótimo, regular ou péssimo) pelo fato de ninguém ter referido participar. Os resultados foram 19,2% não fizeram tratamento pelo SUS e 80,8% não responderam à questão. Portanto não se faz necessário avaliar o cruzamento entre as demais variáveis.

A variável V23 vs V6 que avalia a motivação do fumante em participar do tratamento do SUS ao saber que ele é eficaz e segue padrões internacionais sugerido pela OMS revela que a maioria dos fumantes (4,3%) desejaria participar do mesmo.

Já a variável V24 *vs* V6, ao demonstrar as opções das medidas de apoio à cessação tabágica ofertadas pelo SUS, revela que a maioria dos fumantes desejam participar, principalmente do tratamento da Terapia Cognitivo-comportamental (4,3%) e das Terapias Integrativas Complementares (atividades alternativas) como Yoga entre outras (2,9%).

**Tabela 26.** Outros cruzamentos de variáveis estatisticamente significativas

<p>V12 <i>vs</i> V13</p> <p>Se na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde foi questionado se fuma <i>vs</i> se alguém da família fuma, foi aconselhado a parar de fumar pelo Agente Comunitário de Saúde? (p= 0,001)</p>	<p>V11 <i>vs</i> V12</p> <p>Se já foi questionado se fuma por algum profissional de saúde <i>vs</i> se na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde foi questionado se fuma. (p=0,001)</p>	<p>V20 <i>vs</i> V23</p> <p>Desejo em parar de fumar <i>vs</i> motivação em participar do tratamento do SUS ao saber que é eficaz e utilizado mundialmente. (p=0,00)</p>
<p>V13 <i>vs</i> V17</p> <p>Se alguém da família fuma, foi aconselhado a parar de fumar pelo Agente Comunitário de Saúde? <i>vs</i> se fumante, foi aconselhado a parar de fumar por algum profissional de saúde? (p = 0,001)</p>	<p>V19 <i>vs</i> V20</p> <p>Se tem vontade de fumar logo que acorda <i>vs</i> desejo em parar de fumar. (p=0,001)</p>	<p>V15 <i>vs</i> V20</p> <p>Tempo de consumo de produto derivado do tabaco <i>vs</i> desejo em parar de fumar. (p= 0,00)</p>
<p>V20 <i>vs</i> V21</p> <p>Desejo em parar de fumar <i>vs</i> tentativa em parar de fumar nos últimos 12 meses. (p= 0,001)</p>	<p>V19 <i>vs</i> V21</p> <p>Se tem vontade de fumar logo que acorda <i>vs</i> tentativa em parar de fumar nos últimos 12 meses. (p=0,01)</p>	<p>V15 <i>vs</i> V21</p> <p>Tempo de consumo de produto derivado do tabaco <i>vs</i> tentativa em parar de fumar nos últimos 12 meses. (p=0,00)</p>
<p>V9 <i>vs</i> V18</p> <p>Conhece alguém que parou de fumar com tratamento do SUS <i>vs</i> se parou de fumar como ocorreu? (p=0,003)</p>	<p>V15 <i>vs</i> V23</p> <p>Tempo de consumo de produto derivado do tabaco <i>vs</i> motivação em participar do tratamento do SUS ao saber que é eficaz e utilizado mundialmente. (p=0,01)</p>	<p>V15 <i>vs</i> V24</p> <p>Tempo de consumo de produto derivado do tabaco <i>vs</i> medida de apoio à cessação tabágica que considera importante e gostaria de participar. (p=0,00)</p>

Nota. V= variável, *vs* = versus, p= resultado do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson. Fonte: Criação própria.

Ao cruzarmos V13 vs V17 confirma-se que a maioria dos participantes fumantes não foi aconselhada a parar de fumar, nem pelo profissional de saúde, nem pelo ACS (6,3%).

Ao cruzar V12 vs V13, observa-se novamente que a maioria dos participantes não recebe a visita do ACS, porém das famílias que receberam a visita e foram questionadas pelo ACS se fumavam, a maioria foi prontamente aconselhada a parar de fumar pelo mesmo (5,8%).

Entre V11 vs V17, verifica-se que o mesmo ocorreu entre os profissionais de saúde, ou seja, dos pacientes fumantes que foram questionados se fumavam, foram prontamente aconselhados a parar de fumar (8,2%).

Já entre V11 vs V12 dos que afirmaram terem sido questionados pelo profissional de saúde se fumavam, 16,3% afirmaram que o ACS também o questionou e 16,3% afirmaram que não foram questionados pelo ACS.

As variáveis V20 vs V21 confirmam que os fumantes que desejam parar de fumar são os que mais fazem tentativas para parar de fumar recentemente, nos últimos 12 meses (5,3%).

A V19 vs V20 mostra que as pessoas que tem vontade de fumar logo que acordam (primeiros 30 minutos) são as que mais desejam parar de fumar (4,8%). V 19 vs V21 refere que essas pessoas também são as que mais fizeram tentativas em parar de fumar nos últimos 12 meses (4,3%).

V7 vs V18 mostra que a maioria dos participantes parou de fumar por conta própria por só conhecer campanhas educativas de mídia em massa como apoio à cessação tabágica (8,7%).

V20 vs V23 refere que a maioria que deseja parar de fumar (3,8%) está motivado a participar do tratamento do SUS ao tomar conhecimento deste.

V15 vs V20 mostra que os que consomem produtos derivados do tabaco a mais tempo (+ 20 anos) são os que mais desejam parar de fumar (3,4%), e V15 vs V21 reforça que estes são os que mais tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses (2,9%). De acordo com V15 vs V23 os fumantes com + 20 anos de consumo são ainda os mais motivados a participar do tratamento do SUS e segundo V15 vs V24 os que mais apontaram desejar participar do tratamento com medicamentos (4,3%) e das terapias alternativas (2,9%).

Os resultados mostraram que o cigarro é o produto de tabaco mais consumido pela população brasileira (19,2%). A iniciação tabágica ocorre na faixa dos 15-25 anos (14,4%), os trabalhadores em geral são os que mais fumam (6,7%) e pertencem a faixa dos 46-60 anos (3,4%).

As campanhas educativas na mídia em geral é a medida mais conhecida da população brasileira (45,2%), entretanto, a maioria refere não ter assistido no último ano (40,9%), e apenas

2,9% referiram ter assistido alguma divulgação da oferta de tratamento do SUS e onde encontrar. O tratamento do tabagismo ainda é pouco conhecido da população, principalmente quando oferecido pelas universidades (1,9%). As atividades de apoio complementar como Academia da Saúde (1,4%) e as Terapias Integrativas Complementares (atividades alternativas) (1,0%) são as medidas de apoio à cessação tabágica menos conhecidas. Esse fato se confirma quando 68,0% dos participantes referem não ter conhecimento se em sua cidade há alguma dessas ofertas de apoio à cessação tabágica e não conhecer ninguém que parou de fumar com o tratamento do SUS (88%). Outro fato importante é que a maioria dos ex fumantes pararam de fumar por conta própria (13,8%), e uma das razões pode ser a falta de conhecimento sobre a oferta ou a ausência desta. A falta ou o pouco conhecimento das medidas de apoio à cessação tabágica configurou-se, portanto, num resultado negativo.

A manifestação em parar de fumar e participar das medidas oferecidas pelo SUS foi bastante positiva. Os fumantes desejam parar de fumar (6,3%), fumam há + 20 anos (3,4%), fizeram tentativa de parar no último ano (5,3%), possuem nível superior completo ou incompleto (1,9%) e fumam logo nos primeiros 30 minutos (4,8%), o que confere uma dependência alta, portanto, uma maior necessidade de tratamento especializado. Os fumantes ao tomarem conhecimento das medidas de apoio ao tabagismo oferecido pelo SUS desejam participar (3,8%) e interessam-se pelo tratamento de Terapia Cognitivo-comportamental + medicamentos (4,3%) e as Terapias Integrativas Complementares (atividades alternativas) como complemento (2,9%). No entanto sobre atuação dos profissionais de saúde e ACS manifestaram-se negativamente ao referir a falta de questionamento pelos profissionais de saúde e ACS sobre o hábito tabágico (6,8%) e a falta de aconselhamento retratada pelos fumantes e ex fumantes (9,1%).

## **12. Discussão**

A Convenção-Quadro para Controle do Tabaco representa um divisor de águas na prevenção e controle do tabagismo mundial. O Brasil já se destacava internacionalmente na década de 80 pelos bons resultados de prevenção e controle do tabagismo mas, foi após a adesão e ratificação à CQCT, que ocorreu o aprimoramento das estratégias e ações, coordenadas pelo PNCT do INCA/MS, que possibilitou reduções significativas na prevalência do tabagismo (8º lugar do ranking mundial dos melhores resultados) (Reitsma, M.B. *et al*, 2017). Na mesma direção, o estudo de Gravelly, S. *et al* (2017) menciona que a adoção das principais medidas do tratado da CGCT contribuiu significativamente para a redução dos índices tabágicos.

Nos resultados do presente estudo, ao comparar a literatura vigente e os documentos enviados à OMS pelo INCA/MS, o Relatório de Progresso Global 2018 e Pacote *MPOWER* 2017, foi possível caracterizar o apoio à cessação tabágica na política de saúde brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). Verificou-se que o Brasil implantou grande parte das medidas do artigo nº14 sugeridas pela CQCT nos dois relatórios. As medidas são executadas de forma abrangente (parcerias com vários ministérios através da CONICQ), baseada em evidências (produz diversos estudos, relatórios técnicos e pesquisas de âmbito nacional e padrão internacional) e de forma descentralizada (através do Sistema Único de Saúde/MS). Para caracterizar o apoio à cessação tabágica na política de saúde brasileira em consonância com a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT),

Observou-se inclusive que o PNCT executa mais medidas do que citou nos relatórios referidos. O Brasil referiu implantar 29 medidas (52%) do Relatório de Progresso Global 2018, num total de 56, no entanto, identificou-se 34 medidas implantadas (61%). Tal resultado se aproxima do descrito no estudo de Portes, L.H. e Machado, C.V. (2015) que ao avaliar a implantação de todos os artigos da CQCT, com base apenas nas medidas-chave (22) do mesmo relatório da OMS, classificou o Brasil com um avançado grau de implantação (70%). No relatório Pacote *MPOWER* 2017, verificou-se que o Brasil executa 68,5% das medidas *OFFER* (13 medidas do total de 19).

Além da quantidade de medidas adotadas, a qualidade da implantação das medidas da CQCT no Brasil é comprovada. Conforme Blanco, A. *et al* (2017) o Brasil está entre os 6 países do continente americano (dos 30 que são Estados Partes da CQCT) que conseguiram implantar 4 das 6 medidas *MPOWER* em seu mais alto nível.

No entanto, a implantação dessas medidas nem sempre ocorre de forma homogênea em todo país, o que fere os princípios da equidade, integralidade e universalidade do SUS (Lei 8.080 de 1990). O tratamento do tabagismo com medicamento gratuito, considerada uma das principais medidas do artigo nº 14 e das medidas *MPOWER*, apesar do progressivo crescimento da oferta desde sua implantação em 2004 (76 municípios em 2005 para 2.560 municípios em 2016), ainda não é ofertado em todos os municípios do país (INCA, 2018b; INCA, 2009). As regiões Sudeste (54,3%) e Sul (53,3%) apresentam o maior número de oferta de tratamento em Unidades de Saúde (OMS, 2016).

Este estudo, também teve como objetivo saber em que medida a população conhece, recorre e se manifesta em relação ao apoio à cessação tabágica no país. Verificou-se nas

entrevistas realizadas que a medida de apoio à cessação tabágica mais conhecida pela população são as campanhas educativas de mídia em massa (45,2%). De acordo com a PNS 2013, as campanhas sobre os riscos decorrentes do hábito de fumar para a saúde ou que estimulem a parar de fumar foram observadas por 52,1% da população em jornais, revistas TV ou rádio. A região Sul foi a que mais observou (60,9%) (IBGE, 2014).

No entanto, quando se trata do conhecimento acerca da oferta de tratamento nos serviços de saúde, na população estudada, poucos referem já ter assistido alguma divulgação da oferta de tratamento do SUS e qual a localização do serviço (2,9%). Tal situação reflete um conhecimento deficitário: apenas 1,9% conhece a oferta em hospitais universitários, 5,3% em hospitais-gerais, 6,3% em CAPS e 14,9% em Unidades de Saúde. As linhas telefônicas gratuitas, que funcionam em todo país e também divulgam os locais que ofertam o tratamento do tabagismo em cada cidade, também são pouco conhecidas da população (2,9%). No total, 68,8% dos entrevistados apontou não ter conhecimento se há ou não tratamento para cessação tabágica do SUS em sua cidade.

Contudo, alguns locais que ofertam o tratamento do tabagismo percebem a necessidade de planejar a divulgação da oferta do tratamento. O estudo realizado por Lopes, F.M., *et al* (2014) enfatiza a importância da estratégia de divulgação para recrutar os tabagistas ao tratamento e que esta estratégia causa impacto direto na efetividade do tratamento tanto quanto a abordagem, a modalidade do tratamento e o perfil tabágico do paciente.

A maioria dos entrevistados não conhece ninguém que fez o tratamento e parou de fumar com o apoio do SUS (88%). Entretanto a cada ano observa-se um aumento progressivo na procura do tratamento do SUS (17.489 em 2005 para 309.393 em 2016) (INCA, 2018b). De acordo com a PNS 2013, das pessoas que tentaram parar de fumar, 73,1% conseguiram tratamento com profissional de saúde para parar de fumar nos últimos 12 meses. (IBGE, 2014).

A maioria dos entrevistados parou de fumar por conta própria (13,8%), e o motivo alegado foi conhecer somente campanhas educativas de mídia em massa como apoio à cessação tabágica (8,7%). Sardinha, A., *et al.*, (2005) citam que a maioria dos tabagistas tentam parar de fumar por conta própria, ocorrendo baixo índice de cessação, assim como Cardoso D.B., *et al.*, (2010) citam que apenas 5% das pessoas que tentam parar de fumar por conta própria conseguem êxito, reforçando a importância do apoio especializado para uma cessação tabágica definitiva. Azevedo, R.C.S *et al* (2009) cita uma cessação tabágica de 62% em pacientes tratados em Hospital Universitário e Santos, J.D.P., *et al.* (2012) observaram uma intensa relação entre uso de

medicamento e sucesso na cessação em 60% dos pacientes tratados, nas Unidades de Saúde de 60 municípios de Minas Gerais.

O cigarro é o produto de tabaco mais consumido pela população brasileira (19,2%), conforme resultado obtido. O mesmo resultado foi constatado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, em que a maioria da população referiu utilizar o cigarro industrializado (14,5%) (IBGE, 2014). A iniciação tabágica ocorre na faixa dos 15-25 anos (14,4%), o que vai de encontro com a pesquisa PETab 2011 (INCA, 2011b) que referiu a iniciação tabágica da população brasileira predominante entre 17-19 anos. No estudo de Azevedo, R.C.S *et al* (2009) 65,2% dos tabagistas começaram a fumar antes dos 15 anos.

A maioria dos tabagistas pertence a faixa dos 46-60 anos (3,4%), em conformidade com a PNS 2013, que mostra a maioria dos tabagistas 19,4% pertencendo a faixa dos 40-59 anos (IBGE, 2014). Na pesquisa Vigitel 2016, a maioria dos tabagistas, 13,5%, pertence a faixa etária entre 55-64 anos (INCA, 2017). Os trabalhadores em geral aparecem como os que mais fumam (6,7%), dado que se mostra dissonante em relação com o PNS 2013, que informa que, 17,4% dos tabagistas não possuem ocupação (nem estuda e nem trabalha), 15,2% possuem ocupação (estuda ou trabalha), e 13,5% estão fora da força de trabalho (não trabalham) (IBGE, 2016). Neste estudo as variáveis: sexo, escolaridade e região não obtiveram relação estatística significativa no tocante à classificação tabágica.

A maioria dos fumantes entrevistados deseja parar de fumar (6,3%), o que se assemelha a abordagem feita no estudo de Sardinha, A., *et al.*, (2005) que, citando o MS, refere que 80% dos fumantes em todo mundo desejam parar de fumar, e de Azevedo, R.C.S. *et al* (2009), que referiu 76% dos tabagistas com desejo de cessação. A faixa etária de 46-60 anos foi a que mais parou de fumar (7,2%) seguido dos > 60 anos, dados que se assemelham com a PNS 2013, que refere que os brasileiros deixam de fumar conforme a idade avança (31,1%) (IBGE 2014) e contradizem a pesquisa PETab 2011, que refere que ocorre entre os mais jovens (48%) a maior taxa de cessação tabágica (INCA, 2011b)

Outra constatação foi a de que os tabagistas fumam há + 20 anos (3,4%). Para Azevedo, R.C.S. *et al* (2009) o tempo de uso do tabaco pelos fumantes em seu estudo foi ainda maior, + de 30 anos (63,8%). Os mais escolarizados, com nível superior completo (1,9%) e nível superior incompleto (1,9%), são os que mais desejam parar de fumar, fato que justifica a maioria dos tabagistas ter pouca ou nenhuma escolaridade (20,2%) (IBGE, 2016) e as pessoas. A região sul foi a única que não apresentou tentativas para parar de fumar, contradizendo a pesquisa PETab

que averiguou ser a Região Sul a que a população mais fez tentativas para parar de fumar nos últimos 12 meses (19%) (INCA, 2011b).

A maioria dos tabagistas fez alguma tentativa de parar no último ano (5,3%), o que se assemelha ao resultado do PNS 2013, em que a maioria dos tabagistas e ex tabagistas (menos de 12 meses) (51,1%) fez tentativa de parar no mesmo período (IBGE, 2014). Averiguou-se também que os tabagistas que fumam nos primeiros 30 minutos ao acordar, são os que mais desejam parar de fumar (4,8%) e esta alta dependência aponta para uma maior necessidade de tratamento especializado. Para Formagini, T.D.B., *et al*/ (2015) ocorre o contrário, os fumantes leves (menor dependência) planejam ou tentam parar de fumar mais vezes que o fumante pesado (mais dependente).

Sobre como a população se manifesta a respeito da atuação dos profissionais de saúde de nível superior e ACS no apoio à cessação tabágica, a maioria dos participantes fumantes refere não ter sido aconselhado a parar de fumar, nem pelo profissional de saúde de nível superior, nem pelo ACS (6,3%). Tal fato foi verificado também por Portes, L.H., *et al*, (2014) ao observarem que ainda existe um variado grau de comprometimento dos profissionais de saúde em exercer o atendimento e uma baixa valorização em capacitar profissionais sem nível superior. Citam ainda que nem todos os profissionais são capacitados para o aconselhamento e tratamento.

No entanto, dos tabagistas que foram questionados se fumam pelos profissionais de saúde de nível superior, a maioria responde ter sido aconselhado a parar de fumar (8,2%), o mesmo ocorreu com os ACS (5,8%). Na pesquisa do PMAQ-AB (2013/2014) 44,7% dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em Unidades de Saúde afirmam questionar o uso do tabaco aos pacientes. Em comparação com outros países o Brasil foi classificado em segundo lugar, junto a Nigéria e Bangladesh (15% cada), no tocante a utilizar a consulta de aconselhamento para cessação tabágica, atrás apenas do Qatar (16%), num estudo que envolveu 22 países que participaram do GATS entre 2008-2013 (Asma, S., *et al*, 2015).

Os fumantes, ao tomarem conhecimento de todas as medidas de apoio ao tabagismo oferecido pelo SUS, e que estas seguem normas internacionais e são eficazes, manifestam-se positivamente e a maioria deseja o apoio (3,8%). Interessam-se principalmente pelo tratamento de Terapia Cognitivo-comportamental + medicamentos (4,3%) e pelas Terapias Integrativas Complementares (atividades alternativas) como complemento (2,9%), sendo esta última a menos conhecida pelos entrevistados (1%). Esses dados reforçam a importância não só da oferta dessas medidas como também de uma adequada divulgação da oferta à população.

Entre as medidas não implementadas sugeridas pela CQCT cabe reforçar a necessidade em oferecer ações específicas para adolescentes, mulheres adultas e grávidas. Apesar das mulheres brasileiras terem uma prevalência de uso do tabaco inferior à dos homens, algumas pesquisas divergem sobre a tentativa de cessação tabágica. A PNS 2013 referiu que as mulheres fizeram mais tentativas (55,9%) do que os homens (47,9%) (IBGE, 2014), e a 2ª pesquisa LENAD revelou que a redução da prevalência do tabagismo nos últimos anos é maior entre os homens (22%) do que entre as mulheres (13%) (INPAD, 2014). O INCA (2017e) refere que a prevalência do tabagismo tem diminuído entre as mulheres (4,1% entre 2006-2015) porém menos do que entre os homens (6,7% entre 2006-2015).

O INCA aborda esta recente dificuldade feminina em parar de fumar como “uma forma de enfrentar o cotidiano de pressões relacionadas ao acúmulo de funções reprodutivas e produtivas” (INCA, p.18, 2017e). Reforça também que a pauperização, a juvenilização e a feminilização são características atuais e relevantes relacionados aos agravos à saúde do tabagismo feminino (Borges e Barbosa, citados por INCA, 2017e). De acordo com Clarice Madruga, uma das pesquisadoras do 2º LENAD da UNIFESP, a dependência química da nicotina é maior entre as mulheres: “Existe uma questão biológica, os hormônios sexuais nas mulheres atrapalham o tratamento e qualquer dependência se manifesta de forma mais severa no gênero feminino” (INPAD, 2014). Tais situações comprovam a necessidade de investimento em programas de cessação tabágica específico para mulheres.

A ausência de programas de cessação em ambientes desportivos é uma realidade no país. Esses ambientes atraem uma grande quantidade de jovens, de ambos os sexos, e o fato da iniciação tabágica começar exatamente entre jovens, torna-se fundamental a parceria do PNCT com centros esportivos, academias, entre outros. O educador físico é um dos profissionais citados pelo INCA como capacitados ao aconselhamento, o que facilita essa intervenção.

Um fato que chama a atenção é o currículo das universidades na área da saúde ainda não sofrer atualização com a incorporação do tratamento do tabagismo, na medida em que o tratamento no SUS é uma realidade desde 2004 e esses profissionais já deveriam sair capacitados para o mesmo desde os cursos de graduação. Portanto apesar da tentativa do INCA em conscientizar os reitores para essa problemática é necessário que as universidades contemplem essa abordagem, afinal, as diversas instituições de caráter sócio- educativas sempre foram parceiras do INCA no combate ao tabagismo do país.

Os centros especializados de diagnóstico e tratamento específico para os tabagistas são recursos ainda não implementados que devem ser considerados como medidas de apoio. O SUS oferece o tratamento em vários estabelecimentos de saúde dando prioridade à atenção primária (porta de entrada do sistema de saúde), buscando oferecer uma assistência integral, entretanto, um centro especializado geraria uma maior acessibilidade (horários diurnos e noturnos e aumento de vagas para o tratamento) já que os profissionais estariam especialmente dedicados e com tempo integral dedicado à assistência aos tabagistas.

Para finalizar cabe ressaltar que, ao observar a relação entre o apoio à cessação tabágica no país e a redução da prevalência do tabagismo, constatou-se que não existem estudos que comprovem de maneira isolada essa influência. Ao que tudo indica, a importante redução dos índices tabágicos nas últimas décadas no Brasil decorreu da implantação de vários artigos da CQCT. O INCA, ao citar a pesquisa Vigitel 2016, relaciona a grande influência da lei de aumento de preços e impostos dos produtos derivados do tabaco, tendo em vista que em 2006 a prevalência do tabagismo era 15,7%, e a partir desta lei em 2010, verifica-se queda progressiva, em 2011 passa para 13,4%, até atingir 10,2% em 2016 (redução de 35% em 10 anos) (INCA, 2018b). No entanto, sabe-se que o tratamento do tabagismo existe desde 2004, e foi aumentando progressivamente a oferta e a procura na última década. Como citado pela PNS 2013, 73,1% dos tabagistas que pararam de fumar fizeram tratamento com profissional especializado. Em 2015, o então ministro da saúde Arthur Chioro destacou as principais medidas que influenciaram a redução de 30,7% entre 2006 e 2015: “a política de preços é determinante para coibir o uso e à iniciação ao tabagismo. Outras ações importantes são a proibição da propaganda do cigarro e ao fumo em ambientes coletivos, além da oferta crescente de tratamento para quem quer deixar de fumar. Em 2013, mais de 70% dos brasileiros que tentaram parar foram atendidos pelo SUS” (Ministério da Saúde, 2015).

## CONCLUSÃO

Verificou-se na literatura que o Brasil implantou grande parte das medidas do artigo nº14 sugeridas pela CQCT nos dois relatórios, 61% das medidas do artigo 14 da CQCT e 68% das medidas-chave do pacote *MPOWER*. Os resultados obtidos através de questionários demonstram falta de conhecimento da população em relação ao apoio à cessação tabágica o que gera baixa procura ao tentar parar de fumar. Ao tomar conhecimento desse apoio, desejam participar principalmente das Terapia Cognitivo-comportamental com medicamentos associados. Em que pesem tais resultados, a literatura comprova o ótimo desempenho do apoio à cessação tabágica no Brasil em consonância com a CQCT, e que o mesmo também contribui para a redução da prevalência do tabagismo do país, tendo em vista que 70% dos fumantes pararam de fumar com o tratamento do SUS em 2013.

São necessários esforços do INCA e dos gestores municipais, estaduais, federais, profissionais de saúde, quanto à divulgação da oferta e do tratamento, dentre as outras medidas de apoio à cessação. Também é importante promover a expansão do apoio à cessação tabágica nos municípios que ainda não oferecem. O incremento na oferta e divulgação desta, por certo, resultará em aumento na prevalência da cessação tabágica.

Cabe mencionar que um fator limitante desse estudo se refere ao tamanho da amostra, 208 participantes, o que representa 1% da população brasileira (208 milhões) (IBGE, 2018). Pretende-se em estudos futuros estudar a avaliação dos tabagistas que participaram do tratamento de cessação tabágica do SUS.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrunhosa, M.A. (2011) A informação e a comunicação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. (Dissertação de mestrado). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (s. d) *Derivados do tabaco*. Recuperado de: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+ Interesse/Danos+A+Saude>
- Almeida, L., Szklo, A., Sampaio, M., Souza, M., Martins, L.F., Szklo, M.,... Caixeta, R. (2012) Global Adult Tobacco Survey Data as a Tool to Monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) Implementation: The Brazilian Case. *Int. J. Environ. Rs. Public Health*, 9, 2520-2536. ISSN-1660-4601. Recuperado de : // dx.doi.org/10.3390/ijerph9072520
- Asma, S., Mackay, J., Song, S.Y., Zhao, L., Morton, J., Palipudi, K.M., *et al.* (2015) The GATS Atlas. CDC Foundation, Atlanta, GA. Recuperado de: <http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>
- Associação Brasileira da Indústria do Fumo (2018). *Produção de Fumo*. Recuperado de: <http://www.abifumo.org.br/>
- Associação de Fumicultores do Brasil (2018) *Fumicultura no Brasil*. Recuperado de: <http://www.afubra.com.br/fumicultura-brasil.html>
- Azevedo, R. C. S., Hori Higa, C.M., Assumpção, I.S.M.A., Frazetto, C.R.G., Fernandes, R.F., Goulart, W., ... Sartori, R.M. (2009). Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55 Vol. (5): 593-596. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000500025>
- Bardin, L. (2018) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Becker, L. (1997) *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Bittencourt, L., Cruz, R. C., & Scarinci, I.C. (2014). Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23 Vol. (4): 645-654. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000400006>
- Blanco, A., Sandoval, R., Martínez-López, L., & Caixeta, R. (2017). Diez años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco: avances en las Américas. *Salud Pública*, 59 Vol., 117-125. Recuperado de: <http://doi.org/10.21149/8682>

- Boeira, S.L. (2002) *Atrás da cortina de fumaça. Tabaco, Tabagismo e Meio Ambiente*. Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica. Santa Catarina: Univali.
- Botelho, C., Silva, A. M. P., & Melo, C. D. (2011). Tabagismo em universitários de ciências da saúde: prevalência e conhecimento. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 Vol. (3): 360-366. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000300013>
- Brown, J., Michie, S., Raupach, T. & West, R. (2013) Prevalence and characteristics of smokers interested in internet-based smoking cessation interventions: cross-sectional findings from a national household survey. *Journal of medical intervent research*, 15 Vol. (3): 50. Recuperado de: <http://doi10.2196/jmr.2342>.
- Cahill, K., Moher, M., & Lancaster, T. (2008) Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; (4): CD003440. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003440.pub3>
- Cardoso D.B., Coelho A.P.C.P., Rodrigues, M. & Petroianu, A. (2010) Fatores relacionados ao tabagismo e ao seu abandono. *Rev Med*, 89 Vol. (2):76-82, abr.-jun, Recuperado de: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100203&script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102015000100203&script=sci)
- Carvalho, C.R.S (2009). *O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: Uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo do SUS*. (Tese de mestrado) FIOCRUZ/INCA, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2323>
- Cavalcante, T.M. (2015). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Archives of Clinical Psychiatry*, São Paulo, 32(5), 283-300. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000500006>
- Cechinel, A., Fontana, S.A.P., Della, K.G.P., Pereira, A.S., Prado, S.S. (2016) Research/ Document Analysis: in their theoretical and methodological aspects. *Criar educação*, 5 Vol, 1-7. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tinf/v28n1/0103-3786-tinf-28-01-00005.pdfdoi>: <http://dx.doi.org/10.186/ce.v5i.2446>
- CID-10 (1997) *Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Recuperado de: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>
- Corrêa da Silva, L.C. (Coord.) (2012). *Tabagismo: doença que tem tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

- Cummins, S.E., Bailey, L., Campbell, S., Koon-Kirby, C. & Zhu, S. H. (2007) Tobacco cessation quitlines in North America: a descriptive study. *Tobacco Control*, 16 Vol. 9–15. Recuperado de: [doi: 10.1136/tc.2007.020370](https://doi.org/10.1136/tc.2007.020370)
- Despacho n.º 14202-A/2016. Diário da República, 1.º Suplemento, Série II de 25/11/2016. Determina como objetivos prioritários, no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e do Programa Tipo de atuação em Cessação Tabágica, assegurar o acesso a consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, desenvolver ações de formação e campanhas informativas, promover o acesso a medicamentos e concluir o processo de informatização dos registos das intervenções e das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. Recuperado de: <https://dre.pt/home/-/dre/75796626/details/maximized>
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Cessação Tabágica. Programa-tipo de atuação*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/relatorios-e-publicacoes/cessacao-tabagica-programa-tipo-de-actuacao-pdf.aspx>
- Echer I.C. & Barreto, S.S.M. (2008) Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 16 Vol. (3): 445-51. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300018>
- Echer, I.C., Corrêa, A.P.A, Lucena, A.F., Ferreira, S.A. L., & Knorst, M. M. (2011). Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 Vol., 179-186. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100024>
- Fachin, O. (2003). *Fundamentos da Metodologia*. (4 ed). São Paulo: Saraiva.
- Ferraz, L., Busato, M.A., Teo, C.R.P.A., Mattos, T., & Lieshout, B. (2015) Tabagismo: motivos da cessação e da recaída na população de um Nasf. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 11 Vol. (20): 127 - 137, Jun/2015, ISSN: 1980-1726. Recuperado de: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>
- Figueiró, L. R., Barros, H. M. T., Ferigolo, M., & Dantas, D. C. M. (2017). Assessment of factors related to smokers' adherence to a short-term support group for smoking cessation: a longitudinal study in a developing country. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39 Vol., 19-28. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-004>
- Flick, U. (2009) *Introdução à pesquisa qualitativa*. Trad. Joice Elias Costa. (3 ed). Porto Alegre: Artmed.

- Formagini, T.D.B., Machado, N.M., Richter, K.P. & Ronzani, T.M. (2015). Intervenções de Cessação de Tabagismo em Fumantes Leves: Uma Revisão Sistemática. *Psicologia em Estudo, 20 Vol. (2)*: 201-211, apr-jun.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A-C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P. *et al* (2005) Tabagismo em Portugal. Faculdade de Medicina do Porto. *Arquivos de Medicina, 19 Vol.*, (5-6): 207-229, ISSN 0871-3413. Recuperado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v19n5-6/v19n5-6a05.pdf>
- Gil, A.C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (5 ed). São Paulo: Atlas.
- Gravelly, S., Giovino, G.A., Craig, L., Comman, A., D´Espaignet, E.T., Schotte, K. *et al* (2017) Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *The Lancet, 2 Vol.*, (4): 166-174. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30045-2)
- GTSS (2011) Global Tobacco Surveillance System. Questions about tobacco for research: a subset of key questions from The Global Adult Tobacco Survey (GATS), (2nd edition). Atlanta, GA: United States Disease Control and prevention centres. Recuperado de: [https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs\\_po\\_final.pdf](https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/tqs_po_final.pdf)
- Heydari, G., Jianfar, G., Alvanpour, A., Hesami, Z., Talisch, F. & Masjedi, M.R. (2011) Efficacy of telephone quit-line for smokers in Iran: 12 months follow up results. *Tanaffos, 10 Vol. (3)*:42-48. Recuperado de: DOI: [10.1097/00000441-200310000-00010](https://doi.org/10.1097/00000441-200310000-00010)
- INPAD (2014) 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas- LENAD-2012. Ronaldo Laranjeira (supervisor) *et al*. São Paulo: INPAD/UNIFESP. Recuperado de: [www.inpad.org.br/lenad](http://www.inpad.org.br/lenad)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014). Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. *Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e Unidade da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: <http://www.ibge.gov.br>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2016). Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. *Indicadores de saúde e mercado de trabalho: Brasil, grandes regiões e Unidade da Federação*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: <http://www.ibge.gov.br>
- Instituto Nacional do Câncer (2009) *Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil*. Apresenta um resumo da legislação vigente relacionado ao controle do tabaco no Brasil. Recuperado

de: [:http://actbr.org.br/uploads/conteudo/102\\_Legislacao-FederalVigenteSobreTabaconoBrasil.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/102_Legislacao-FederalVigenteSobreTabaconoBrasil.pdf)<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/economia/leis/ederais.pdf>

Instituto Nacional do Câncer (2011a) *Tratamento do Tabagismo*. XXVII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Apresentado por Vera Lúcia G. Borges). Divisão de Controle do Tabagismo. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Tratamento\\_do\\_tabagismo\\_Vera.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Tratamento_do_tabagismo_Vera.pdf)

Instituto Nacional de Câncer (2011b). Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v03/pdf/17\\_resenha\\_pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab\\_relatorio\\_brasil.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/17_resenha_pesquisa_especial_tabagismo_petab_relatorio_brasil.pdf)

Instituto Nacional do Câncer (2014a) *Tire dúvidas do Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. Recuperado de: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire\\_duvidas\\_pnct\\_2014.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf)

Instituto Nacional do Câncer (2014b) Relatório de gestão e progresso 2011-2012. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Comissão Nacional de Implementação da Convenção-quadro para Controle do Tabaco- CONICQ. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_controle\\_tabaco\\_relatorio\\_estao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_controle_tabaco_relatorio_estao.pdf)

Instituto Nacional do Câncer (2015a) *Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Texto Oficial*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>

Instituto Nacional do Câncer (2015b). “*Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*”. Cadernos de Atenção Básica, nº 40. Brasília: INCA. Recuperado de: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)

Instituto Nacional do Câncer (2016a) *Cigarros eletrônicos: o que sabemos? Estudo sobre a composição do vapor e danos à saúde, o papel na redução de danos e no tratamento da dependência de nicotina*. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>

Instituto Nacional do Câncer (2016b) *Diretrizes para implementação do artigo 14 da Convenção-quadro para Controle do Tabaco da OMS: medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do consumo do tabaco*. Tânia Cavalcante (Coord.). (2 ed. ampl.).

Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de:  
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/diretrizes-para-implementacao-do-artigo-14.pdf>

Instituto Nacional do Câncer (2017a) *Uso de Narguilé: efeitos sobre a saúde, necessidade de pesquisa e ações recomendadas para legisladores*. Nota técnica. (2a ed). Grupo de Estudo da OMS sobre a Regulação de Produtos de Tabaco (TObREg). Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>

Instituto Nacional do Câncer (2017b) *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: MS. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>

Instituto Nacional do Câncer (2017c). *Tabagismo no Brasil: Morte, Doenças e Política de Preços e Esforços*. Recuperado de: <http://www.inca.gov.br>

Instituto Nacional do Câncer (2017d). *A economia do tabaco e o controle do tabaco*. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco; organização de Tânia Maria Cavalcante. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: <http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/21/index.html>.

Instituto Nacional do Câncer (2017e). Manual Dia Mundial sem Tabaco- 31 de maio-INCA. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de:  
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-dia-mundial-sem-tabaco-inca-2017.pdf>

Instituto Nacional do Câncer (2018a). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo*. Recuperado de: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>

Instituto Nacional do Câncer (2018b). *Avanços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCNT)*. (Apresentado por Eduardo Franco) Dia Mundial sem Tabaco 2018. Divisão de Controle do Tabagismo e outros fatores de riscos. Coordenação de prevenção e vigilância. INCA/SAS/MS. Recuperado de: [www.inca.gov.br/publicacoes/apresentacoes/avancos-do-programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-pnct](http://www.inca.gov.br/publicacoes/apresentacoes/avancos-do-programa-nacional-de-controle-do-tabagismo-pnct)

Kripka, R. M. L., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Revista de Investigaciones UNAD*, 14 Vol. (2), 55-73.

- Lavack, A.M., Watson, L. & Markwart, J. (2007) Quit and win contests: a social marketing success story. *Social Marketing Quarterly*, 13 Vol., 31-52. Recuperado de: <http://doi.org/1010180/15245000601163499>
- Lopes, F.M., Peuker, A.C.W.B., Rach, B.E., Gonçalves, R. & Bizarro, L. (2014) Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido em uma universidade pública. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 5-15. ISSN 0104-4931 <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.025>
- Martins, K. C., & Seidl, E. M. F. (2011). Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 Vol. (1), 55-64. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100008>
- Mazoni, C.G., Fernandes, S., Pierozan, O.S., Moreira, T., Freese, L., & Ferigolo, M., *et al.* (2008) A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *Estud Psicol*, 13 Vol. (2): 133-40. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413294X2008000200005>
- Mendes, A. C. R., Toscano, C. M., Barcellos, R. M. S., Ribeiro, A. L. P., Ritzel, J. B., Cunha, V. S., *et al* (2016). Custos do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, vol.50, 66. São Paulo: Epub Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006303>
- Mesquita, A. A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15 Vol. (2), 35-44. Recuperado de: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v15i2.601>
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 Vol. (3), 237-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
- Ministério da Saúde do Brasil (2004). *Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS*. Diário Oficial União. 17 ago 2004; Seção 1:62. Recuperado de: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/cronicas/PortSAS442\\_ago04.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/PortSAS442_ago04.pdf)
- Ministério da saúde do Brasil (2013). *Portaria n° 571, de 5 de abril de 2013*. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das Pessoas com doenças crônicas do sistema único de saúde (sus) e dá outras providências. diário oficial da república Federativa do Brasil, Brasília (DF). Recuperado de: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571\\_05\\_04\\_2013.html](bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html)

- Ministério da saúde do Brasil (2015) Número de fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos 9 anos. 28 de maio de 2015. (on line) Recuperado de: [portalms.saude.gov.br/noticias/svs/17922-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos](http://portalms.saude.gov.br/noticias/svs/17922-numero-de-fumantes-no-brasil-cai-30-7-nos-ultimos-nove-anos)
- Ministério da Saúde do Brasil (2016). *Portal do cidadão: PMAQ*. Recuperado de: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php).
- Ministério da Saúde do Brasil (2017) *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016*. Brasília: MS. Recuperado de: [https://www.ans.gov.br/images/Vigitel\\_Saude\\_Suplementar.pdf](https://www.ans.gov.br/images/Vigitel_Saude_Suplementar.pdf)
- Ministério da saúde do Brasil (2018a). *Sistema único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. Brasília: MS. Recuperado de: <http://www.portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
- Ministério da Saúde do Brasil (2018b). *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Recuperado de: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>
- Ministério da Saúde do Brasil (2018c). *Novas terapias do SUS ajudam a parar de fumar*. Recuperado de: <https://saudebrasilportal.com.br/eu-quero-parar-de-fumar/novas-terapias-disponiveis-no-sus-podem-ajudar-a-parar-de-fumar>
- Ministério da Saúde do Brasil (2018d). *Programa Academia da Saúde*. Recuperado de: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_academia\\_saude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php)
- Moraes, M. A. (2006). *Avaliação da implantação do Programa de Controle do Tabagismo no Hospital Santa Cruz- São Paulo- SP*. (Tese de Doutorado) Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP, Brasil.
- Nilan, K., Raw, M., McKeever, T. M., Murray, R. L., & McNeill, A. (2017). Progress in implementation of WHO FCTC Article 14 and its guidelines: A survey of tobacco dependence treatment provision in 142 countries. *Addiction*, (112): 2023-2031. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/add.13903>
- Normas Brasil (2004). *Portaria Interministerial nº 1.034 de 31/05/2004*. Recuperado de: [http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-1034-2004\\_187093.html](http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-1034-2004_187093.html)
- Organização Mundial da Saúde (2003a). *Convenção-quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco*. Genebra: OMS. Recuperado de: [www.who.int/fctc/en/](http://www.who.int/fctc/en/).

- Organização Mundial da Saúde (2003b). *Recomendações políticas para a cessação do tabagismo e tratamento da dependência do tabaco*. Tools for public health. Editado por Dra. Vera da Costa e Silva. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2004/2005) *Convenção-quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco*. Genebra: OMS. Recuperado de: [www.who.int/fctc/en/](http://www.who.int/fctc/en/)
- Organização Mundial da Saúde (2005) *Estratégia Regional para Controle do Tabaco*. Escritório Regional do Sudeste da Ásia. Nova Deli: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2008) *Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre a epidemia global do tabaco, 2008: o pacote MPOWER*. Genebra: OMS. Recuperado de: [// www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)
- Organização Mundial da Saúde (2011a) *Relatório sobre a epidemia do tabaco da Organização Mundial de Saúde*. Recuperado de: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/exec\\_summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/)
- Organização Mundial da Saúde (2017). *Relatório sobre a epidemia do tabaco da Organização Mundial de Saúde, perfil dos países em 2017*. Recuperado de: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/exec\\_summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/exec_summary/en/)
- Organização Mundial da Saúde (2018a) *Relatório global sobre as tendências da prevalência do tabagismo 2000 – 2025*, segunda edição. Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS. Recuperado de: <https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>
- Organização Mundial da Saúde (2018b) *Fatos sobre o tabaco*. Recuperado de: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organização Mundial da Saúde (2018c). *Questionário principal do instrumento de relato da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde*. Genebra: OMS. Recuperado de: [untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Brazil\\_2018\\_report.pdf](http://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Brazil_2018_report.pdf)
- Pinto, M.T., Pichan-Riviere, A., & Bardach, A (2015). Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cadernos de Saúde Pública*, 31 Vol. (6): 1283-1299. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192013>

- Piné-Abata, H., McNeill, A., Murray, R., Bitton, A., Rigotti, N. & Raw, M. (2013). A survey of tobacco dependence treatment services in 121 countries. *Addiction*, (108): 1476-1484. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1111/add.12172>
- Pinheiro, T. X. A. (2012) *Meandros e dilemas de uma reforma em saúde*. Porto Alegre: Unijuí.
- Portes, L.H., Campos, E.M.S., Teixeira, M.T.B., Caetano, R., & Ribeiro, L.C. (2014) Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 Vol. (2): 439-448. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>
- Portes, L.H., & Machado C.V. (2015) Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 20 Vol., (5):370-9. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n5/370-379>
- Portes, L.H., Machado, C.V., & Turci, S. R. B. (2018). Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 Vol. (2): 1-20. Recuperado de: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/362/trajetria-da-politica-de-controle-do-tabaco-no-brasil-de-1986-a-2016>.
- Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 Vol (5), 267-275.
- Reitsma, M.B., Fullman, N., Ng, M., Salama, J.S., Abajobir, A., Abate, K.H., ...Gakidou, E. (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 10082 Vol. (389): 1885-1906. Recuperado de Lancet: <https://www.thelancet.com/action/doSearch?occurrences=all&searchText=smoking+prevalence+and+attributable+disease+burden+in+195+countries+and+territories%2C+1990-2015&code=lancet-site&searchType=quick&searchScope=fullSite&journalCode=&startPage=4#navigation>
- Romero, L.C., Costa & Silva, V.L. (2011). 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57 Vol. (3): 305-314. Recuperado de: [www1.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v03/pdf/03\\_artigo\\_23\\_Anos\\_controle](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/03_artigo_23_Anos_controle).
- Rosemberg, J. (2004) *Nicotina: droga universal*. São Paulo: Autor.
- Santos, J.D. P., Duncan, B. B., Sirena, S. A., Vigo, Á., & Abreu, M.N.S. (2012). Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas

- Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21 Vol. (4), 579-588.  
<https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400007>
- Sardinha, A., Oliva, A. D., D'Augustin, J., Ribeiro, F., & Falcone, E. M. (2005) Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1 Vol., 83-90. Recuperado de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010&lng=pt&tlng=pt).
- Sattler, A. C., & Cade, N. V. (2013). Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 Vol., 253-264. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n1/253-264/#ModalArticles>
- Silva, R. L. F., Carmes, E. R. Schwartz, A.F., Blaszkowski, D. S., Cirino, R. H. D., & Ducci, R. D. (2011). Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37 Vol. (4): 480-487. ISSN 1806-3713. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132011000400010>
- UERJ (2019) Universidade Estadual do Rio de Janeiro. *Nepad expande atendimento para tratamento do tabagismo*. Recuperado de: <http://www.uerj.br/noticia/nepad-expande-atendimento-para-tratamento-do-tabagismo/>
- UFAL (2018). Universidade Federal de Alagoas. *HU realiza palestras no dia nacional de controle do tabagismo*. Disponível em: <https://ufal.br/ufal/noticias/2018/8/hu-realiza-palestras-no-dia-nacional-de-controle-do-tabagismo>
- UFC (2018) Universidade Federal do Ceará. *Tecnologia auxilia tratamento do tabagismo no HU*. Recuperado de: <http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2018/10997-tecnologia-auxilia-tratamento-do-tabagismo-no-hospital-universitario>
- UFPI (2018) Universidade Federal do Piauí. *Programa de Tabagismo comemora 10 anos*. Recuperado de: [http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/noticia-aberta/-/asset\\_publisher/Zo21hrThpSTk/content/id/3141615/2018-05-programa-de-tratamento-comemora-10-anos](http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi/noticia-aberta/-/asset_publisher/Zo21hrThpSTk/content/id/3141615/2018-05-programa-de-tratamento-comemora-10-anos)
- UNIFESP (2018) *Tabagismo é uma doença e a UNIFESP oferece o tratamento*. Recuperado de: <http://www.unifesp.br/noticias-antiores/item/3443-tabagismo-e-uma-doenca-e-a-unifesp-oferece-tratamento>

Usmanova, G., Mokad, A.H.(2013) Results of the Global Youth Tobacco Survey and Implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the WHO Eastern Mediteranean Region Countries. Institute for Health Metrics and Evaluation , Seattle, USA. Recuperado de: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.jegh.2013.07.001](http://dx.doi.org/10.1016/j.jegh.2013.07.001)

Vineto, J. (2016) A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas, 22 Vol. (44):* 203-220, agosto-dezembro. Ed. Campinas.

Wikipédia (s.d). *Origem do Tabaco*. Recuperado: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Tabaco>

## **ANEXOS - FIGURAS**

**Figura 1-** Políticas e intervenções do Pacote *MPOWER*, pág 32.



**Políticas e Intervenções do Pacote *m*power**

<p><b>m</b></p> <p><b>MONITOR</b> MONITORAR O USO DE TABACO</p> <p><b>Atividade transversal m1</b></p> <p>Obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população, sobre os indicadores-chaves do consumo de tabaco entre jovens e adultos.</p>	<p><b>PROTEGER A POPULAÇÃO CONTRA A FUMAÇA DO TABACO</b></p> <p><b>P</b></p> <p><b>Intervenção P1</b></p> <p>Promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares.</p>
	<p><b>OFERECER AJUDA PARA CESSAÇÃO DO FUMO</b></p> <p><b>O</b></p> <p><b>Intervenção O1</b></p> <p>Fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre cessação, na assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para apoiar a cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.</p>
	<p><b>ADVERTIR SOBRE OS PERIGOS DO TABACO</b></p> <p><b>W</b></p> <p><b>Intervenção W1</b></p> <p>Exigir que a embalagem inclua advertências eficazes</p> <p><b>Intervenção W2</b></p> <p>Realizar publicidade antitabagismo</p> <p><b>Intervenção W3</b></p> <p>Obter a cobertura gratuita das atividades de controle do tabagismo pelos meios de comunicação</p>
	<p><b>FAZER CUMPRIR AS PROIBIÇÕES SOBRE PUBLICIDADE, PROMOÇÃO E PATROCÍNIO</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>Intervenção E1</b></p> <p>Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio diretos do tabaco.</p> <p><b>Intervenção E2</b></p> <p>Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo de publicidade, promoção e patrocínio, mesmo que indiretos, do tabaco.</p>
	<p><b>AUMENTAR OS IMPOSTOS DOS PRODUTOS DE TABACO</b></p> <p><b>T</b></p> <p><b>Intervenção T1</b></p> <p>Aumentar a taxa sobre o tabaco e assegurar que os impostos sejam ajustados regularmente, conforme as taxas de inflação, e aumentem mais rapidamente do que o poder aquisitivo dos consumidores.</p> <p><b>Intervenção T2</b></p> <p>Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco</p>

Fonte: World Health Organization (2018). *Who report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva. [// www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf).

## ANEXOS - TABELAS

**1. Tabela 9-** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes passivos no domicílio, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, pág 22.

<b>Sexo</b>						
<b>Capitais/DF</b>	<b>Total</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracajú	5,1	3,7-6,4	3,8	2,0-5,6	6,1	4,1-8,0
Belém	6,6	5,2-8,1	5,2	3,1-7,2	7,9	5,9-10,0
Belo Horizonte	8,2	6,6-9,8	7,0	4,5-9,5	9,3	7,2-11,3
Boa vista	7,5	5,5-9,5	6,0	3,1-8,8	8,9	6,1-11,6
Campo Grande	6,3	4,7-8,0	7,1	4,4-9,8	5,6	3,6-7,7
Cuiabá	7,3	5,7-8,9	7,0	4,6-9,3	7,7	5,5-9,8
Curitiba	8,1	6,0-10,1	6,3	3,6-9,0	9,6	6,7-12,6
Florianópolis	7,9	5,6-10,1	6,3	3,2-9,3	9,3	6,1-12,6
Fortaleza	9,2	7,1-11,3	9,8	6,2-13,4	8,7	6,4-11,0
Goiânia	6,8	5,2-8,4	6,1	3,6-8,5	7,4	5,3-9,5
João Pessoa	8,7	6,5-10,8	8,3	4,9-11,8	9,0	6,3-11,6
Macapá	8,2	6,1-10,3	5,1	3,1-7,1	11,1	7,6-14,6
Maceió	9,7	7,4-12,1	9,9	6,3-13,5	9,6	6,4-12,8
Manaus	8,4	6,5-10,4	7,3	4,4-10,2	9,4	6,8
Natal	9,7	7,5-11,8	8,6	5,4-11,8	10,6	7,7-13,5
Palmas	6,1	4,5-7,8	7,1	7,0-13,8	5,3	2,1-4,9
Porto Alegre	10,4	8,3-12,6	10,3	6,8-13,7	10,6	7,9-13,2
Porto Velho	5,6	4,1-7,2	4,8	2,6-6,9	6,6	4,4-8,8
Recife	8,4	6,7-10,0	7,6	5,2-10,1	9,0	6,8-11,2
Rio Branco	8,8	7,1-10,4	5,6	3,7-7,6	11,6	9,0-14,2
Rio de Janeiro	7,2	5,5-8,9	8,5	5,7-11,3	6,2	4,1-8,2
Salvador	6,3	4,7-8,0	6,8	4,0-9,6	6,0	4,1-7,9
São Luís	6,5	4,6-8,4	3,4	1,5-5,3	9,0	6,0-12,1
São Paulo	5,8	4,5-7,1	6,8	4,7-8,9	5,0	9,9-14,3
Teresina	6,9	5,3-8,5	6,2	3,8-8,6	7,5	5,3-9,7
Vitória	6,2	4,7-7,7	5,2	3,1-7,3	7,1	4,9-9,2
Distrito Federal	8,5	6,3-10,8	9,2	5,7-12,7	8,0	5,2-10,8

*Nota.* % ponderadas para a população Fonte: Adaptada de "Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico" (2017). Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: MS.

**2. Tabela 11-** Percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) fumantes passivos no local de trabalho, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, pág 23.

<b>Sexo</b>						
<b>Capitais/DF</b>	<b>Total</b>		<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	6,4	4,9-8,0	9,8	6,9-12,8	3,7	2,2-5,2
Belém	6,8	5,3-8,3	11,5	8,6-14,4	2,9	1,6-4,1
Belo Horizonte	8,0	6,5-9,6	11,9	9,1-14,8	4,7	3,3-6,2
Boa vista	7,8	5,6-10,1	11,4	7,2-15,6	4,5	2,7-6,2
Campo Grande	8,0	6,1-9,9	12,4	8,9-15,9	4,0	2,3-5,6
Cuiabá	9,1	7,4-10,8	13,7	10,5-16,8	4,9	3,3-6,4
Curitiba	5,8	3,8-7,9	6,6	3,4-9,8	5,2	2,5-7,8
Florianópolis	6,8	4,8-8,8	9,2	5,7-12,7	4,6	2,5-6,6
Fortaleza	7,6	5,7-9,4	12,1	8,6-15,6	3,8	2,3-5,2
Goiânia	7,7	6,0-9,4	11,2	8,0-14,3	4,6	3,0-6,2
João Pessoa	6,9	5,1-8,7	10,4	7,0-13,8	4,0	2,4-5,6
Macapá	7,5	5,4-9,7	12,4	8,3-16,5	2,9	1,5-4,4
Maceió	8,6	6,4-10,8	13,6	9,1-18,0	4,5	3,0-6,0
Manaus	7,1	5,3-8,9	10,9	7,5-14,4	3,5	2,2-4,9
Natal	7,4	5,8-9,0	11,9	9,0-14,9	3,6	2,2-5,0
Palmas	7,4	5,4-9,3	9,5	6,8-12,1	5,4	2,5-8,3
Porto Alegre	6,9	5,2-8,7	10,4	7,3-13,6	4,0	2,3-5,8
Porto Velho	8,4	6,0-10,8	11,8	7,6-15,9	4,9	2,7-7,1
Recife	7,1	5,5-8,6	11,4	8,5-14,4	3,6	2,3-4,8
Rio Branco	9,5	7,8-11,3	14,7	11,6-17,8	4,9	3,2-6,5
Rio de Janeiro	7,9	6,1-9,7	11,0	8,0-14,0	5,2	3,1-7,3
Salvador	6,8	5,2-8,4	11,3	8,1-14,4	3,1	1,9-4,4
São Luiz	6,6	5,0-8,3	10,1	7,0-13,1	3,8	2,3-5,3
São Paulo	6,5	5,1-7,8	70,4	7,8-13,0	3,2	2,1-4,3
Terezina	6,4	4,9-7,9	10,2	7,3-13,1	3,2	1,9-4,5
Vitória	4,9	3,9-6,2	6,7	4,4-9,0	3,4	2,0-4,8
Distrito Federal	5,7	2,8-8,6	9,6	3,9-15,2	2,3	0,5-4,2

*Nota.* % ponderadas para a população Fonte: Adaptada de “*Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*” (2017). Ministério da Saúde do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde.

# APÊNDICE

## QUESTIONÁRIO

Apoio à cessação tabágica no Brasil

### 1. Faixa etária

- 15-25 anos
- 26-35 anos
- 36-45 anos
- 46-60 anos
- > 60 anos

### 2. Escolaridade

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- pós-graduação
- outros

### 3. Ocupação

- Estudante
- Trabalhador
- Autônomo
- Desempregado
- Aposentado

### 4. Região do Brasil em que reside ou residia (se mora atualmente fora do país)

- Norte
- Nordeste
- Centro-oeste
- Sudeste
- Sul

5. Sexo

- Feminino
- Masculino

6. Classificação perante o consumo de produtos derivados de tabaco

- Não fumante
- Fumante
- Ex-fumante

As perguntas a seguir são para fumantes, não fumantes e ex-fumantes:

**7. Que medida de apoio à cessação tabágica oferecida pelo SUS é de seu conhecimento?**

- Linha telefônica com aconselhamento gratuito/24 horas
- Tratamento\* nas Unidades de Saúde da Família (USF)
- Tratamento\* em universidades públicas
- Tratamento\* em hospitais públicos
- Tratamento\* em centros de apoio à toxicodependentes
- Campanhas educativas na mídia em geral
- Campanhas educativas em escolas e universidades
- Academia da saúde
- Terapias alternativas como Yoga e outras (em algumas USF)
- Não responderam

\* O tratamento do tabagismo no SUS segue as medidas internacionais da Organização Mundial da Saúde adotadas pelo INCA/Ministério da Saúde. Consiste em aconselhamento a parar de fumar, consultas de apoio intensivo individual e/ou em grupo (abordagem cognitivo-comportamental) com uso de medicamentos sempre que necessário (gratuito), e acompanhamento pós-cessação. Os profissionais de saúde ou da educação são capacitados previamente e regularmente. Dados de 2016 indicam que 2.560 municípios no país tem oferecido o tratamento (INCA, 2018). Vale enfatizar que apesar de nem todas as universidades, hospitais, centros especializados e USF oferecerem o tratamento, a oferta tem aumentado progressivamente na última década.

8. Que tipo de propaganda relacionada ao apoio à cessação tabágica do Ministério da Saúde/INCA já assistiu na televisão, rádio ou outra mídia em massa?

- Educativa com incentivo a parar de fumar

- Divulgação das medidas de apoio oferecidas pelo SUS e onde encontrar
  - Não tenho observado no último ano
  - Nunca assisti, nem em anos anteriores
9. Conhece alguém que conseguiu parar de fumar através do tratamento oferecido pelo SUS?  
(no caso de ser ex-fumante, incluir-se)
- Sim
  - Não
10. Sabe se há oferta de tratamento ao tabagista em sua cidade, seja na Unidade de Saúde da Família, hospital, universidade ou centro especializado para toxicodependentes?
- Sim, existe o tratamento em um desses estabelecimentos em minha cidade.
  - Sim, existe o tratamento em dois ou mais desses estabelecimentos em minha cidade.
  - Não existe o tratamento em minha cidade.
  - Não tenho conhecimento se há oferta ou não do tratamento em minha cidade.
11. Tem lembrança de ter sido perguntado se é fumante ao ser atendido por um profissional de saúde em uma Unidade de Saúde da Família ou hospital?
- Sim, já me perguntaram.
  - Não, nunca me perguntaram.
  - Não lembro.
12. Ao receber a visita do agente comunitário de saúde, já foi questionado sobre a existência do hábito tabágico em algum membro de sua família?
- Sim
  - Não
  - Nunca recebi visita de agente comunitário de saúde.
13. Se algum membro da família é fumante, foi aconselhado pelo agente comunitário de saúde a parar de fumar e a procurar o tratamento na USF?
- Sim
  - Não
  - Nenhum membro da família é fumante.
  - Foi aconselhado a parar de fumar porém não há tratamento em minha cidade.
  - outros

Continuar respondendo apenas se for fumante ou ex-fumante:

14. Qual produto derivado do tabaco você utiliza ou utilizou?

- Cigarro ou cigarrilha
- Cigarro eletrônico
- Narguilé
- Cachimbo
- Charuto
- Outros

15. Por quanto tempo?

- 1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-20 anos
- + 20 anos

16. Com quantos anos começou a fumar?

- 15 anos
- 15-25 anos
- 26-35 anos
- 36-45 anos
- 46-60 anos
- > 60 anos

17. Tem lembrança de ter sido aconselhado a parar de fumar ao ser atendido por profissional de saúde na Unidade de Saúde da Família ou em hospital?

- Sim
- Não
- Não lembro.
- Outros

18. Se parou de fumar, como ocorreu?

- Com tratamento especializado público.
- Com tratamento especializado privado.
- Por conta própria.
- Não parei de fumar.

Continuar respondendo apenas se fumante:

19. Tem vontade de fumar logo que acorda (nos primeiros 30 minutos)?

Sim

Não

20. Já desejou parar de fumar?

Sim

Não

21. Fez alguma tentativa de parar de fumar nos últimos 12 anos?

Sim

Não

22. Se fez tratamento para parar de fumar pelo SUS (USF, hospital, centro especializado para toxicodependentes, universidade) qual a sua avaliação?

Bom

Ótimo

Regular

Péssimo

Não fiz tratamento pelo SUS

23. Ao tomar conhecimento que o tratamento oferecido pelo SUS é eficaz e utilizado mundialmente, sente-se motivado a participar?

Sim, vou fazer o tratamento em minha cidade.

Não, pois não acredito em resultado positivo.

Gostaria, mas sei que não há oferta em minha cidade.

24. Que medida de apoio à cessação tabágica considera importante e gostaria de participar?

Tratamento com terapia cognitivo-comportamental.

Tratamento com terapia cognitivo-comportamental + medicamentos.

Aconselhamento pelas Linhas telefônicas 24 horas.

Atividades educativas.

Academia da Saúde.

Terapias alternativas, ex: Yoga e outras.

Não responderam

*Nota:* Neste questionário foram utilizadas questões padrão de apoio à cessação tabágica adotadas pela Pesquisa Global de Tabaco para Jovens (GYTS): 18, 19 e 20; questões-padrão adotadas pela Pesquisa Global de Tabaco para Adultos (GATS): 11, 12, 13 e 17; e duas questões em comum entre GYTS e GATS: 6 e 21. Todas as demais são de autoria própria. Essas duas pesquisas

internacionais foram criadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) com uma metodologia padronizada e que pode ser adotada pelos países à nível local, regional e nacional gerando dados relevantes para o controle do tabagismo.