2021

Livro Digital



ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO



UNIDADE 1

CONTEXTO DO TABAGISMO

Autoras:
Marinalda Boneli da Silva
Silvia Cardoso Bittencourt

Unidade 1

Objetivos da unidade:

- ✓ Indicar as implicações do tabagismo na saúde das pessoas;
- ✓ Apontar o tabagismo como problema de saúde pública;
- ✓ Apresentar dados relacionados ao tabagismo no Brasil;
- ✓ Apresentar o Programa Nacional de Controle de Tabagismo (PNCT) e seu impacto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Apresentação da unidade

Esta unidade apresenta um panorama geral sobre alguns aspectos relacionados ao consumo do tabaco no Brasil, um problema sério de saúde pública que necessita de estratégias amplas e intersetoriais, e suas consequências para a saúde da população.

A partir dos dados apresentados evidencia-se a importância do PNCT estruturado, atuando com objetivos específicos sobre os impactos na sociedade brasileira, e sobre o SUS.

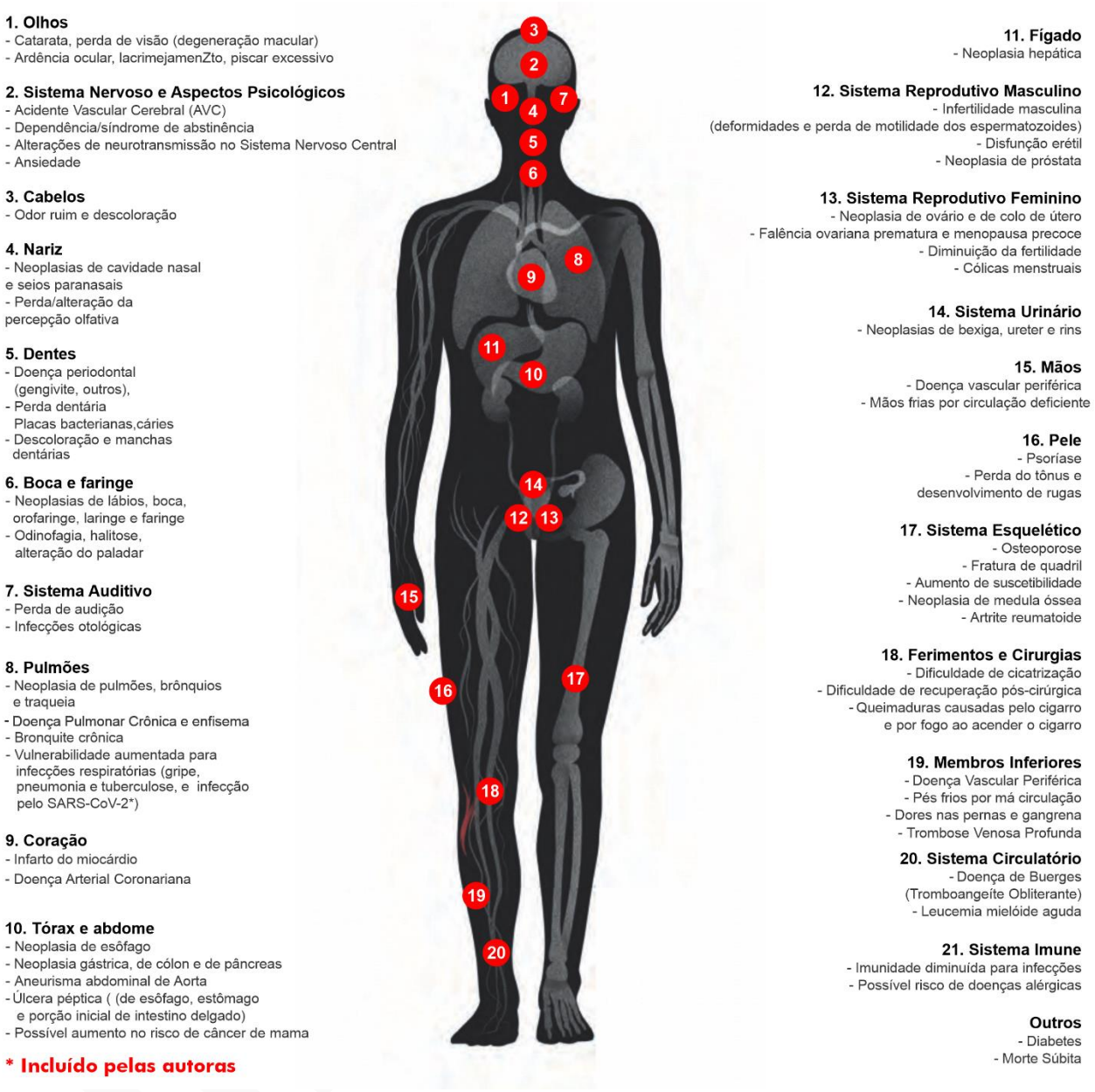
1.1 O tabagismo como problema de saúde pública e suas implicações na saúde das pessoas

O tabagismo é um dos fatores que mais contribui para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como diferentes tipos de câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doença pulmonar crônica. Não apenas aqueles que fumam sofrem as consequências do uso do tabaco, mas também os fumantes passivos, como as crianças (inclusive intraútero) no âmbito do domicílio e as pessoas com quem o tabagista convive (BRASIL, 2011; DROPE; SCHLUGER, 2018; MIRRA *et al*., 2013; NCI/WHO, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019a), em 2017 ocorreram cerca de oito milhões de mortes por doenças relacionadas ao tabaco e, em 2016, foram cerca de 884.000 mortes causadas pelo tabagismo passivo. Dentre as doenças destacadas está o câncer de pulmão, vinculado de forma importante ao uso do tabaco, e a doença pulmonar crônica (cerca de 45% dos casos de doença pulmonar crônica no mundo estão relacionados ao seu uso) (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Observe na Figura 1 algumas doenças e alterações relacionadas ao tabagismo e o(s) órgão(s) e/ou sistemas do corpo humano afetado(s) por elas.

Figura 1: Doenças e alterações ocasionadas a partir do tabagismo.



Fonte: Drope e Schluger (2018), p. 24, tradução livre das autoras.

Vale lembrar que a forma mais usual de consumo do tabaco é a forma “fumada” (charuto, cachimbo, cigarro de palha ou papel, narguilé). No entanto, o uso do tabaco “não fumado” também tem se difundido no mundo e causa prejuízos à saúde.

No ano 2000 cerca de 1.397 milhões de pessoas acima de 15 anos fumavam no mundo, considerando todas as formas de uso do tabaco. Em 2015 esse número passou para 1.351 milhões e a estimativa para 2025 é que sejam 1.299 milhões (WHO, 2019a).

Estima-se que a prevalência do tabagismo (ou seja, porcentagem de pessoas fumantes) no mundo passou de 22,5% para 19,2% entre 2007 e 2017, mostrando uma redução relativa de cerca de

15% no consumo do tabaco (WHO, 2019a). A projeção para os próximos anos é que essa prevalência continue diminuindo (WHO, 2019a; WHO, 2019b).

Na Tabela 1 é possível observar, por faixas etárias, a estimativa e a projeção da prevalência de fumantes no mundo entre os anos 2000 e 2025. Essa redução tem sido atribuída às políticas de controle de tabaco incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e à adesão dos países às suas recomendações (WHO, 2019a).

Tabela 1: Tendências globais na prevalência do uso de tabaco por idade entre os anos 2000 a 2025.

Grupo de idade	Prevalência estimada (%)				Prevalência projetada (%)	
	2000	2005	2010	2015	2020	2025
Ambos os sexos						
15-24	22,6	20,3	18,6	17,0	15,5	14,2
25-34	31,7	28,9	26,1	23,9	22,0	20,1
35-44	38,6	35,0	32,0	29,2	26,5	24,5
45-54	41,4	37,5	34,0	31,3	28,8	26,3
55-64	39,8	35,5	32,1	29,3	26,8	25,0
65-74	34,4	30,9	27,7	25,0	23,0	21,2
75-84	27,8	24,6	22,3	20,2	18,4	16,8
>85	19,4	18,3	15,9	14,3	13,0	11,9

Fonte: WHO, 2019a, p.8., tradução livre das autoras.

A prevalência do tabagismo varia de país para país e entre homens e mulheres, sendo maior em homens (WHO, 2019a).

Saiba mais:

Saiba mais sobre a prevalência de pessoas fumantes nos diferentes países por meio do **mapa interativo da OMS** clicando aqui.

Para a prevalência em homens, clique na janela "*view more indicators*" que fica à sua esquerda e selecione "*male*". Para conhecer a prevalência do tabagismo em mulheres clique na janela "*view more indicators*" que fica à sua esquerda e selecione "*female*".

Além dos prejuízos que o tabaco causa para quem consome, inúmeros outros malefícios acontecem em todo o ciclo de produção do tabaco. Por essa razão, e no intuito de diminuir a produção e comercialização de tabaco no mundo, a OMS preconiza ações relativas a cada uma dessas etapas. A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi aprovada em 2003 e passou a vigorar em 2005 com o objetivo de tornar o mundo livre do tabaco e difundir essas ações (INCA, 2015; INCA, 2020).

Até setembro de 2019, 181 países haviam ratificado sua adesão ao documento, o maior número de adesões de um tratado na história da Organização das Nações Unidas (ONU) (INCA, 2020).

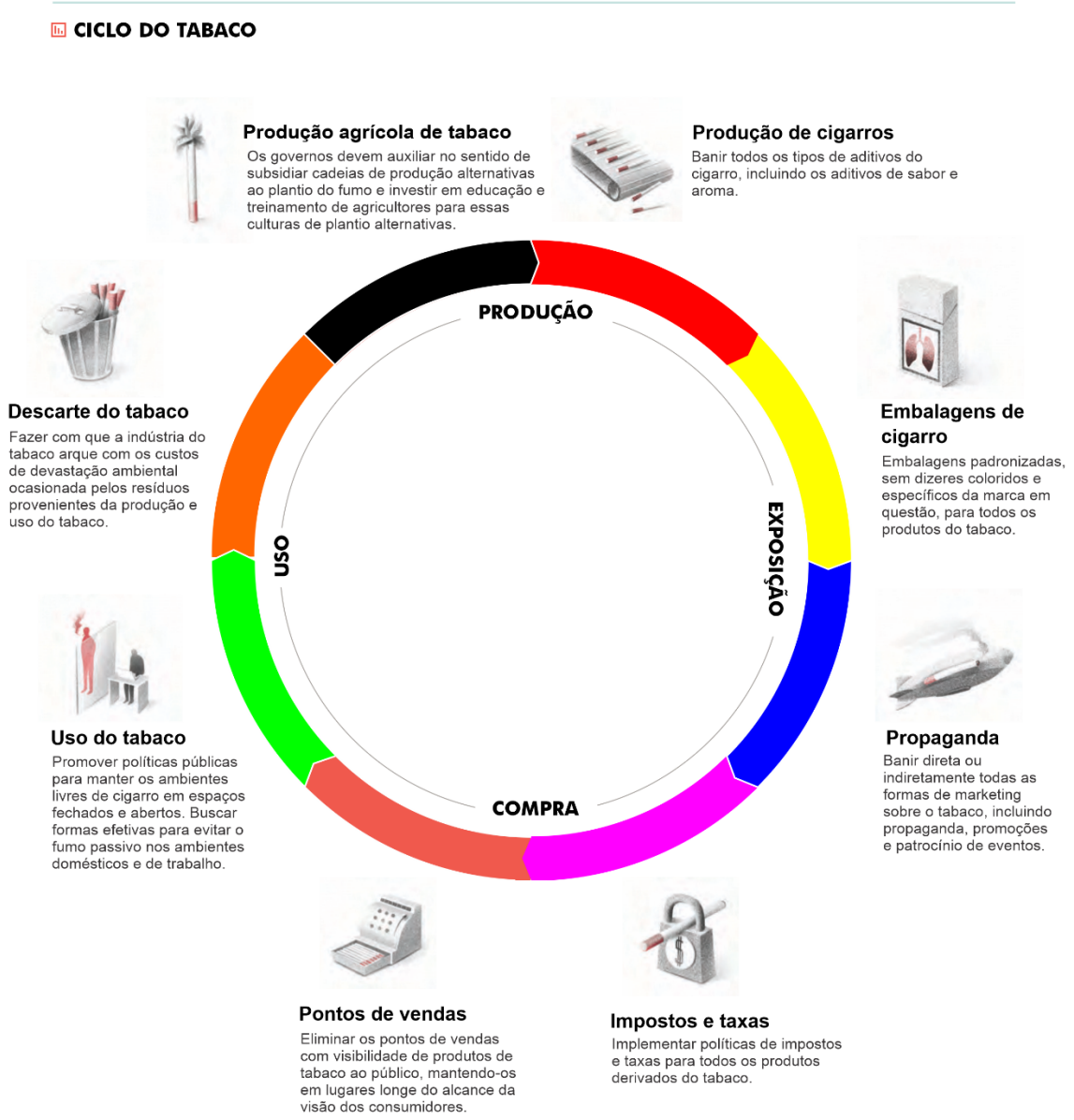
Saiba mais:

A OMS, de modo a facilitar a implantação da CQCT, propôs um conjunto de ações denominado **MPOWER**. A sigla significa *Monitoring* (monitorando a epidemia), *Protecting* (protegendo a população da fumaça do tabaco), *Offering* (oferecendo ajuda para deixar de fumar), *Warning* (advertindo sobre os perigos do tabaco), *Enforcing* (fazendo cumprir a proibição da publicidade, promoção e patrocínio) e *Raising* (aumentando impostos dos produtos do tabaco). Para acessar a versão em português do MPOWER clique aqui.

Assim, a intervenção nas diferentes etapas da produção do tabaco, que também trazem prejuízos à saúde para populações vulneráveis – como crianças e adolescentes que trabalham no cultivo do fumo em países de baixa renda –, tem sido alvo de políticas públicas em todo o mundo na tentativa de diminuir os malefícios que o tabaco traz a partir do início do seu ciclo de produção (DROPE; SCHLUGER, 2018).

Na Figura 2 é possível visualizar essas diferentes dimensões do ciclo do tabaco, da produção ao descarte, que afetam a saúde de diversas formas, além do hábito de fumar, e as possíveis intervenções para lidar com cada uma delas.

Figura 2: Dimensões relativas ao ciclo do tabaco e aspectos passíveis de intervenção, com o intuito de diminuir o tabagismo e os problemas decorrentes da sua produção e seu uso na saúde das pessoas.



Fonte: Drope e Schluger, 2018, p.11 (adaptado). Tradução livre das autoras.

1.2 Contextualizando o tabagismo no Brasil

Desde 2006 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) tem monitorado a prevalência do tabagismo em capitais brasileiras por se tratar de um fator de risco evitável para diferentes DCNT. Nessa pesquisa são avaliados, por telefone, diferentes fatores de risco para DCNT. Para avaliação da prevalência do tabagismo são incluídos maiores de 18 anos, para os quais se pergunta se fumam ou se já foram fumantes. Nesse primeiro ano da pesquisa, a prevalência para maiores de idade estava em torno de 16,2% no Brasil, sendo 20,3% para homens e 12,8% para mulheres e até 2018 esteve decrescente (BRASIL, 2007; 2019).

No ano de 2018, cerca de 12,1% dos homens e 6,9% das mulheres moradores de capitais brasileiras disseram ser fumantes e, em 2019, foram cerca de 12,3% dos homens e 7,7% das mulheres (BRASIL, 2019; 2020). Embora de 2018 para 2019 o VIGITEL aponte para um leve aumento na prevalência total de fumantes (de 9,3% para 9,8%), a prevalência teve tendência a diminuir nas últimas décadas no Brasil (MALTA *et al.*, 2019). Em Florianópolis, no ano de 2018, a frequência era de 11,2% para a população maior de 18 anos, sendo 15,4% para o sexo masculino e 7,4% para o sexo feminino. Em 2019 a frequência era de 10,7%, sendo 14,1% em homens e 7,7% em mulheres (BRASIL, 2019; 2020).

Outra fonte de dados é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que avaliou a prevalência de tabagismo em 2013 e 2019 (BRASIL, 2021). Segundo dados dessa pesquisa, na região Sul do Brasil a frequência de fumantes era de 16,1% no ano de 2013, e de 14,7% em 2019 para maiores de 18 anos, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que avaliou os resultados da PNS em 2019 por inquérito domiciliar (INCA, 2021).

Saiba mais:

Saiba mais sobre a **prevalência de tabagismo no Brasil,** de acordo com a PNS, por regiões do país ou ainda separados por dados específicos (sexo, idade, escolaridade, entre outros) clicando aqui e explorando o Painel de Indicadores de Saúde da PNS (BRASIL, 2021).

Além do sofrimento causado pela doença, há impactos gerados pelo tabagismo para toda a sociedade, inclusive em relação ao âmbito financeiro, incluindo, por exemplo, os custos do tratamento de doenças relacionadas ao tabaco. Em estudos sobre a participação do tabaco na ocorrência de DCNT, estima-se que em 2011 o custo pelo seu uso, para o sistema de saúde do Brasil, foi de R$ 23,37 bilhões (PINTO; PICHON-RIVIERE; BALDACH, 2015).

Em outro estudo foi possível atribuir cerca de R$ 56,9 bilhões gastos com o consumo de tabaco no Brasil no ano de 2015. Cerca de 70% desse valor corresponde ao custo direto associado à assistência à saúde e os outros 30% corresponde ao custo indireto por perda de produtividade devido à morte prematura e incapacidade (PINTO *et al.*, 2019).

Além dos custos para tratamento dessas doenças, é possível relacionar as mortes que estiveram diretamente relacionadas ao tabaco. Em 2011 foram atribuídas ao tabagismo cerca de 147.072 mortes dentre as causadas por doenças crônicas, como podemos ver na tabela 2 (PINTO; PICHON-RIVIERE; BALDACH, 2015).

Tabela 2: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2011.

Óbitos, eventos agudos e crônicos e anos potenciais de vida perdidos por morte prematura atribuíveis ao tabagismo por sexo, no Brasil.

	Totais (A)	Óbitos Atribuíveis ao tabagismo					
		Homens (B)		Mulheres (C)		Total (D = B + C)	% (D/A)
		n	%	n	%		
IAM	114.363	17.397	18	6.680	19	24.077	21%
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	33.391	4.212	4	1.540	4	5.752	17
Doença cardiovascular * (causas não isquêmicas)	50.536	5.439	6	1.419	4	6.858	14
AVC	83.619	8.571	9	6.534	19	15.104	18
Câncer de pulmão	27.024	15.543	16	6.363	18	21.906	81
Pneumonia	54.221	6.372	7	2.044	6	8.416	16
DPOC	31.600	19.355	20	5.401	16	24.756	78
Câncer de boca e faringe	4.318	2.554	3	417	1	2.971	69
Câncer de esôfago	9.633	5.457	6	1.127	3	6.584	68
Câncer de estômago	17.594	3.355	4	523	2	3.878	22
Câncer de pâncreas	8.857	1.137	1	777	2	1.914	22
Câncer de rins e pélvis renal	2.625	686	1	48	0	734	28
Câncer de laringe	4.724	3.509	4	392	1	3.901	83
Leucemia mielóide	4.717	606	1	178	1	783	17
Câncer de bexiga	3.681	1.254	1	234	1	1.488	40
Câncer de colo do útero	8.084	-	-	1.033	3	1.033	13
Tabagismo passivo e causas perinatais	16.920	-	-	-	-	16.920	-
Total	475.906	5.445	100	34.707	100	147.072	31

Fonte: PINTO; PICHON-RIVIERE; BALDACH, 2015.

Na tabela 3 a estimativa foi para o ano de 2015 (PINTO *et al.*, 2019). Isso quer dizer que, ainda que as DCNT tenham diferentes fatores de risco para seu desenvolvimento, muitas mortes poderiam ter sido evitadas se não houvesse o consumo de tabaco. Observe a seguir.

Tabela 3: Óbitos por DCNT e óbitos atribuídos ao consumo de tabaco, segundo estimativa realizada a partir de modelo validado. Brasil, 2015.

Doença	Total de mortes (A) *	Mortes atribuíveis ao tabagismo					
		Homens (B)		Mulheres (C)		Total (D = B + C)	% (D/A)
	n	n	%	n	%	n	
Total	558.789	106.729	100	49.608	100	156.337	28
IAM	130.312	16.791	16	6.397	13	23.188	18
Doença isquêmica do coração (exceto IAM)	32.293	3.545	3	1.462	3	5.007	16
Doença cardiovascular (causas não isquêmicas)	59.944	5.182	5	1.622	3	6.804	11
AVC	80.857	6.493	6	4.319	9	10.812	13
Câncer de pulmão	30.519	16.077	15	7.686	15	23.763	78
Pneumonia	85.442	7.954	7	2.946	6	10.900	13
DPOC	41.924	17.891	17	13.229	27	31.120	74
Câncer de boca e faringe	10.269	3.845	4	2.036	4	5.881	57
Câncer de esôfago	10.597	5.695	5	1.195	2	6.890	65
Câncer de estômago	16.770	2.846	3	533	1	3.379	20
Câncer de pâncreas	10.846	1.149	1	1.058	2	2.207	20
Câncer de rins e pélvis renal	3.295	754	1	53	0	807	24
Câncer de laringe	4.796	3.433	3	397	1	3.830	80
Leucemia mieloide	11.116	1.237	1	325	1	1.562	14
Câncer de bexiga	3.720	1.060	1	296	1	1.356	36
Câncer de colo do útero	7.996	-	-	739	1	739	9
Tabagismo passivo e causas perinatais	18.092	12.777	12	5.315	11	18.093	100

Na coluna Total de Mortes (A)* não são mortes atribuíveis ao tabagismo.

Fonte: PINTO *et al.*, 2019.

Estudo realizado nos Estados Unidos sobre custos relativos ao tabagismo aponta que, se a cessação ocorre antes do aparecimento de problemas de saúde relacionados ao tabaco, cerca de 70% dos custos excessivos em saúde podem ser economizados com a eliminação do consumo de tabaco. Os estudos em países com alta renda *per capita* apontam para economia significativa na área da saúde. Para os países de baixa e média renda ainda são necessários estudos para avaliar qual a magnitude do que se pode economizar em saúde com o abandono do cigarro (NCI/WHO, 2016).

No Brasil, o tabagismo tem sido associado à baixa escolaridade e à menor renda (BRASIL, 2015; BRASIL, 2021). Vale lembrar que as populações de mais baixa renda são aquelas que mais sofrem com os efeitos do tabagismo, tanto por comorbidades associadas (tuberculose, DCNT, entre outras) como pelo dinheiro gasto com a compra de cigarro que poderia ser utilizado, inclusive, na aquisição de alimentos para a família (BRASIL, 2015).

Esse foi um panorama geral sobre alguns aspectos da situação sobre o consumo de tabaco no Brasil. Agora vamos apresentar o que tem sido feito para que o tabagismo diminua cada vez mais no país, na direção de um mundo sem tabaco.

1.3 Programa Nacional de Controle do Tabagismo

O tabagismo é fator de risco passível de intervenção e esses agravos representam sofrimento para os pacientes e custos para a sociedade, os quais poderiam ser evitados com o seu abandono. No entanto, abandonar o tabaco é uma tarefa desafiadora e depende não apenas da iniciativa do fumante, mas também de outras ações, tais como formulação de políticas públicas e apoio ao fumante por parte de familiares e de profissionais de saúde no processo de abandono do hábito de fumar (DROPE; SCHLUGER, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; OMS, 2019).

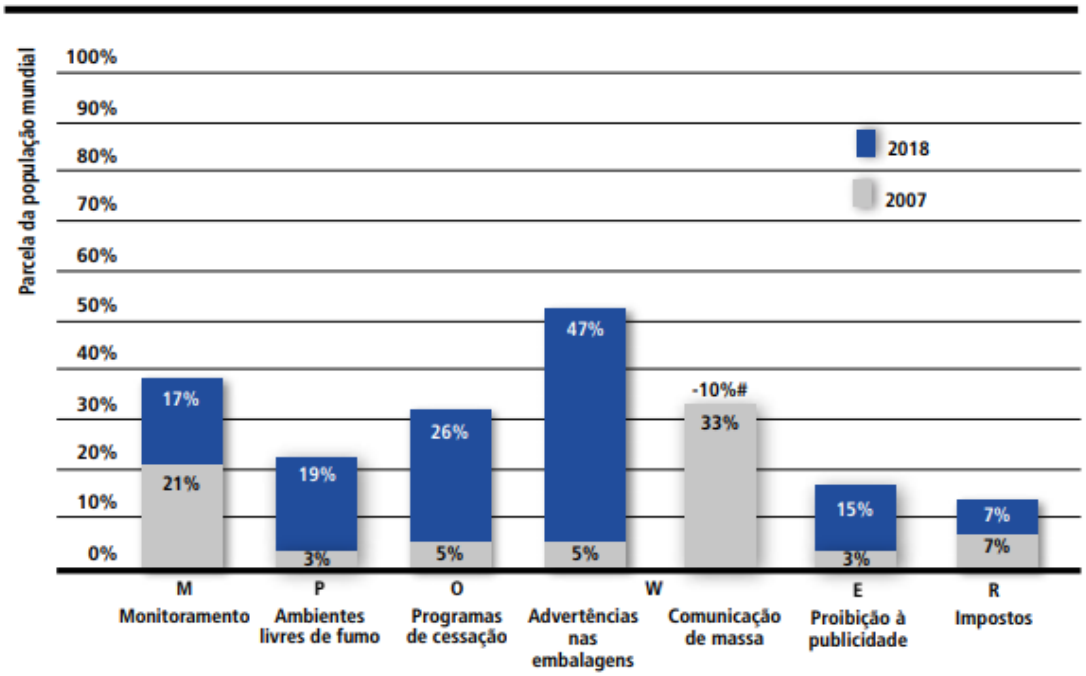
Por ser um fator de risco evitável, o tabagismo tem sido alvo das ações de Saúde Pública em todo o mundo. No ano de 2003 foi apresentada a CQCT, sendo o Brasil o segundo país a assiná-la. A convenção traz orientações para diminuir o tabagismo no mundo (TEIXEIRA, PAIVA, FERREIRA, 2017; DROPE; SCHLUGER, 2018; OLIVEIRA *et al*., 2019, WHO, 2019a). Vale lembrar que, antes disso, já existiam ações para o controle do tabaco. Em 1991 as ações de controle do tabagismo foram transferidas do Ministério da Saúde para o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e, em 2003, foi instituído o PNCT (MIRRA; ROSEMBERG; ARAÚJO, 2012; PORTES *et al*., 2018).

O Brasil tem sido destaque no mundo em relação ao enfrentamento da epidemia do tabaco. No último relatório da OMS há destaque para o Brasil e a Turquia como os dois únicos países no mundo que implementaram todas as medidas MPOWER no seu mais alto nível (DIAS, 2019; OMS, 2019). Destaca-se no artigo 14 da CQCT que os países devem adotar, em seus serviços de saúde, medidas para possibilitar o abandono do tabaco, incluindo o acompanhamento e o apoio a fumantes (OMS, 2005). O Brasil vem seguindo essa recomendação.

O conhecimento dos profissionais de saúde sobre as ações de apoio e tratamento aos fumantes que buscam auxílio nos serviços de saúde tem aumentado nos últimos anos, como mostra a pesquisa realizada por Martins e colaboradores (2021) em relação ao conhecimento das estratégias de apoio ao abandono do tabaco.

No gráfico abaixo (Figura 3) é possível observar o aumento da população mundial que foi alcançada por políticas selecionadas de controle do tabaco comparados os anos de 2007 e 2018 (WHO, 2019a), e a maior proporção de alcance em 2018 se refere às advertências nas embalagens (47%).

Figura 3: População mundial que foi alcançada por políticas selecionadas de controle do tabaco no ano de 2007 a 2018.



Fonte: OMS, 2019, p.5.
Nota:
*O alcance da comunicação de massa refere-se a 2010, não 2007. A cobertura por medidas de impostos refere-se a 2008, não a 2007.
#O número de pessoas alcançadas por campanhas de comunicação de massa diminuiu desde 2010.

O INCA é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer. Desde 1989 o INCA coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros setores do Ministério da Saúde, bem como com representações variadas da sociedade civil organizada. O Objetivo geral do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer é reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil (Elias, 2019).

Os objetivos estratégicos do programa são: reduzir a aceitação social do ato de fumar; reduzir os estímulos sociais e econômicos para o consumo; prevenir a iniciação no tabagismo; proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco; promover e apoiar a cessação de fumar (Elias, 2019).

Esses objetivos alicerçam-se nas seguintes ações que vêm sendo desenvolvidas nacionalmente com a parceria da rede de controle do tabagismo:

1) Educação e socialização do conhecimento através de campanhas como o Dia Mundial sem Tabaco/Dia Nacional de Combate ao Fumo e de ações em escolas e em ambientes de trabalho;
2) Tratamento para cessação de fumar em unidades de saúde SUS;
3) Promoção e defesa de medidas legislativas e econômicas: proibição da propaganda de produtos de tabaco; obrigatoriedade de advertências sanitárias com fotos nas embalagens de produtos de tabaco; proibição de fumar em ambientes fechados; proibição da propaganda nos pontos de venda; fiscalização e controle de venda a menores de idade; aumento de preços e impostos sobre os produtos de tabaco;
4) Mobilização e controle social para proteção das ações de controle do tabagismo da interferência indevida da indústria do fumo;
5) Fiscalização do cumprimento da legislação;
6) Monitoramento e avaliação das ações;
7) Vigilância epidemiológica de tabagismo na população geral, entre escolares, profissionais de saúde e profissionais de educação.

Saiba mais:

Visite a página do **Programa Nacional de Controle do Tabagismo,** coordenado nacionalmente pelo INCA (INCA, 2020), clicando aqui.

Nesta unidade vimos as implicações que o tabagismo causa na saúde das pessoas, tanto de usuários como das pessoas com as quais eles convivem, e reconhecemos o tabagismo como um problema de saúde pública. Além disso, conhecemos o panorama do tabagismo no Brasil e o PNCT e seu impacto no SUS.

Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- Fumantes passivos também sofrem as consequências, assim como todos que participam do processo de produção do tabaco. Começando pelo cultivo do fumo, que muitas vezes é produzido por crianças e adolescentes;

- Outra consequência trazida pelo tabaco é o custo com o tratamento de doenças que ele pode causar, direta ou indiretamente, e que é refletida em toda a sociedade;

- As políticas de controle do tabaco são incentivadas pela OMS e auxiliam na diminuição da prevalência de fumantes;

- Dentre as fontes de dados sobre tabagismo no Brasil, podemos destacar o VIGITEL, que monitora, por telefone, a prevalência do tabagismo nas capitais brasileiras em pessoas maiores de 18 anos; e a

PNS, que avaliou a prevalência de tabagismo em 2013 e 2019 separados por região, idade, sexo, escolaridade, entre outros;

- As políticas públicas de incentivo ao abandono do hábito de fumar são de suma importância e contam com o apoio dos profissionais da saúde. O Brasil tem se destacado no cenário mundial no que diz respeito ao enfrentamento à epidemia do tabaco. Foi instituído, então, o PNCT no ano de 2003 com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil.

Na próxima unidade vamos estudar os aspectos clínicos do tabagismo. **Bom estudo!**

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2018**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Vigitel, 2019. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Vigitel, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. **Painel de Indicadores de Saúde**: Pesquisa Nacional de Saúde. 2021. Disponível em: https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2006.pdf. Acesso em: 27 abr. 2021.

DIAS, Julia. Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 30 jul. 2019. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-oms-sobre-tabaco-destaca-brasil. Acesso em: 20 abr. 2021.

DROPE J.; SCHLUGER, N. (ed). **The Tobacco Atlas**. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em: https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

ELIAS, A. *et al*. **Abordagem e Tratamento do Tabagismo**. 2. ed. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. Disponível em: https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/19057/mod_resource/content/6/Apostila_Tabagismo_2019.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ)**: Texto Oficial. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-controle-do-tabaco-texto-oficial.pdf. Acesso em: 26. abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco no Brasil**: dez anos de história - 2005-2015. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em:

https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-no-brasil-10-anos-de-historia-2005-2015-ed2.pdf. Acesso em: 26. abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. [online]. 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo. Acesso em: 26. abr.2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **O que é a convenção-quadro para o controle do tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 5 jun. 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/en/node/1378. Acesso em: 26 abr. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Tendências de indicadores relacionados ao tabagismo nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 e 2017. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 45, n. 5, set./out. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v45n5/pt_1806-3713-jbpneu-45-05-e20180384.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

MARTINS, Stella Regina *et al*. Conhecimento e atitudes sobre as políticas MPOWER da OMS para redução do uso do tabaco em nível populacional: comparação entre estudantes de medicina do terceiro e sexto anos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, vol.47, n.1. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132021000100204&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

MIRRA *et al*. **Evidências científicas sobre o tabagismo para subsídio ao poder judiciário**, 2013. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes12/tabagismojudiciario.pdf. Acesso em: 10 nov. 2014.

MIRRA, A. P.; ROSEMBERG, J.; ARAÚJO, J. A. Marcos históricos do controle do tabaco no Brasil. In: ARAÚJO, J. A. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. São Paulo, 2012. P.5-7.

NATIONAL CANCER INSTITUTE/WORLD HEALTH ORGANIZATION (NCI/WHO). **The Economics of Tobacco and Tobacco Control**. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Washington: U.S. National Cancer Institute, WHO; 2016. Disponível em: https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21. Acesso em: 08 abr. 2021.

OLIVEIRA, G.M. M, *et al*. Recomendações para a Redução do Consumo de Tabaco nos Países de Língua Portuguesa - Posicionamento da Federação das Sociedades de Cardiologia de Língua Portuguesa. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v. 112, n. 4, p. 477-486, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/4qzc3crWpb4VwGD5P8TY7bx/?lang=pt). Acesso em: 23 abr. 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**. 2003, reimpresión actualizada, 2004, 2005. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 de abril de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, 2019**: oferecer ajuda para deixar de fumar. Resumo. 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325968/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 25 abr. 2021.

PINTO, M.T; PICHON-RIVIERE, A; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf. Acesso em: 28 abr. 2021.

PINTO, Marcia *et al*. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, ago. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001005007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2021.

PORTES, L. H. *et al*. Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 23, n. 6, p.1837-1848. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

TEIXEIRA, L.A. S; PAIVA, C.H.A; FERREIRA, V.N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 15, supl. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001505004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025 third edition**. 2019a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition. Acesso em: 26 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who report on the global tobacco epidemic, 2019**: Offer help to quit tobacco use. 2019b. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204. Acesso em: 08 abr. 2021.