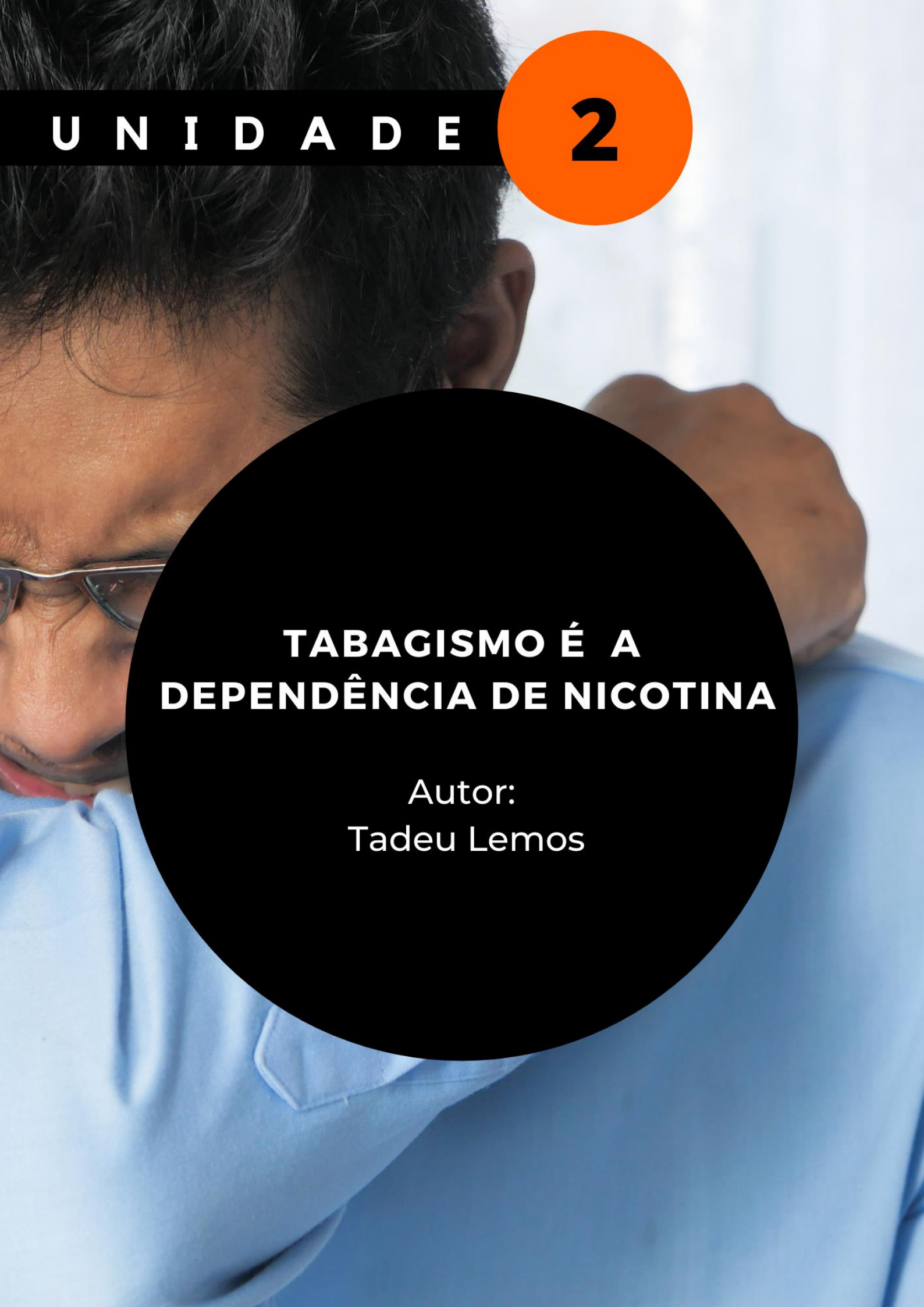
2021

Livro Digital



ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO



UNIDADE 2

TABAGISMO É A DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Autor:
Tadeu Lemos

Unidade 2

Objetivos da unidade:

- ✓ Descrever os efeitos do tabagismo sobre a saúde, caracterizando suas ações no cérebro;
- ✓ Apresentar o desenvolvimento da dependência de nicotina;
- ✓ Apresentar as possíveis abordagens do dependente de nicotina.

Apresentação da unidade

Iniciaremos esta unidade resgatando um pouco da história do tabagismo até chegarmos à caracterização clínica da dependência de nicotina. Descrevemos os efeitos da nicotina no cérebro, seu potencial de dependência e estratégias para abordar o tabagista.

Ao finalizar esta unidade, você deverá saber como reconhecer a dependência de nicotina, os instrumentos disponíveis para avaliar a gravidade do tabagismo e como abordar o indivíduo dependente da nicotina.

Introdução

O uso da planta tabaco (*Nicotiniana tabacum*) é milenar, remetendo aos primeiros habitantes das américas, há pelo menos três mil anos antes dos descobrimentos, que a utilizavam com fins ritualísticos e curativos. Segundo historiadores, deve-se ao francês Jean Nicot (1530-1604), embaixador da França em Portugal, a introdução do tabaco na Europa.

Em Lisboa, Nicot conheceu as propriedades terapêuticas do tabaco originário do novo mundo e enviou folhas da planta para Catarina de Medicis, então rainha da França, que sofria de “enxaqueca”. Nicot descreveu-a como uma planta sagrada e milagrosa. O sucesso no tratamento da rainha difundiu o uso terapêutico do rapé (pó fino composto pelo tabaco e componentes de outras plantas, utilizado de forma inalada com fins curativos e ritualísticos) e das outras formas de consumo do tabaco (ARAÚJO; FERNANDES, 2021).

Em 1752 o naturalista sueco Caroleus Linneus atribuiu à planta o nome de *Nicotiniana tabacum* em homenagem a Jean Nicot. Posteriormente, em 1828, os alemães Posselt e Reimann isolaram a nicotina, que veio a ser caracterizada como a substância responsável pela dependência de tabaco, descrita em 1971, pelo inglês Hamilton Russell (RUSSELL, 1971; ROSEMBERG *et al*., 2004).

O cigarro industrializado surgiu em 1880 com a invenção da máquina de enrolar cigarro pelo americano James Bonsack. Foi amplamente distribuído aos soldados que combatiam na primeira guerra mundial, pois a nicotina sabidamente reduzia o apetite e aumentava o estado de alerta, o que contribuiu para a sua disseminação (ARAÚJO; FERNANDES, 2021).

Além da nicotina, a fumaça do cigarro contém aproximadamente 700.000 substâncias tóxicas, sendo que pelo menos 70 delas são carcinogênicas, como o arsênico, benzeno, formaldeído, chumbo, nitrosaminas e polônio, além dos gases monóxido de carbono, cianamida hidrogenada, butano, tolueno e amônia (PROCHASKA; BENOWITZ, 2019).

2.1 Tabagismo é a dependência de nicotina

O tabagismo é uma doença crônica e recidivante causada pela dependência de nicotina, que se instala pelo hábito de consumir cigarro ou outros produtos à base de tabaco. É a principal causa de morte evitável no mundo. Segundo a OMS, ocorrem mais de 8 milhões de mortes anuais por tabagismo, além de 1,2 milhão de mortes por tabagismo passivo. Trata-se, portanto, de uma pandemia, com importante impacto sanitário e econômico (WHO, 2020).

No Brasil, 12,6% da população adulta é tabagista, e a maioria é do sexo masculino (PNS, 2019). Em Santa Catarina, segundo a mesma fonte, são 13% de tabagistas, sendo que a capital Florianópolis ocupa a sexta posição entre as capitais brasileiras no ranking de número de fumantes.

Nos últimos 30 anos, a prevalência de tabagistas adultos reduziu mais de 60%, fazendo do país uma referência internacional no combate ao tabagismo. Contudo, ainda morrem 443 pessoas/dia por causas atribuíveis ao tabagismo no Brasil, incluindo o tabagismo passivo.

Na pandemia da covid-19, fumantes adultos brasileiros relataram um aumento de 34% no consumo de cigarros, sendo maior entre as mulheres. Esse aumento foi associado ao desconforto pelo isolamento dos familiares, à piora da qualidade do sono, tristeza, depressão, ansiedade, queda do rendimento financeiro e pior avaliação do estado geral de saúde (MALTA *et al.*, 2021).

Estima-se que mais de 80% dos fumantes tentam parar e que, aproximadamente, metade deles só o consegue a longo prazo.

2.1.1 Dependência de nicotina

A dependência de nicotina é definida como o uso compulsivo de nicotina e produtos do tabaco, com dificuldade de controle quanto ao início, à manutenção e ao término do uso. A interrupção causa síndrome de abstinência, trazendo prejuízos à saúde física e mental da pessoa. A dependência envolve aspectos físicos e psicológicos, com repercussões orgânicas, comportamentais, ecológicas e ambientais.

Essa dependência é mediada por um complexo conjunto de fatores:

1) Efeitos farmacológicos da nicotina;
2) O tipo de produto do tabaco, como cigarro convencional ou eletrônico, charuto, palheiro, narguilé, rapé;
3) Fatores genéticos;
4) Aprendizado condicionante pelo reforço prazeroso das doses frequentes;
5) Fatores socioculturais, como influência dos pares, de familiares e do marketing; e
6) Fatores econômicos, como baixo custo e fácil acesso à compra.

Listamos, a seguir, os efeitos da nicotina que são mediados pela liberação de vários neurotransmissores no Sistema Nervoso Central (SNC).

Dopamina ..... Prazer e diminuição do apetite;
Noradrenalina ..... Alerta e diminuição do apetite;
Acetilcolina ..... Alerta e melhora cognitiva;
Glutamato ..... Memória e melhora cognitiva;
Serotonina ..... Modulação do humor e diminuição do apetite;
Beta-endorfina ..... Redução da ansiedade e sensação de relaxamento;
GABA ..... Redução da ansiedade e sensação de relaxamento.

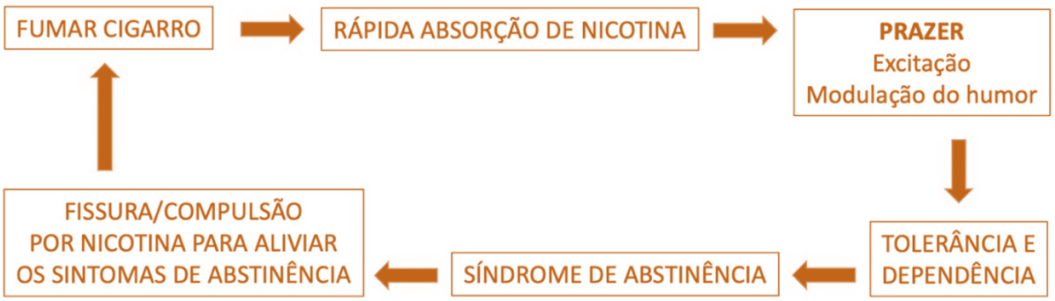
A nicotina tem alto potencial de dependência. Uma vez fumada, chega rapidamente ao cérebro (leva de sete a dez segundos), tem potente efeito prazeroso com sensação de bem-estar, aumento da cognição e memória, que passam rapidamente em 20 a 30 minutos. Além disso, é inibidora do apetite.

Alguns dos efeitos da nicotina, descritos como benéficos, se devem ao alívio das manifestações da síndrome de abstinência (irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração, insônia e/ou sonolência, ansiedade, humor disfórico* ou deprimido e aumento do apetite). Chamamos a isso de reforço negativo. Assim, a dependência de nicotina se instala por reforço positivo (o prazer inicial pelo consumo) associado ao reforço negativo (responsável pela manutenção do consumo) (PROCHASKA; BENOWITZ, 2019; PRESMAN; GIGLIOTTI, 2019).

*Humor disfórico: alteração súbita e desagradável do humor, com irritabilidade, amargura ou desgosto (DALGALARRONDO, 2018).

Assim, para os fumantes diários há um ciclo durante o qual os níveis de nicotina aumentam no sangue; uma tolerância rápida se desenvolve durante o dia e eles passam a fumar para aliviar os sintomas de abstinência. Alguns fumantes pesados acordam à noite para fumar, por causa de sintomas de abstinência, e acendem o primeiro cigarro logo ao acordar, pois o nível sanguíneo de nicotina está muito baixo. Este é o ciclo da dependência, descrito na figura abaixo.

Figura 1: Ciclo da dependência.



Fonte: Adaptado de Prochaska e Benewitz, 2019.

Há pessoas que são mais vulneráveis à dependência de nicotina. Além da predisposição genética mencionada anteriormente, os grupos de maior vulnerabilidade são:

a) Adolescentes: Os adolescentes, por não terem completado a maturidade cerebral, tem menor controle sobre seus impulsos e emoções, seu cérebro está mais sensível a alterações provocadas pela nicotina e tornam-se fumantes pesados mais precocemente;

b) Portadores de transtornos mentais: Transtornos como depressão, bipolaridade, estresse pós-traumático e esquizofrenia conferem maior vulnerabilidade ao tabagismo. Há também evidências de que começar a fumar precocemente predispõe à depressão, transtornos ansiosos e esquizofrenia.

c) Usuários de outras drogas: O tabagismo pode ser "porta de entrada" para o uso de outras substâncias, assim como o consumo de tabaco é maior entre os que são usuários de álcool e drogas ilícitas; fumar precocemente aumenta o risco para abuso de álcool e a associação de álcool e tabaco potencializa a letalidade por doenças relacionadas à dependência de nicotina.

Ao identificar um indivíduo dependente de nicotina, que iniciará seu processo de cessação do consumo de tabaco, você deverá motivá-lo e alertá-lo para as mudanças que ocorrerão: perda momentânea da sensação de prazer e bem-estar e dos demais efeitos gratificantes da ação da nicotina no SNC e surgimento dos sinais e sintomas de abstinência. Esses sintomas serão mais intensos logo após a cessação e durante o primeiro mês de abstinência, diminuindo progressivamente. Deverá, também, oferecer estratégias de facilitação da cessação e alívio da síndrome de abstinência.

O PRINCÍPIO BÁSICO DA ABORDAGEM DEVE SER A EMPATIA E A EVITAÇÃO DO CONFRONTO.

2.2 Estratégias de abordagem

Abordar o tabagismo em todas as avaliações de saúde é de fundamental importância. Imagine, por exemplo, que no Brasil há 500 mil médicos e que, se cada um atender dez pessoas/dia, e pelo menos uma delas for fumante, serão abordados cerca de 125 milhões de fumantes/ano. Se ajudarem 10% deles a parar de fumar, serão 12,5 milhões de fumantes.

Somando aos médicos, os demais profissionais das equipes de saúde também podem abordar os tabagistas – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos. Perceba o enorme impacto que teremos sobre o sistema de saúde pública em termos econômicos e de melhoria de qualidade de vida da população.

Ao abordar um tabagista, devemos levar em consideração os seguintes aspectos:

1) Histórico de consumo e grau de dependência;
2) Tentativas de cessação anteriores;
3) Presença de comorbidades clínicas e ou psiquiátricas;
4) Apoio familiar ou social;
5) Motivação para a mudança de comportamento.

2.2.1 Histórico de consumo e grau de dependência

É importante conhecer a relação que o tabagista tem com o cigarro, quando iniciou, que produtos de tabaco consome regularmente e como são seus hábitos com relação a esse consumo. Pode-se pedir que ele descreva como é um dia típico seu com o cigarro. Para acessar o grau de dependência de nicotina, deve-se aplicar o Teste de Fagerström, conforme o quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Teste de Fagerström para Dependência da Nicotina.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
(3) nos primeiros 5 minutos.
(2) de 6 a 30 minutos.
(1) de 31 a 60 minutos.
(0) mais de 60 minutos.

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
(1) Sim.
(0) não.

3. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?
(1) o 1º da manhã.
(0) os outros.

4. Quantos cigarros você fuma por dia?
(0) menos de 10.
(1) 11-20.
(2) 21-30.
(3) mais de 31.

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
(1) Sim.
(0) não.

6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado na maior parte do tempo?
(1) Sim.
(0) não.

Fonte: Heatherton *et al*., 1991

Total:
0-2 = Dependência muito leve;
3-4 = Dependência leve;
5 = Dependência moderada;
6-7 = Dependência pesada;
8-10 = Dependência muito pesada.

O Teste de Fagerström permite detectar o grau de dependência física do tabagista. Quanto maior a somatória do teste, maior desconforto (manifestações de abstinência) a pessoa apresentará durante a cessação do tabagismo. Das seis perguntas, metade está relacionada com o primeiro cigarro da manhã e a maior pontuação individual é para quem fuma o primeiro cigarro do dia nos primeiros cinco minutos após acordar.

A necessidade desse primeiro cigarro da manhã está relacionada com a baixa quantidade de nicotina no cérebro. O tabagista passou o período inteiro de sono sem fumar, e assim, logo pela manhã começam a aparecer os primeiros sintomas da abstinência.

2.2.2 Tentativas de cessação anteriores

Conhecer as tentativas anteriores de cessação ajudará a detectar as barreiras e dificuldades da pessoa para se manter abstinente. A maioria dos tabagistas passa por diversas tentativas, pois as recaídas são muito comuns. Deve-se perguntar quais métodos foram usados e os que se mostraram mais eficazes, pois eles podem ser úteis nesta nova tentativa.

2.2.3 Presença de comorbidades clínicas e ou psiquiátricas

Identificar as doenças clínicas e psiquiátricas favorece um aconselhamento mais objetivo, personalizado e impactante. Se a pessoa já apresenta uma doença relacionada ao tabaco, isso pode ser motivador para a cessação. As doenças psiquiátricas, por sua vez, podem ser facilitadoras do consumo e dificultadoras da adesão ao processo terapêutico, devendo ser adequadamente tratadas.

2.2.4 Apoio social

Identificar se a pessoa convive com tabagistas, seja em casa ou no local de trabalho, bem como se há na sua rede de relações apoiadores ou sabotadores do seu processo terapêutico, nos ajuda a desenvolver estratégias para lidar com essas situações.

2.2.5 Grau de motivação

Um dos fatores que auxilia o tabagista a parar de fumar é sua própria motivação para a mudança de seu comportamento. Para avaliar isso, é proposto o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, que divide o espectro motivacional em 6 fases ou etapas (PROCHASKA; DICLEMENT, 1983). Vejamos o modelo transteórico no quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Modelo transteórico de Prochaska e DiClemente - espectro motivacional.

Fase	Característica	Discurso do tabagista*
Pré-contemplação	Ausência de crítica, não pretende parar de fumar.	*"Minha saúde é ótima. Para mim, o cigarro não faz mal."* *"Todo mundo vai morrer um dia, prefiro morrer fumando."*
Contemplação	Ambivalente. Tem consciência de que é um problema, mas sem convicção para cessar.	*"Seria importante deixar de fumar... minha família me pede tanto, mas é tão gostoso fumar."*
Preparação	Aceitar e escolher estratégias para a cessação.	*"Já tirei os cinzeiros de casa e preciso que você me ajude a parar de fumar."*
Ação	O tabagista toma a atitude de parar efetivamente.	*"Ontem fumei o último cigarro, a partir de hoje não fumo mais."*
Manutenção	Aprende a usar estratégias para prevenção de recaídas.	*"A vontade de fumar vem, mas procuro me distrair para não ceder à vontade."*
Recaída	É comum. Volta aos estágios iniciais.	*"Já estou há tanto tempo sem fumar, unzinho só não vai fazer mal."* *"Não adianta mesmo, já tentei várias vezes e sempre fracasso."*

***Fonte:** Adaptado de Presman e Gigliotti, 2019.

A fase de motivação em que se encontra o tabagista deve definir o foco da abordagem motivacional, como no quadro acima.

Fases e abordagem motivacional

Fases pré-contemplativa e contemplativa

Pacientes nestas fases serão estimulados a interromper o consumo de tabaco, informados sobre os malefícios do hábito e os benefícios da cessação.

Fase de preparação para a ação

Os que estão nesta fase devem ser estimulados a marcar uma data para parar de fumar, fazer atividades físicas, preferencialmente ao ar livre, e evitar fatores de risco como o estresse, a convivência com fumantes, etc. Neste ponto, o foco deve ser a escolha da melhor estratégia que se adapte ao paciente.

Aqui também toda informação sobre os hábitos ou condicionamentos do paciente (gatilhos) que levam ao ato de fumar devem ser evitados. O paciente precisa ser preparado para lidar com os sintomas da abstinência, bem como com os momentos agudos da fissura, que é a principal causa de recaídas. É importante alertar, principalmente as mulheres, sobre um possível ganho de peso, que

poderá ser compensado com atividade física e dieta saudável.

Fase de ação

Nesta fase o paciente encara a fissura e os demais sintomas da abstinência. O profissional de saúde precisa focar nas dificuldades encontradas, tentando estimular, explicar e discutir opções que impeçam o retorno ao uso da substância. Nesta etapa, é fundamental a disponibilidade do profissional de saúde envolvido ou do grupo de cessação do tabagismo.

Fase de manutenção

Nesta fase o paciente deverá ser parabenizado pelo sucesso (mesmo que momentâneo) na cessação do tabagismo, consolidando os ganhos obtidos durante a fase de ação. Buscar estratégias para enfrentar as dificuldades encontradas, prevenindo recaídas (quando o tabagista retorna ao hábito diário) ou lapsos (quando o paciente fumou, mas não retornou ao uso diário).

Como na fase anterior, o empenho do terapeuta e/ou do grupo de cessação do tabagismo fará toda a diferença em relação à eficácia na manutenção da abstinência ao longo do tempo.

A recaída

Recair é mais comum do que não recair. Lapsos são preditores de recaídas. Contudo, a ocorrência de um lapso ou até mesmo uma recaída não deve ser encarado como fracasso, nem causar desânimo e é importante que se reflita sobre o ocorrido. Mesmo sob abordagem intensiva, cerca de 78% dos pacientes voltarão a fumar dentro do grupo de acompanhamento após um ano da intervenção.

Finalizando, existem dois métodos recomendados para ajudar a sistematizar a abordagem ao tabagista, que contemplam tudo o que foi abordado neste capítulo e que podem ser aplicados em qualquer consulta periódica de seus pacientes. O modelo dos 5 As e a estratégia dos 5 Rs, este último visando aumentar a motivação (PRESMAN; GIGLIOTTI, 2019). Vamos conhecê-los? Acompanhe a seguir.

O modelo dos 5 As

Arguir - Pergunte a todo paciente em cada consulta se são fumantes e se desejam deixar de fumar. Registre no prontuário;
Aconselhar - Aconselhe o paciente a parar de fumar. O conselho deve ser objetivo, personalizado e impactante;
Avaliar - Avalie o grau de motivação e dependência do paciente;
Assistir - Para os pacientes que desejam parar de fumar, utilize uma abordagem cognitivo-comportamental e discuta as opções de tratamento farmacológico. Se você não está preparado para esta abordagem, encaminhe para um colega da equipe;
Acompanhar - Marque pelo menos uma consulta de seguimento para uma semana após a interrupção do uso.

A estratégia dos 5 Rs

Relevância - Auxilie o paciente a identificar por que deixar de fumar é relevante. A importância que o paciente dá à mudança é fundamental para a motivação. O paciente deve encontrar e valorizar seus próprios motivos para a cessação do tabagismo;
Risco - Ajude o paciente a identificar os potenciais riscos em sua vida em consequência do seu consumo de tabaco;
Recompensa - Ajude o paciente a identificar os benefícios de parar de fumar (por exemplo, melhora do paladar e do desempenho físico, economia de dinheiro, bom exemplo para os filhos, etc.) e reforce-os;
Resistência - Identifique as principais barreiras que dificultam a parada, como, por exemplo, falta de apoio, sintomas de abstinência e ganho de peso, entre outras;
Repetição - Repita a intervenção toda vez que um paciente pouco motivado for à consulta.

Quem já fez outras tentativas deve ser encorajado a tentar novamente e ser informado de que a maioria das pessoas precisa de várias tentativas até se abster.



Lembre-se que grande parte dos tabagistas necessita de várias tentativas para vencer a dependência à nicotina. Portanto, não pense na cessação do tabagismo como uma atividade de resultados imediatos. Mantenha a motivação e o foco em cada fase do processo, discutindo as estratégias com o paciente. Lembre-se, também, de que existem medicamentos eficazes que podem auxiliar nesse processo. O resultado virá no seu devido tempo.

Figura 2: Estratégias para a cessação do tabagismo.



Fonte: Elaborado pelo autor.



Você já teve a oportunidade de acompanhar um usuário durante as fases acima descritas? Como foi realizada a abordagem inicial? O que você mudaria em sua prática a partir das reflexões realizadas até aqui?

Saiba mais:

Leia o livro **TABAGISMO PREVENÇÃO E TRATAMENTO**. Pereira e colaboradores. Ed. DiLivros, Rio de Janeiro, 2021.

Assista: **FUMANDO ESPERO** (2008), dirigido por Adriana L. Dutra, com Eduardo Moscovis, Carla Camurati, Scarlet Moon, Miúcha, Ney Latorraca e Rita Guedes.

Nesta unidade você aprendeu que o tabagismo é a dependência de nicotina, descrita pela primeira vez em 1971. Essa dependência, que se instala rapidamente, é caracterizada por irritabilidade, impaciência, dificuldade de concentração, insônia e/ou sonolência, ansiedade, humor disfórico ou deprimido e aumento do apetite. A esses sinais e sintomas soma-se uma intensa fissura pelo consumo de tabaco.

Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- Adolescentes, portadores de transtornos mentais e usuários de outras drogas são mais vulneráveis ao tabagismo;

- Na abordagem do tabagista deve-se considerar o histórico de consumo do tabaco e o grau de dependência avaliado pelo Teste de Fagerstrom, as tentativas de cessação anteriores, a presença de comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas, a existência ou não de apoio familiar ou social e reconhecer qual a motivação da pessoa para a mudança de comportamento;

- Essa motivação pode ser avaliada pela escala do modelo transteórico de Prochaska e DiClemente;

- Para sistematizar a abordagem, são propostos os modelos dos 5As (Arguir, Aconselhar, Avaliar, Assistir e Acompanhar) e dos 5Rs (Relevância, Risco, Recompensa, Resistência e Repetição).

Referências

ARAÚJO, A.J.; FERNANDES, F.L.A. Contexto histórico do consumo de tabaco no mundo. In: PEREIRA *et al*. **Tabagismo Prevenção e Tratamento**. Rio de Janeiro: Ed. DiLivros, 2021.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 530 p.

HEATHERTON, T.F.; KOZLOWSKI, L.T.; FRECKER, L.C; FAGERSTRÖM, K.O. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire**. British Journal of Addiction**. v. 86, p. 1119-1127, 1991.

MALTA, D.C. *et al*. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

PNS. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em: https://www.pns.icict.fiocruz.br. Acesso em: 24 jun. 2021.

PRESMAN, S.; GIGLIOTTI. Nicotina. In: Diehl, A. *et al*. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2019.

PROCHASKA, J.J.; BENOWITZ, N.L. Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. **Science Advances**, v. 5, n. 10, 16 out. 2019. Disponível em: https://advances.sciencemag.org/content/5/10/eaay9763/tab-pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

PROCHASKA, J.O. *et al*. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **The American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102-1114, 1992.

ROSEMBERG, J. *et al*. **Nicotina**: droga universal. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Vigilância Epidemiológica, 2004. 178 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//nicotina-droga-universal.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

RUSSELL, M.A.H. Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder. **British Journal of Medical Psychology**. v. 44, n. 1, p. 1-16, 1971.

WHO. World Health Organization Fact Sheets. **Tobacco**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco. Acesso em: 23 jun. 2021.