



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Rayane de Paula Lima de Lins

**DESAFIOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO DO TABAGISMO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Recife

2022

Rayane de Paula Lima de Lins

**Desafios para adesão ao tratamento do tabagismo
na atenção primária à saúde**

Trabalho de conclusão de residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Orientadora:

Dr^a Amanda Cavalcante de Macedo

Recife

2022

Catálogo na fonte
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos
Instituto Aggeu Magalhães / Fundação Oswaldo Cruz

L744d Lins, Rayane de Paula Lima de.
Desafios para adesão ao tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde/Rayne de Paula Lima de Lins.— Recife: [s.n.], 2022.

30 p.

Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Amanda Cavalcante de Macedo.

1. Tabagismo – prevenção & controle. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Abandono do Hábito de Fumar. I. Macedo, Amanda Cavalcante de. II. Título.

CDU 613.84

Rayane de Paula Lima de Lins

**Desafios para adesão ao tratamento do tabagismo
na atenção primária à saúde**

Trabalho de conclusão de residência apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de especialista em saúde coletiva.

Data de aprovação: 22 de junho de 2022.

Banca examinadora

Dr^a Amanda Cavalcante de Macedo
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Me. Domício Aurélio de Sá
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dedico este trabalho a meus pais: Josinete de Lima Lins e Paulo Cícero cordeiro Lins (in memoriam) e a meu irmão : Wolney de Lima Lins por serem minha base e meu porto seguro em toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por poder chegar ao fim de mais um ciclo. Ingressar na Residência foi um grande desafio, porém valeu a pena cada etapa, cada novo aprendizado. Tenho certeza que saio mais fortalecida e preparada.

Agradeço a minha família por todo apoio a mim dado durante o período da residência e da construção deste trabalho, sem o apoio de vocês sem dúvidas seria mais difícil. Em especial agradeço ao meu esposo pela compreensão e por dividir comigo um pouco de toda a ansiedade nos dias mais difíceis.

Agradeço aos professores e colaboradores do Instituto Aggeu Magalhães pela receptividade e pelas trocas onde pude aprender bastante e reconstruir minha visão sobre a Saúde Coletiva.

Agradeço aos amigos e colegas de turma que tanto contribuíram com meu crescimento, e dividiram comigo as alegrias e as angústias inerentes ao processo. Espero vê-los em breve nesse mundo que é a Saúde Coletiva.

“O progresso é impossível sem mudança; e aqueles que não conseguem mudar as suas mentes não conseguem mudar nada”.

George Bernard Shaw

RESUMO

LINS, Rayane de Paula Lima. **Desafios para a adesão ao tratamento do tabagismo na atenção básica**. 2022. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, tais como cânceres, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. O uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis. Assim, faz-se importante a identificação e compreensão dos desafios enfrentados pela pessoa tabagista no âmbito da atenção primária à saúde. Trata-se de revisão narrativa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, e nos sites do INCA, Ministério da Saúde e páginas jornalísticas na internet. A seleção dos artigos foi resultado das associações de palavras-chave: “prevalência e tabagismo”, “tabagismo e atenção primária”, “tabagismo e atenção básica” “programa nacional de controle do tabagismo” e “abandono do hábito de fumar”. Mesmo com o destaque brasileiro na Política de Controle do Tabaco, estudos apontam desafios que ameaçam a integralidade do cuidado à pessoa tabagista e que interferem na adesão do tratamento. O próprio modelo biomédico é um entrave social cuja influência gera limitações para a implementação da política pública. Outros desafios evidenciados foram: a forte influência da indústria do tabaco na população, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e a não operacionalização dos princípios do SUS na atenção básica. Se faz necessário a sensibilização da população quanto as potencialidades da atenção básica para o controle do tabaco, a capacitação dos profissionais de saúde para ofertar o tratamento, a proteção das legislações da política brasileira de controle do tabaco, o diálogo entre profissionais e população quanto a importância dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica.

Palavras-chave: tabagismo; atenção básica; atenção primária; tratamento; abandono do hábito de fumar.

ABSTRACT

LINS, Rayane de Paula Lima. **Challenges for adherence to smoking cessation treatment in primary care.** 2022. Residency Completion Work (Specialization in Collective Health) - Institute Aggeu Magalhães, Foundation Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Smoking and passive exposure to tobacco are important risk factors for the development of chronic diseases, such as cancers, lung diseases and cardiovascular diseases. Tobacco use remains the leading global cause of preventable death. This is a narrative review carried out in the Virtual Health Library, and on the websites of INCA, Ministry of Health and journalistic pages on the internet. The selection of articles was the result of keyword associations: “prevalence and smoking”, “smoking and primary care”, “smoking and primary care”, “national tobacco control program” and “abandonment of the smoking habit”. Even with the Brazilian prominence in the Tobacco Control Policy, studies point out challenges that threaten the integrality of care for the smoker and that interfere with treatment adherence. The biomedical model itself is a social barrier whose influence creates limitations for the implementation of public policy. Other challenges highlighted were: the strong influence of the tobacco industry on the population, the lack of training of health professionals and the non-operationalization of SUS principles in primary care. It is necessary to raise the population's awareness of the potential of primary care for tobacco control, the training of health professionals to offer treatment, the protection of the legislation of the Brazilian tobacco control policy, the dialogue between professionals and the population regarding importance of the principles and guidelines of the Unified Health System in Primary Care.

Keywords: smoking; basic attention; primary attention; treatment; quitting the smoking habit.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO.....	13
3.2	A POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO	15
4	MÉTODO	16
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	17
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6.1	PANORAMA BRASILEIRO NO CONTROLE E TRATAMENTO DO TABAGISMO	18
6.2	O CONTROLE E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	19
6.3	DESAFIOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA...22	
6.4	DESAFIOS DO PNCT NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19	24
7	PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO TABAGISMO NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO	27
	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	333

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a produção da literatura sobre os desafios enfrentados para a adesão do tratamento do tabagismo na atenção primária à saúde. Neste sentido, vale destacar que o tabagismo consiste em uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco e integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa. Ele também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL, 2021).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (2019), a epidemia de tabaco é principal causa de morte, doença e empobrecimento sendo uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou, responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes são resultado do uso direto do tabaco, enquanto mais de 1,2 milhão de mortes são resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo.

Como uma resposta a esse grave problema de saúde pública, desde 1989 a governança do controle do tabagismo no Brasil passou a ser articulada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do seu Instituto Nacional de Câncer (INCA), o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2020).

O Programa tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, seguindo um modelo lógico pelo qual ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, junto com ações legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, objetivo proposto (BRASIL, 2021).

A Atenção Primária é o espaço ideal para a oferta e a abordagem de cessação ao tabagismo, já que através das unidades básicas de saúde o cidadão tem o primeiro contato com o SUS. Ela é responsável por promover ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre como prevenir as doenças, identificar pessoas de grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e instituir tratamento quando indicado (BRASIL, 2021).

Neste cenário, podem-se apontar vários desafios para a implantação do programa na atenção primária e para a adesão dos pacientes ao tratamento. Alguns desses estão ligados à estrutura cultural da sociedade e/ou a capacidade gestora da organização dos serviços de saúde a nível Federal, Estadual e Municipal e outros podem estar relacionados a própria capacidade gestora da Unidade de Saúde.

A relevância da pesquisa se dá pela concepção do tabagismo como um problema de saúde pública que mata mais de 8 milhões de pessoas a cada ano e pelo fato de que existem benefícios de saúde imediatos e de longo prazo para as pessoas que param de fumar. Dessa forma se faz necessário compreender quais desafios implicam na não adesão ao tratamento para assim planejar estratégias no aumento da adesão.

2 OBJETIVOS

O trabalho tem o objetivo principal de descrever os desafios enfrentados para a adesão do tratamento do tabagismo na atenção primária no cenário brasileiro. Como objetivos específicos tem-se: levantar o Panorama brasileiro no controle e tratamento do tabagismo; e verificar como acontece o controle e o tratamento do tabagismo na atenção primária.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO

O tabagismo é considerado uma doença epidêmica decorrente da dependência à nicotina e se inclui na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) no grupo de transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas. Além de ser uma doença, é fator causal de aproximadamente 50 outras doenças incapacitantes e fatais, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2020).

A prevalência de tabagismo é o resultado da iniciação (novos usuários de tabaco) e da interrupção do consumo (por cessação do tabagismo ou morte). A identificação dos fatores determinantes da iniciação e da cessação do tabagismo é, portanto, fundamental para o planejamento de ações específicas para o controle do tabaco (BRASIL, 2021).

Com base nos estudos de recortes temporais, podemos observar que o percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando uma expressiva queda, nas últimas décadas, em decorrência das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (BRASIL, 2021).

Uma queda expressiva nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) o percentual observado foi de 22,4 %. No ano de 2008 segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab) este percentual era de 18,5. Os dados do ano de 2013, obtidos a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontaram em 14,7% o percentual total de adultos fumantes. Os dados mais recentes do ano de 2019, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de adultos fumantes em 12,6 % (BRASIL, 2021).

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 (BRASIL, 2007; 2019).

De acordo com os dados do VIGITEL 2021, no conjunto das 27 cidades, a frequência de adultos fumantes foi de 9,1%, sendo maior no sexo masculino (11,8%) do que no feminino (6,7%). No total da população, a frequência de fumantes tendeu a ser menor entre os adultos jovens (antes dos 34 anos de idade) e entre aqueles com 65 anos e mais. A frequência do hábito de fumar diminuiu com o aumento da escolaridade e foi particularmente alta entre homens com até oito anos de estudo (15,7%).

A Organização Mundial da Saúde aponta que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes resultam do uso direto desse produto, enquanto cerca de 1,2 milhão é o resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo (WHO, 2020). Associada a uma alta morbimortalidade, essa doença está direta ou indiretamente ligada a oito milhões de óbitos por ano e, embora o tabagismo seja considerado a maior causa de morte evitável no mundo, em 2030 é previsto cerca de oito milhões de mortes, sendo 80% em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se duzentos mil óbitos por ano (SILVA, 2016).

Algumas variáveis se associam à prevalência de tabagismo, em especial o sexo, a raça/cor, o tipo de região, a escolaridade e a renda. A prevalência de tabagismo é consistentemente superior no sexo masculino, na raça/cor preta e na região rural. Em relação à escolaridade, as proporções de fumantes são mais expressivas entre aqueles com menor grau de instrução, reduzindo-se progressivamente à medida que se aumentam os anos de estudo. Além disso, a prevalência de fumantes encontrada também se apresenta inversamente proporcional à renda (BRASIL, 2015).

O tabaco é consumido pela humanidade há milhares de anos. Antes relacionado ao poder e ao status social, o seu uso somente se disseminou na história mais recente, principalmente a partir da industrialização do cigarro e das ações intensivas de marketing, tornando-se um problema para os sistemas nacionais de saúde (BRASIL, 2015).

3.2 A POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO

A Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Controle do Tabaco (CQCT / OMS) é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Representa um instrumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à epidemia crescente do tabagismo em todo mundo (BRASIL, 2021).

A CQCT nasceu a partir de evidências de que o crescimento do mercado mundial dos produtos de tabaco, trouxe uma séria ameaça à saúde pública global. Essa ameaça tem sido potencializada por estratégias de grandes companhias transnacionais de tabaco para se inserirem em economias de mercado emergentes, bem como por desafios transfronteiriços, tais como a propaganda e o marketing de caráter universal, o comércio pela internet e o mercado ilegal de produtos de tabaco (BRASIL, 2015).

O objetivo da CQCT / OMS é "proteger as gerações presentes e as futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e produtivas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco" (artigo 3º). Considerada um marco histórico para a saúde pública mundial, a CQCT / OMS determina a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e preços e impostos (BRASIL, 2021).

A CQCT / OMS foi adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 21 de maio de 2003 e entrou em vigor em 27 de fevereiro de 2005. Desde então é o tratado que agregou o maior número de adesões na história da Organização das Nações Unidas. Até 20 de julho de 2021, 182 países ratificaram sua adesão a esse tratado (BRASIL, 2021).

Composta por 38 artigos e um elenco de medidas que, segundo evidências científicas atuais são as mais efetivas para conter o consumo de produtos derivados de tabaco e suas consequências, a CQCT-OMS é o arcabouço e o sustentáculo do sucesso das políticas de controle do tabagismo. (FIGUEIREDO; TURCI; CAMACHO, 2017).

4 MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa. O levantamento da literatura foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde e nos sites do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde. Os materiais utilizados estavam disponíveis na íntegra gratuitamente.

A seleção dos artigos foi resultado das associações de palavras-chave: “prevalência e tabagismo”, “tabagismo e atenção primária”, “tabagismo e atenção básica” “programa nacional de controle do tabagismo” e “abandono do hábito de fumar”.

Utilizou-se o método de Cooper que se fundamenta na coleta de dados disponíveis na literatura para compará-los a fim de aprofundar o conhecimento do tema estudado.

Para o melhor entendimento, os apontamentos levantados junto à literatura foram descritos em quatro blocos: a) Panorama brasileiro no controle e tratamento do tabagismo; b) O controle e o tratamento do tabagismo na Atenção Primária; c) Desafios para Adesão ao Tratamento na Atenção Primária; e d) Desafios do PNCT no contexto da pandemia da covid-19.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Conforme Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), por se tratar de estudo que não envolve seres humanos, apenas dados públicos, esta pesquisa não foi submetida ao comitê de Ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PANORAMA BRASILEIRO NO CONTROLE E TRATAMENTO DO TABAGISMO

O Brasil é considerado referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho voltado a este propósito, intensificado desde a década de 1980. Para tanto, foram fundamentais o incentivo e a adoção de ações educativas e de tratamento, aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas (BRASIL, 2015).

Os primeiros movimentos do controle do tabagismo no país tiveram início na década de 1960, a partir do debate sobre as doenças relacionadas ao tabaco. Em meados de 1964 até o final da década, entraram em pauta no Congresso Nacional diversas iniciativas a fim de coibir a propaganda de tabaco, criar impostos para combater o câncer, imprimir advertências sobre riscos à saúde nos maços de cigarros e até proibir a venda para menores de 18 anos. Seja por conta da pressão da indústria fumageira, da dita desinformação ou da corrupção dos políticos brasileiros, todos esses projetos foram arquivados (BARRETO, 2018).

Nas décadas seguintes, observam-se esforços de alguns estados no empreendimento de ações de combate ao fumo e acontecimentos em nível nacional que favoreceram a conformação do controle do tabaco como política de destaque (1979: elaboração da ‘Carta de Salvador’ e do ‘Programa Nacional Contra o Fumo’; 1980: realização da ‘1a Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo’; 1985: formação do “Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil”) (PORTES *et al.*, 2018).

Na segunda metade da década de 1980, o Brasil vivia a redemocratização e a articulação do movimento sanitário, com a ampliação dos debates sobre os direitos sociais e a saúde. Esse período também foi marcado pela valorização do controle do tabaco no cenário internacional. A criação do Dia Mundial sem Tabaco, em 1987, e a abordagem do tema em eventos internacionais fortaleceram esse processo. Intensificou-se a discussão sobre a necessidade de um tratado internacional voltado para o controle do tabaco, o que culminaria com a criação da CQCT / OMS em 2003 (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018).

A partir de 1989, a governança do controle do tabagismo no Brasil passa a ser articulada pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, o que

inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O Programa tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, seguindo um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, com ações legislativas e econômicas, potencializam-se para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto (BRASIL, 2015).

Reconhecido internacionalmente pela sua liderança no controle do tabagismo, o Brasil coordenou o processo de preparação da Convenção-Quadro da OMS durante os anos de 1999 e 2003. Em 27 de outubro de 2005 a adesão do Brasil à CQCT / OMS foi formalmente ratificada pelo Senado Federal. Desde então a implementação das medidas da CQCT / OMS passou a ser Política Nacional de Controle do Tabaco (BRASIL, 2021).

6.2 O CONTROLE E TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Desde a criação do Sistema Único de Saúde com a constituição federal em 1988, busca-se organizar as ações e os serviços públicos de saúde sob a perspectiva de uma rede regionalizada e hierarquizada, pautada nos princípios da descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Atenção básica estabelecida pela portaria 2436/2017 considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes e define a atenção básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica à Saúde será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. É também uma de suas

características considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde (BRASIL, 2017).

Através de seus quatro atributos essenciais - primeiro acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado – a atenção básica tem um papel importante e estratégico para controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), pois isso facilita a proximidade entre profissional/serviço de saúde e usuário e a construção de vínculo entre ambos, o que se relaciona com o sucesso de tratamentos, especialmente aqueles relacionados à mudança de hábitos, incluindo a cessação do tabagismo (MATTOS et al., 2019).

O tratamento do tabagismo pode e deve ser realizado em qualquer nível de atenção do SUS, preferencialmente na Atenção Primária. A rede de Atenção Primária à Saúde tem maior capilaridade, possibilitando maior alcance populacional. A Atenção Básica (AB) ocupa uma posição privilegiada e estratégica para controle do tabaco dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para diversos outros agravos crônicos à saúde, resultado de seus quatro atributos essenciais: primeiro acesso; integralidade; longitudinalidade; e coordenação do cuidado (BRASIL, 2015).

Os profissionais da AB assumem um papel de destaque nesse cenário já que, a partir da oferta de cuidado longitudinal, integral e mais próximo ao usuário, se encontram em posição privilegiada para o fortalecimento do vínculo, aumentando sensivelmente a efetividade do tratamento para cessação de tabagismo (BRASIL, 2015).

O tratamento da dependência ao tabaco deve estar amplamente disponível e acessível. Deve ser inclusivo, levando em conta fatores como gênero, cultura, religião, idade, escolaridade, situação socioeconômica e necessidades especiais, e eventualmente adaptadas às reais necessidades de diferentes tabagistas e dos grupos com maior prevalência de uso do tabaco (BRASIL, 2020).

Todos os profissionais de saúde devem ser treinados para perguntar sobre o uso do tabaco, registrar as respostas nos prontuários clínicos, dar breves conselhos sobre o abandono do tabaco e encaminhar os fumantes para o tratamento mais adequado e eficaz disponível localmente (BRASIL, 2020)

O usuário tabagista precisa ser acolhido e avaliado por sua equipe de saúde. Essa avaliação deve incluir uma investigação das principais doenças e fatores de risco

relacionados ao tabagismo, bem como da avaliação do grau de dependência da pessoa ao cigarro, seu estágio de motivação para a cessação do tabagismo e suas preferências para o tratamento (BRASIL, 2015).

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 571 GM/MS, a qual atualizou as Diretrizes no âmbito do SUS, reforçando a atenção básica como um âmbito privilegiado e estratégico para o desenvolvimento das ações de estímulo e apoio à adoção de hábitos mais saudáveis de vida (BRASIL, 2020).

O tratamento adotado no Brasil inicia-se com uma abordagem mínima (realizada nas consultas de rotina ou em visita domiciliar, com duração de três a cinco minutos) ou intensiva, com uma abordagem cognitivo-comportamental, terapia que combina treinamento de habilidades comportamentais e medicamentos, quando há necessidade.

Quanto ao tratamento medicamentoso, quando indicado, é feito por meio da terapia de reposição de nicotina (TRN), com a utilização de adesivos transdérmicos (21, 14 e 7mg) e goma de mascar (2mg) e do antidepressivo cloridrato de bupropiona (150 mg), utilizados individualmente ou em combinação. (SILVA *et al.*, 2019).

O tempo de tratamento total preconizado é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência. O desfecho esperado é a cessação total do tabagismo, ou seja, interrupção do uso da substância nicotina em qualquer de suas formas. A falha terapêutica deve ser entendida como o não alcance da cessação do tabagismo ao final do tratamento (BRASIL, 2020).

Apesar da queda progressiva do uso do tabaco no Brasil, o tabagismo ainda gera um alto custo social e econômico para o País, somando custos diretos de assistência e indiretos por redução da produtividade com absenteísmo, aposentadoria por invalidez e morte prematura. Há evidências de que o apoio ofertado aos tabagistas para cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda é deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar (BRASIL, 2015).

6.3 DESAFIOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Segundo o INCA, 80% dos fumantes reconhecem os prejuízos deste à sua saúde e querem cessar o hábito de fumar, entretanto, apenas 3% conseguem consolidar este desejo, sendo que 95% sem ajuda profissional e medicamentosa. Evidencia-se aqui que, 95% dos fumantes necessitam de motivação, estímulo e tratamento adequado para abandonarem o cigarro, tornando assim, evidente o papel das equipes de saúde (BRASIL, 2015 apud ROCHA 2015).

Embora cerca de 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas cerca de 3% ao ano conseguem sem ajuda, o que evidencia a importância da adoção de estratégias nos serviços de atenção básica que estimulem a cessação do tabagismo. Conhecer e compreender os fatores associados à cessação do tabagismo pode fornecer subsídios para incrementar a adesão dos fumantes à decisão de parar de fumar e que, apesar das frequentes campanhas de incentivo ao abandono do cigarro no Brasil, pouco se sabe sobre os reais motivos que levam uma pessoa a abandonar essa dependência (MATTOS et al., 2019).

Na PNS de 2019, dos tabagistas com idade de 18 anos ou mais entrevistados, 46,6% afirmaram que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores. Os dados da PNS mostram que o indicador “tentativa de parar de fumar” caiu entre 2013 e 2019, o que significa que o fumante está deixando de tentar abandonar o tabagismo.

O modelo biomédico, hegemônico até os dias atuais, pode ser considerado um fenômeno cultural gerador de desafios para a implementação da política de controle do tabaco. De acordo com Fertoni (2015), o designado “modelo biomédico” tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde.

Por um lado, este modelo foi reconhecido e incorporado pelos serviços de saúde, pelos seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. Por outro, seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não funcionante do corpo-máquina”; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material (FERTONANI et al., 2015).

A abordagem do fumante para a cessação do tabagismo tem como eixo central intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à

cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado apoio medicamentoso. Cada indivíduo tabagista é único: cada um possui a sua história, os seus valores, as suas preferências, as suas expectativas e as suas necessidades. O reconhecimento dessa individualidade, dentro do seu contexto de momento, é essencial para o sucesso da cessação do uso do tabaco (MATTOS *et al.*, 2019).

A motivação do fumante é um fator essencial de se trabalhar no processo de cessação do uso do tabaco e, contraditoriamente, um dos principais obstáculos para a equipe de saúde. Entende-se por motivação como uma “força interna” que leva a pessoa à ação e, no campo dos cuidados em saúde, pode ser entendida como o estado de prontidão ou de avidez para uma determinada mudança (ou manutenção), ou seja, a intenção em engajar-se para esta, que pode oscilar ao longo do tempo a depender do contexto em que o tabagista se encontre (BRASIL, 2015).

Segundo MATTOS (2019), a pessoa que conhece e é conhecida pelos profissionais de saúde tende a se engajar mais no cuidado pactuado e compartilhado de sua saúde, o que em última análise promove maior adesão e melhores desfechos, o que é bastante interessante no cenário da prevenção da iniciação e na cessação tabágica. Assim, pode-se citar que a fragilidade no processo de territorialização, a falta de capacitação da equipe na abordagem ao paciente, a não operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS na atenção básica, podem se configurar em entraves para a adesão ao tratamento (MATTOS *et al.*, 2019).

A atividade publicitária do tabaco também se configura como um potencial desafio para a saúde. O Ministério da Saúde reconhece a existência da atividade publicitária patrocinada pelas indústrias do tabaco nas modalidades direta e indireta (ROCHA, 2012).

Com relação à primeira, partindo do pressuposto de que os fabricantes de cigarro têm consciência de que a nicotina gera dependência orgânica, o Ministério vê que a publicidade é dirigida principalmente para o jovem, uma vez constatado que o fumante habitual da vida adulta é aquele que se iniciou no vício ainda na juventude. Afinal de contas, o cigarro apresenta-se como um passaporte para o mundo adulto, um resumo de sucesso, glamour, liberdade e independência (ROCHA, 2012).

O enfrentamento da propaganda indireta, e a nova era de inovações tecnológicas da indústria que vem introduzindo no mercado produtos especialmente apelativos para jovens, tais como o narguilé, produtos com sabores característicos incluindo cigarros que têm cápsulas de sabor nos filtros e dispositivos eletrônicos

para fumar como cigarro eletrônico e os dispositivos de tabaco aquecido (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Já no que concerne à forma indireta, o que chama a atenção daquele órgão ministerial é o modo pelo qual ela deixa evidente o quanto o tabagismo é comum e socialmente aceito. Mello (2000) ressalta que existe uma manipulação psicológica e prioritariamente a população jovem, além da oferta, no mercado de consumo, de produtos como roupas, sapatos, bolsas, bonés, etc., carregando o logotipo de marcas de cigarro.

Traduzindo esse entendimento para uma situação real, existem eventos que são realizados, onde representantes da música, dança, moda, entre outros, ganharam espaço para mostrar seu trabalho, tendo como patrocinadores marcas de cigarro. Ora, não há como discordar do pensamento de que, numa situação como essa, o fabricante do produto se beneficia (MELLO, 2017).

Assim, permanece embutido na mente das pessoas a ideia de que o tabaco é normalmente relacionável a atividades físicas e mentalmente saudáveis, o que, na realidade, não é. Um adolescente pode, sem dúvidas, dar início ao hábito do fumo também influenciado por esse tipo de circunstância. A necessidade de restringir a publicidade do cigarro veio como alarme disparado pelos enormes gastos no setor da saúde direcionados aos doentes do tabaco (ROCHA, 2012).

6.4 DESAFIOS DO PNCT NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

A pandemia do novo coronavírus fez a procura pelo tratamento para deixar de fumar cair em 2020. Já no primeiro quadrimestre de 2020, houve queda de 37% nos atendimentos comparado ao mesmo período de 2019. Mas foi no período de maio a agosto de 2020 que ocorreu a maior queda na procura com uma redução de 75% (BRASIL, 2021).

Esse intervalo de tempo foi marcado pelo agravamento da pandemia, com absorção total das unidades de saúde atendendo os casos de covid-19, além de ser um momento em que a população evitava o comparecimento aos estabelecimentos de saúde, bem como sair de casa. Essa junção de fatores fez reduzir a oferta e demanda pelo tratamento do tabagismo (BRASIL, 2021).

A Covid-19, provocada pelo novo Coronavírus, é uma doença relativamente

nova e, portanto, muitos estudos sobre seu comportamento ainda estão sendo desenvolvidos. Em decorrência do atual contexto pandêmico, estudos recentes apontam o tabagismo como um dos fatores de risco para o desenvolvimento das formas mais graves da COVID-19. (BRASIL, 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS), o INCA e diversos órgãos da saúde, encorajam as pessoas a pararem de fumar para minimizar os riscos associados à pandemia da COVID-19, tanto para os fumantes quanto para as pessoas expostas ao fumo passivo (BRASIL, 2022).

A pessoa tabagista tem um risco aumentado de contaminação à medida em que leva os produtos derivados do tabaco, quer sejam tradicionais ou dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs), à boca, sem a adequada higienização das mãos. Os narguilés, muito populares entre a população jovem, que geralmente compartilha os bocais, facilitam a transmissão da COVID-19, além disso, as medidas de isolamento social promovem um maior consumo de produtos de tabaco (SILVA *et al.* 2020).

Com o advento da pandemia de Covid-19, tornou-se mais desafiante a manutenção das ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que tem como finalidade geral reduzir a prevalência de tabagistas no país por meio de ações individuais e, majoritariamente, atividades coletivas (CAMPOS *et al.*, 2021).

Os fumantes são mais suscetíveis a vírus respiratórios do que os não fumantes podendo o vírus agir de maneira mais grave no primeiro grupo, apresentando inclusive risco de maior hospitalização. O isolamento social, tão necessário à prevenção da transmissão da Covid-19, pode contribuir para o aumento do consumo de produtos de tabaco devido ao agravamento de aspectos psicossociais que motivam o tabagista a recorrer ao consumo desses itens como mecanismo de fuga do contexto de pandemia, dificultando a execução de ações coletivas de prevenção e controle do tabagismo, como a manutenção dos grupos de tabagistas, acarretando a elevação dos gastos do sistema de saúde com a compra de equipamentos, insumos e organização dos serviços (CAMPOS *et al.*, 2021).

O estudo ConVid Pesquisa de Comportamentos, desenvolvido pela Fiocruz em 2020 buscou descrever as mudanças nas atividades de rotina, nos estilos de vida no período de isolamento social/quarentena consequente à pandemia de coronavírus. Com relação ao tabagismo, entre os fumantes, quase 23% aumentou quase 10 cigarros por dia e 5% aumentou mais de 20 cigarros por dia. Entre as mulheres, o percentual de aumento de cerca de 10 cigarros por dia (29%) foi maior que o

percentual entre os homens (17%). Entre os indivíduos de menor escolaridade 25% aumentou cerca de 10 cigarros por dia e 9% mais de 20 cigarros por dia (BRASIL, 2020).

Com a pandemia, a manutenção dos grupos das unidades ficou bastante fragilizada e mesmo depois que as medidas de isolamento social foram flexibilizadas, houve uma queda na procura do tratamento do tabagismo. Entre as medidas adotadas pelo PNCT em tempos de pandemia estão: cuidados a distância, com estímulo para uso de ferramentas tecnológicas, como os aplicativos WhatsApp, Zoom, Skype e outros para teleatendimento, capacitação de profissionais de saúde para tratamento ao fumante, fortalecendo não apenas a Atenção Básica sobrecarregada, mas também aos centros de Atenção Psicossocial e Atenção Especializada e o desenvolvimento de diversos materiais para apoiar a população, os fumantes e as equipes de Saúde, como notas técnicas, alertas, infográficos, cards e mini vídeos (BRASIL, 2021).

7. PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DO TABAGISMO - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

O Programa Estadual de Controle ao Tabagismo está estruturado nos seguintes eixos: formações para realização do tratamento de cessação do tabagismo e do programa Saber Saúde de prevenção do tabagismo e de outros fatores de risco de doenças crônicas; monitoramento das ações dos municípios; educação permanente e disseminação da informação.

O programa visa reduzir a morbimortalidade relacionada à exposição ao tabaco e outros fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT): tabagismo, uso do álcool, alimentação inadequada, exposição excessiva à radiação solar, inatividade física e sexo sem proteção. Suas ações são desenvolvidas em ambientes de trabalho, escolas, unidades de saúde e por meio de ações de comunicação e mobilização social.

Para informar a população sobre os riscos causados à saúde pelo uso do tabaco, são realizadas, anualmente, três grandes campanhas: o Dia Mundial Sem Tabaco (31 de maio), o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e o Dia Nacional de Combate ao Câncer (27 de novembro). As atividades são realizadas em parceria entre Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer (Inca), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Na Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), o Programa de Controle do Tabagismo integra a Coordenação de Vigilância de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Durante o segundo ano da residência, pude desenvolver habilidades atuando no monitoramento do Tabagismo e na construção de instrumentos educativos relacionados ao programa.

7.1 COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS

O *compartilhando experiências* é um documento criado para divulgar dados estatísticos referentes ao tabagismo, bem como as ações realizadas pelos municípios de Pernambuco. O tema da campanha internacional foi “Comprometa-se a parar de fumar durante a pandemia de COVID-19” tendo como principal foco a redução do número de fumantes e, conseqüentemente, da incidência de doenças relacionadas ao tabaco e ao câncer no pulmão.

Anualmente, no Dia Mundial sem Tabaco, o INCA promove e articula uma grande comemoração nacional sobre o tema com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de educação dos 26 Estados e Distrito Federal e com outros setores do Ministério da Saúde e do Governo Federal que integram a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS).

Criado em 1987 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Dia Mundial Sem Tabaco é comemorado no dia 31 de maio. A data foi criada para alertar as pessoas sobre as doenças e mortes relacionadas ao tabagismo. Entre elas estão os diversos tipos de câncer e enfisemas pulmonares.

7.2 CORDEL SOBRE TABAGISMO

Tabagismo é doença! Vamos parar de fumar?

Ô minha gente atenção
 No que temos a falar
 É tema bem importante
 Precisamos conversar
 Será sobre Tabagismo
 Então vamos começar

Tabagismo é uma doença
 Importante bem saber
 Ela faz da Nicotina
 O fumante depender
 Com a indústria do cigarro
 Só você tem a perder

Derivados do tabaco
 Tem em grande variedade
 Inalado ou mascado
 Numa só facilidade
 Vai deixando dependente
 E trazendo enfermidade

A fumaça expelida
 É também um problemão
 O fumante é passivo
 Mas está em exposição
 Essa fumaça é danosa
 Prejudica seu pulmão

Juventude veja bem

Pra não cair em tentação
 O cigarro é perigoso
 Não vá nessa enganação
 Fumar é grande cilada
 Ao cigarro diga NÃO

No cultivo do tabaco
 Agora vamos lembrar
 Lá tem crianças trabalhando
 Sem saber o que é brincar
 E ficam fora da escola
 Sem poderem estudar

Grande problema mundial
 Que precisa de atenção
 Se você for um fumante
 Vá buscar orientação
 Há gente capacitada
 O SUS tem a solução

Se precisar dessa ajuda
 Seja qual for o momento
 Muitos serviços de saúde
 Vão ofertar o tratamento
 Não precisa pagar nada
 Procure acompanhamento

Com ações bem integradas
 Vai gerando boa adesão

Em rede fortalecida
Através da Promoção
Diminuindo a prevalência
E também a iniciação

É preciso ter vontade

Para todo dia avançar
E você não está sozinho
Nós queremos te ajudar
Por uma melhor saúde
Vamos parar de fumar

7 CONCLUSÃO

Este estudo descreveu os desafios enfrentados na atenção primária para a prevenção e tratamento do tabagismo. Foi consenso entre os autores que mesmo com os avanços no controle do tabagismo no Brasil, para a continuidade e fortalecimento da Política Nacional de Controle do Tabaco são necessárias ações de enfrentamento aos desafios ainda presentes para a adesão ao tratamento. É crucial que Ações de educação em saúde sejam desenvolvidas para esclarecimento da oferta do tratamento e potencialidades da atenção primária para a população.

As equipes de saúde têm um papel fundamental na captação dos fumantes até a unidade de Saúde, no aconselhamento terapêutico etc. Dessa forma, qualquer empecilho que coloque em risco o acesso do paciente ao serviço de saúde e / ou sua manutenção, se constitui um desafio a ser enfrentado. O processo de territorialização na atenção básica, realizado pela equipe de saúde pode se configurar em uma estratégia para a captação dos fumantes, tendo em vista que a prevalência de fumantes é maior nos pacientes do sexo masculino, porém quem mais comparece aos serviços de saúde são as mulheres.

A ênfase nas ações curativas é uma das características do modelo biomédico, e o foco na medicalização é responsável por causar no paciente tabagista a falsa impressão de que o tratamento para a cessação do tabaco só será efetivo diante do tratamento medicamentoso, o que pode gerar desinteresse e desmotivação diante do aconselhamento terapêutico. Um dos fatores que auxilia o tabagista a parar de fumar é sua própria motivação para a mudança de seu comportamento, logo, se o momento de acolhimento ao tabagista se resumir a um encontro focal, sem estímulo para o abandono do tabaco, a relação entre equipe e sujeito torna-se fragilizada e o usuário não desenvolve motivação.

O preparo do profissional de saúde que aborda o tabagista é um dos fatores determinantes durante o processo de tratamento de forma que a capacitação da equipe de saúde é essencial para uma abordagem integral do paciente, possibilitando uma atenção humanizada e um ambiente seguro e motivador. Nesse sentido, é importante as secretarias estaduais e municipais de saúde, o núcleo ampliado de saúde da família (NASF), e outros equipamentos de saúde, trabalhem com treinamentos, capacitações e ações para os municípios.

Se faz necessário a proteção das políticas públicas diante dos interesses da indústria do tabaco, que são irreconciliáveis com os da saúde. A interferência dessas empresas é um sério obstáculo para o progresso das medidas de controle do tabaco no país. A Temática do tabagismo é de grande relevância para população e necessita de mais evidências científicas para que seja possível planejar estratégias que minimizem os entraves na oferta do tratamento e aumentem o percentual de adesão.

REFERÊNCIAS

BARRETO, I.F. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica o cuidado da pessoa tabagista. Cadernos atenção básica nº 40. 2015.

BRASIL. Fiocruz. Convid Pesquisa de Comportamentos. 2020. Disponível em: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=principal>. Acesso em: 10 jul.2021

BRASIL. Saúde Brasil. Eu quero parar de fumar. Coronavírus e tabagismo: porque essa relação não dá certo? 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-parar-de-fumar/noticias/2021/coronavirus-e-tabagismo-por-que-essa-relacao-nao-da-certo> Acesso em: 15 ago.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/programa-nacional-nos-estados>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Pandemia reduz busca por tratamento no SUS para deixar de fumar. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/pandemia-reduz-busca-por-tratamento-no-sus-para-deixar-de-fumar>. Acesso em:09 mai.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Dados e números da prevalência do tabagismo. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>. Acesso em: 08 fev 2022

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Convenção - quadro para o controle do tabaco. Rio de Janeiro. 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: 11 fev. 2022.

FERTONANI, H.P. *et al.* The health care model: Concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciência e Saúde Coletiva, 2015.

FIGUEIREDO, V. C. *et al.* Controle do tabaco no Brasil: Avanços e desafios de uma política bem sucedida. Cadernos de Saúde Pública, [S. l.], v. 33, p. S4–S6, 2017. ISSN: 16784464. DOI: 10.1590/0102-311x00104917.

MATTOS, L. R. *et al.* Cessação do tabagismo entre usuários da estratégia saúde da família. Revista Enfermagem UERJ, v. 27, p. e38987, 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2022.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. Tabaco. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4968>. Acesso em: 12 nov. 2021

PINHO, M. ACT. Blog promoção da saúde. Nova publicação identifica mais ações de interferência da indústria do tabaco no Brasil. 2021. Disponível em: <https://blog.actbr.org.br/controlado-tabagismo/publicacao-interferencia-da-industria-do-tabaco/3290>. Acesso em: 03 jan 2022.

PNS. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. IBGE. Rio de Janeiro 2020.

PORTES, L. H. *et al.* Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. Cadernos de Saúde Pública, 2018.

PORTES, L.H. *et al.* Tobacco control policies in Brazil: A 30-year assessment. Ciência e Saúde Coletiva, 2018.

ROCHA, S. L. F. Responsabilidade civil do fornecedor pelo fato do produto no direito brasileiro. São Paulo: RT, 2012.

ROCHA, L.A. Adesão ao tratamento de tabagismo na equipe do programa de saúde da família do município de Brasília de Minas Gerais. Montes Claros, Minas Gerais. 2015. 35 f. Monografia (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. 2015.

SILVA, M.; BORGES, R.; ALVES, S.; TAVARES. O Programa de Controle do Tabagismo em Goiás: Resultados do 3º Quadrimestre de 2017. Boletim Epidemiológico. 2019.

SILVA, T.A. *et al.* Prevalência do tabagismo e terapêutica da dependência de nicotina: uma revisão integrativa. Rev. Fund Care Online. Rio de Janeiro.2016.

TORRES, R.M.M. Outra saúde. O poder da indústria do tabaco. 2020. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/o-poder-da-industria-do-tabaco/>