



O PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM PRESIDENTE KENNEDY-ES: UM ESTUDO TRANSVERSAL À LUZ DOS ODS

THE MUNICIPAL TOBACCO CONTROL PROGRAM IN PRESIDENTE KENNEDY-ES: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN LIGHT OF THE SDGs

EL PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROL DEL TABACO EN PRESIDENTE KENNEDY-ES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL A LA LUZ DE LOS ODS

João Carlos de Souza Gomes¹

Beatriz de Barros Souza²

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tabagismo, uma das principais causas de morte evitável no mundo, está relacionado a diversas doenças físicas e psicossociais. Este estudo analisa o perfil epidemiológico e clínico dos usuários do Programa Municipal de Controle do Tabagismo de Presidente Kennedy (ES), retomado em 2024, e discute os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em particular quanto ao ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), no seu formato atual. **MÉTODOS:** A pesquisa, de abordagem quantitativa e transversal, envolveu 35 participantes do programa, cujos dados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva. **RESULTADOS:** A maioria dos participantes tinha, em média, 46,34 anos e usava tabaco convencional há mais de dez anos, com níveis elevados de dependência da nicotina. Grande parte dos pacientes apresentava comorbidades e não praticava atividades físicas. Em relação ao tratamento, o maior uso foi de adesivos e bupropiona. **DISCUSSÃO:** Os resultados indicam que o programa é uma política pública relevante para a promoção da saúde, mas enfrenta desafios, como a falta de práticas integrativas e de suporte psicossocial, que comprometem sua eficácia e sustentabilidade.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Programas de Saúde. Políticas públicas. Tabagismo.

¹Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela EMESCAM (2024) e Bacharel em Farmácia pelo Centro Universitário São Camilo (2022).

²Professora permanente no Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM. Possui Doutorado em Psicologia (UFES, 2022), Mestrado em Direitos Humanos (USP, 2017) e Graduação em Relações Internacionais (PUC-SP, 2011).

ABSTRACT

INTRODUCTION: Smoking, one of the leading causes of preventable death worldwide, is linked to several physical and psychosocial illnesses. This study analyzes the epidemiological and clinical profile of users of the Municipal Tobacco Control Program of Presidente Kennedy, Espírito Santo, resumed in 2024, and discusses the challenges to achieving the Sustainable Development Goals (SDGs), particularly SDG 3 (Good Health and Well-Being), in its current format. **METHODS:** This quantitative, cross-sectional study involved 35 program participants, whose data were organized and analyzed using descriptive statistics. **RESULTS:** Most participants were, on average, 46.34 years old and had been using conventional tobacco for over ten years, with high levels of nicotine dependence. Most patients had comorbidities and did not engage in physical activity. Regarding treatment, the most common treatments were patches and bupropion. **DISCUSSION:** The results indicate that the program is a relevant public policy for health promotion, but faces challenges, such as the lack of integrative practices and psychosocial support, which compromise its effectiveness and sustainability.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Health Programs. Public policies. Smoking.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El tabaquismo, una de las principales causas de muerte prevenible en todo el mundo, está vinculado a varias enfermedades físicas y psicosociales. Este estudio analiza el perfil epidemiológico y clínico de los usuarios del Programa Municipal de Control del Tabaco de Presidente Kennedy, Espírito Santo, reanudado en 2024, y discute los desafíos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente el ODS 3 (Buena Salud y Bienestar), en su formato actual. **MÉTODOS:** Este estudio cuantitativo, transversal, involucró a 35 participantes del programa, cuyos datos se organizaron y analizaron mediante estadística descriptiva. **RESULTADOS:** La mayoría de los participantes tenían, en promedio, 46,34 años y habían estado usando tabaco convencional durante más de diez años, con altos niveles de dependencia a la nicotina. La mayoría de los pacientes tenían comorbilidades y no realizaban actividad física. Con respecto al tratamiento, los tratamientos más comunes fueron parches y bupropión. **DISCUSIÓN:** Los resultados indican que el programa es una política pública relevante para la promoción de la

salud, pero enfrenta desafíos, como la falta de prácticas integradoras y de apoyo psicosocial, que comprometen su efectividad y sostenibilidad.

Palabras clave: Asistencia Farmacéutica. Políticas públicas. Programas de Salud. Tabaquismo.

1 INTRODUÇÃO

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco (daqui em diante apenas “o Programa”) foi criado em Presidente Kennedy (ES) pela Lei municipal nº 814, de 6 de maio de 2009 (Presidente Kennedy, 2009), mas tardou a ser regulamentado, tendo funcionado nos anos de 2018 a 2019 (Anexo A), porém, suspenso em 2020 em razão da pandemia da Covid-19. A sua edição atual foi retomada apenas em 2024, possibilitando realizar esta pesquisa.

Para tais Programas, o Ministério da Saúde estabelece como critério de alta o tempo de tratamento de 12 meses (Brasil, 2020). Nesse período, são desenvolvidas atividades de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência, com o objetivo de ampliar as chances de sucesso a longo prazo. No âmbito do Programa, a alta pode ser concedida quando o usuário alcança a cessação total do tabagismo. Deste modo: “o desfecho esperado é a cessação total do tabagismo, ou seja, a interrupção do uso da nicotina em qualquer de suas formas” (Brasil, 2020, p. 16).

Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo investigar os delineamentos desta política após sua retomada, em 2024. No município, o Programa é estruturado em quatro sessões iniciais de grupo, realizadas semanalmente, por uma hora e meia cada sessão, com 10 a 15 participantes. Nessas sessões, são fornecidas informações e estratégias práticas que ajudam cada pessoa a compreender o hábito de fumar, os impactos à saúde e os caminhos para superá-lo, consoante as diretrizes nacionais sobre o tema (INCA, 2019).

Como em toda política, porém, figura crucial investigar, mesmo que de forma preliminar, seus impactos, suas limitações e as possibilidades de aperfeiçoamento, de modo a orientar estratégias mais eficazes no enfrentamento do tabagismo no município. Nesse sentido, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, da Organização das Nações Unidas (ONU), propicia um referencial relevante, em particular, no seu ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), e será abordado na Discussão.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Durante a primeira metade do século XX, não havia um reconhecimento geral sobre a ameaça significativa do tabagismo para a saúde, prevalecendo uma cultura com pouco espaço para oposição ao tabaco, exceto em publicações financiadas privadamente por antitabagistas, como o industrial Henry Ford. Entretanto, em 1950, evidências implicando o tabagismo ao câncer de pulmão começaram a surgir com mais frequência em periódicos médicos e na imprensa popular (Barbosa, 2015).

Nos Estados Unidos da América, as vendas de cigarros caíram entre 1953 e 1954, mas rapidamente se recuperaram quando os fabricantes se apressaram para introduzir e comercializar cigarros com filtros nas pontas, para aliviar preocupações com a saúde. Os benefícios anunciados dos filtros eram ilusórios, uma vez que não existia algo como fumaça limpa. A indústria reconhecia isso já na década de 1930, mas os fumantes foram levados a acreditar que eram mais seguros (Brasil, 2012).

Em 1957, as evidências que implicavam o tabagismo como um fator causal no câncer de pulmão foram estabelecidas com certeza científica, levando à primeira declaração oficial do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América. A indústria do tabaco também tomou conhecimento das evidências, desenvolvendo uma campanha massiva para desafiar as evidências. Ademais, médicos e acadêmicos foram contratados para defender a alegação de que as evidências eram meramente estatísticas ou baseadas apenas em evidências animais (CFM, 2019).

A percepção pública sobre o tabagismo começou a mudar somente na década de 1960, quando organizações sem fins lucrativos, como a American Cancer Society, preocupadas com o rápido aumento do câncer de pulmão, solicitaram ao presidente dos Estados Unidos da América que criasse uma comissão que investigasse os riscos do tabagismo à saúde. Como resultado, foi publicado, em 1964, o Relatório de Cirurgia Geral, que recebeu ampla cobertura da mídia, afirmando que fumar causa câncer de pulmão e bronquite crônica, além de doenças cardíacas (Silva *et al.*, 2023).

As atitudes públicas em relação à fumaça de cigarro de outras pessoas também mudaram. Nas décadas de 1960, 1970 e 1980, fumar era permitido em quase todos os lugares: os fumantes podiam acender um cigarro no trabalho, em hospitais, em prédios escolares, em bares, em restaurantes e até mesmo em ônibus, trens e aviões. No entanto, as evidências sobre as consequências do fumo passivo para a saúde se fortaleceram a partir da década de 1970, e as políticas que limitavam o uso de cigarros se tornaram mais comuns (Barbosa, 2015).

Atualmente, há um consenso científico em torno do fato de que a utilização de tabaco causa uma constelação de efeitos subclínicos à saúde, que ocorrem logo após seu início. Tais efeitos adversos incluem aumento do estresse oxidativo, depleção de micronutrientes antioxidantes, aumento da inflamação, comprometimento do estado imunológico, perfis lipídicos alterados, pior autoavaliação do estado de saúde, sintomas respiratórios, incluindo tosse, catarro, chiado, dispneia e dependência de nicotina (Nunes; Castro; Castro, 2011).

No Brasil, começaram a surgir os primeiros movimentos de controle do tabaco a partir da década de 1970, liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas. A atuação do governo no âmbito federal foi institucionalizada em 1985, com a constituição do Grupo Consultivo para o Controle do Tabaco e, em 1986, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Tabaco. Entre 1986 e 2014, diversas estratégias foram desenvolvidas no combate ao fumo, com estruturação e expansão da política de controle do tabaco (Portes; Machado; Turci, 2018).

Em 2000, a Lei nº 10.167 passou a restringir a propaganda de produtos derivados de tabaco nos locais de venda (Brasil, 2000). Desde 2001, Resolução da

Diretoria Colegiada – RDC nº 104 obrigou a indústria de produtos fumíferos a inserir avisos nos maços de cigarro com advertência de que fumar faz mal à saúde e onde obter ajuda (Brasil, 2001). Em 2003, a RDC nº 335 passa a exigir das advertências que sejam acompanhadas de imagens. Como parte da busca por um país livre do consumo de tabaco, a partir de 2011, aumentaram as restrições das propagandas e de fumo em locais fechados e proibiram a existência de fumódromos, assumindo um papel de liderança no cenário internacional.

No meio internacional, o crescente apoio para reduzir o uso de tabaco levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a propor, em 1999, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). O Tratado foi adotado em 2003 e entrou em vigor em 2005, comprometendo as nações ratificantes a: “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (Brasil, 2015a, p. 10).

Em 2007, a OMS recomendou que os Estados-Membros promulgassem, implantassem e aplicassem leis que exijam que os locais de trabalho e locais públicos sejam 100% livres de fumo e buscassem programas e atividades educacionais para reduzir a exposição à fumaça passiva em residências (OMS, 2007). Em 2015, as Nações Unidas pactuaram uma Meta para fortalecer a CQCT (Meta 3.a) e outra para a redução, prevenção e tratamento do abuso de substâncias (Meta 3.5), no âmbito dos Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (ONU, 2015).

Haja vista todo o contexto histórico aqui brevemente delineado, é justificado, portanto, que os ODS sejam o marco de referência para a discussão dos dados deste estudo. Antes disso, os métodos da pesquisa constarão da seção que segue.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o impacto do programa de tabagismo no município de Presidente Kennedy (ES), retomado em 2024, à luz do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Estudos transversais

analisam dados de uma população em dado ponto no tempo, e são frequentemente utilizados para entender determinantes de saúde e descrever características de uma população (Freire; Pattussi, 2018). Já o método quantitativo é uma abordagem de pesquisa que enfatiza o uso de medições numéricas e análise estatística para entender fenômenos (Tozoni-Reis, 2009).

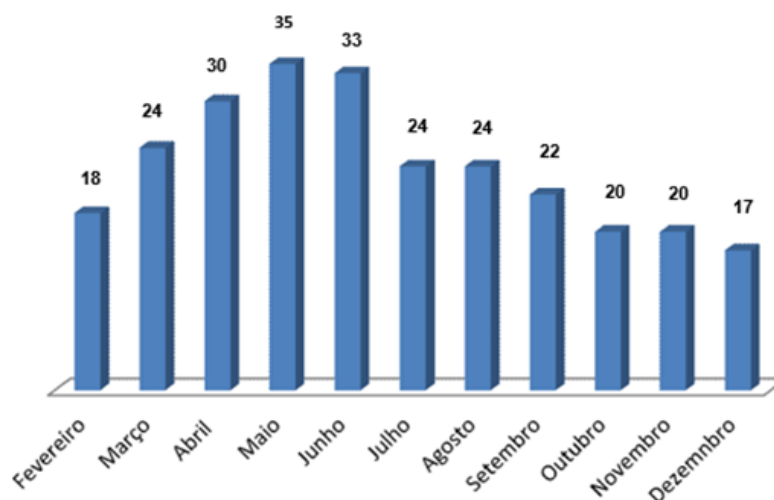
Desse modo, um estudo transversal quantitativo é um desenho de pesquisa que envolve a coleta de dados quantificáveis de uma população específica em um único ponto no tempo, que permite aos pesquisadores identificar fatores associados a problemas de saúde específicos de forma eficaz (Freire; Pattussi, 2018).

Assim, a população deste estudo foi composta por 35 indivíduos cadastrados no Programa, cujo perfil epidemiológico e clínico foi avaliado por meio dos dados secundários extraídos da planilha de apoio ao Programa, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy (ES), na qual há aspectos demográficos, comportamentais, de saúde e tabagismo. Os dados somente foram coletados e analisados após a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B).

4 RESULTADOS

Os dados obtidos na planilha do Programa demonstram que ocorreu uma adesão total de 35 indivíduos desde sua retomada. Dentre estes, há relativa paridade de gênero (18 homens e 17 mulheres) e idade média de 46,3 anos, com variação de 29 a 72 anos. Não foram encontradas, todavia, informações suficientes sobre a etnia dos usuários. Note-se, porém, ao longo dos meses de fevereiro a dezembro de 2024, que a participação não foi constante (Figura 1).

Figura 1 – Adesão dos participantes ao Programa em 2024.



Fonte: Elaborado pelo Autor (2025).

A partir de junho de 2024, então, a adesão tende a diminuir, com abandonos constantes até setembro. A partir de outubro, os números se estabilizam e, em dezembro, permaneciam 17 indivíduos em tratamento. Tal padrão de adesão inicial, seguido por abandono progressivo, é consistente com achados de Silva *et al.* (2024), para quem a desistência seria comum em intervenções desse tipo, sendo associada à dificuldade em lidar com a abstinência e à falta de suporte contínuo a participantes.

A estabilização dos números a partir de outubro sugere que o Programa pode ter implantado intervenções para reter participantes, como o acompanhamento mais próximo e o suporte mais contínuo. A esse respeito, importa destacar que o apoio social e o do grupo são preditores da motivação do usuário na adesão ao tratamento, aumentando assim a adesão e a efetividade do tratamento (Lopes et al., 2023).

Antes de passar à análise dos usuários que não concluíram todas as sessões, seguem descritas as principais características clínicas dos participantes (Tabela 1), com destaque para o histórico de tabagismo e as suas principais comorbidades.

Tabela 1 – Histórico de tabagismo e comorbidades dos usuários do Programa

Variáveis	N n = 35	% (100%)
Tipo de tabaco		
Convencional	32	91
Outro	3	9

Variáveis	N n = 35	% (100%)
Tempo de uso do tabaco		
Menos de 5 anos	0	0
Entre 5 e 10 anos	6	17
Entre 10 e 20 anos	17	49
Mais de 20 anos	12	34
Comorbidade		
Hipertensão	6	17
Diabetes	5	14
Saúde mental	3	9
Nenhum	21	60
Segunda comorbidade		
Hipertensão	5	14
Diabetes	6	17
Nenhuma comorbidade	24	69
Prática de atividade física		
Não	27	77
Sim	8	23
Participação anterior no programa		
Não	17	49
Sim	18	51
Escore Teste de Fagerström		
3-4 baixa	5	14
5 média	12	34
6-7 elevada	14	40
8-10 muito elevada	4	12

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

Pelos dados, é possível notar que: a) a maioria utiliza tabaco convencional há mais de 10 anos; b) 40% possui alguma comorbidade, sendo mais citadas a diabetes e a hipertensão arterial associada; c) que um grande percentual não pratica atividade física. Houve paridade entre os que já participaram ou não do Programa, e o Teste de Fagerström indicou maior dependência elevada e muito elevada.

Quanto a tais achados, Nunes, Castro e Castro (2011) notam que os fumantes apresentam um risco de 30% a 40% maior de desenvolver diabetes do que os não fumantes, com risco aumentando de acordo com o número de cigarros fumados por dia. Além de ter um risco aumentado de desenvolver diabetes, as evidências também

indicam que, entre os pacientes com diabetes, os fumantes têm mais probabilidade de sofrer complicações cardiovasculares e maiores taxas de mortalidade.

Ademais, o longo uso do tabaco também foi visto por Oliveira, Ferreira-Santos e Ferreira-Furegato (2019) e por Arendartchuk e Ayala (2018) entre fumantes em tratamento, sendo associado à maior dependência nicotínica e às suas demandas por abordagens terapêuticas mais intensivas. A seguir, estão listados os principais medicamentos utilizados no Programa para o apoio à cessação do tabagismo.

Tabela 2 – Apoio medicamentoso

Variáveis	N n = 35	% (100%)
Tipo de tabaco		
Nenhum	2	6
Goma	4	12
Adesivo	6	17
Adesivo + goma	8	23
Adesivo + bupropiona	11	30
Adesivo + goma = bupropiona	4	12

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

De acordo com os dados da planilha consultada, não foram realizadas práticas integrativas com os participantes do programa. Quanto aos medicamentos utilizados, o maior uso foi o concomitante de adesivo e bupropiona, seguido de adesivo e goma. Na sequência, a Tabela 3 apresenta os resultados do Programa ao final de 12 meses.

Tabela 3 – Manutenção da abstinência após 12 meses

Variáveis	N n = 35	% (100%)
Sem fumar com uso de medicamento	15	44
Sem fumar – finalizou tratamento	2	6
Abandonou o tratamento sem fumar	7	20
Abandonou o tratamento sem parar de fumar	11	30

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

A Tabela 3 indica que quase metade dos participantes continua no Programa e se mantém sem fumar, utilizando medicamentos, tendo havido um percentual considerável de

abandono, entre os quais poucos estavam sem fumar. Para melhor discutir este ponto, então, a Tabela 4 traz o perfil dos participantes que não concluíram todas as sessões.

Tabela 4 – Perfil dos participantes que não concluíram todas as sessões

Variáveis	N n = 17	% (100%)
Sexo		
Feminino	5	29,5
Masculino	12	70,6
Tempo de uso do tabaco		
Menos de 5 anos	0	0,0
Entre 5 e 10 anos	3	17,6
Entre 10 e 20 anos	9	52,9
Mais de 20 anos	5	29,4
Prática de atividade física		
Prática de atividade física: Sim	3	17,6
Prática de atividade física: Não	14	82,4

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

Nota-se que não concluíram todas as sessões uma amostra de 17 do universo de 35 indivíduos. A maioria era do sexo masculino, com tempo prolongado do uso do tabaco (mais da metade, 52,9%, fuma entre 10 e 20 anos; 29,4%, há mais de 20 anos; e 17,6%, entre 5 e 10 anos) e não pratica atividade física (82,4%). Sobre isso, Reis et al. (2021) lembram que, comumente, o público feminino acessa mais os serviços de saúde para tratamento do tabaco, colocando a necessidade de desenvolvimento de estratégias de educação em saúde para o público masculino.

A seguir, serão discutidos estes achados à luz dos Objetivos da Agenda 2030 das Nações Unidas, como previamente mencionado. Esperamos, com isto, fornecer um quadro avaliativo de impacto para a política previamente analisada.

5 DISCUSSÃO

Os achados da pesquisa aqui realizada confirmam que o programa analisado é uma importante política pública, devendo ser discutido em que medida contribuem

para o cumprimento dos ODS, e em particular do ODS 3 (“Saúde e Bem-Estar”). De acordo com a página oficial das Nações Unidas no Brasil sobre o tema, esse ODS em específico busca: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”.³ Para tanto, são listadas treze metas, das quais cinco possuem relação significativa com o objeto de estudo.

No que tange à Meta 3.4, o Programa mostra-se relevante para: “Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não-transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”. Ainda assim, os resultados indicam que a promoção da saúde e bem-estar poderia ser aprimorada no âmbito do Programa, por exemplo, com o incentivo à prática de exercícios físicos.

O Programa também possui potencial para contribuir com o alcance da Meta 3.5, por ofertar condições para: “Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool”. A parte do tratamento, no entanto, não deve ocorrer apenas de forma medicamentosa, segundo a literatura mais recente, previamente revista.

Já quanto à Meta 3.8, o Programa contribui no sentido de: “Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”. Novamente, seria importante que o enfoque não fosse apenas medicamentoso, o que limita o desfecho satisfatório do tratamento, como visto na maioria dos casos previamente analisados.

Com relação às Metas 3.a (“Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado”) e 3.b (“Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis”), contudo, os dados coletados não dispõem de subsídios para análise das ações visando fortalecer o seu cumprimento.

Para tanto, de maneira complementar, foi consultado o sítio oficial do Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC-BR), na página que se refere ao

³ Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3> (último acesso: 20 set 2025)

Município em tela.⁴ No que tange ao ODS 3, é notório que o Município performe bem (índice 80 de 100, considerado “Muito alto”) em quase todos os indicadores, com a exceção, justamente, dos relacionados às Metas citadas (“Idade média ao morrer”, “Cobertura vacinal”, “Mortalidade prematura por doenças crônicas não-transmissíveis” e “Incidência de tuberculose”), que são os mais distantes do “Limiar verde”.⁵

Dessa forma, resta evidente que o fortalecimento do Programa contribui diretamente para o alcance das metas relacionadas à saúde e ao bem-estar, sendo fundamental investir em ações integradas que envolvam a comunidade, profissionais de saúde e políticas públicas eficazes, para alcançar um impacto mais duradouro.

6 CONCLUSÃO

A partir da coleta de dados e análise estatística, foi possível traçar um panorama detalhado sobre os usuários do programa e suas características, bem como identificar possíveis fatores de risco e comorbidades relacionadas ao tabagismo. Além disso, a investigação das contribuições do programa permitiu avaliar a eficácia das intervenções realizadas no auxílio à cessação do tabagismo e na promoção da saúde, buscando maior alinhamento do Programa às Metas do ODS 3, particularmente naquelas que se refere ao tabagismo.

REFERÊNCIAS

ARENDARTCHUK, D.; AVALA, A. L. M. FATORES ASSOCIADOS À CESSAÇÃO DO TABAGISMO ENTRE PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ANTITABAGISTA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE JOINVILLE-SC. **REVISTA DE APS**, [S. L.], v. 21, n. 4, p. 570-589, 2018.

⁴ Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/profiles/3204302/> (último acesso: 20 set 2025)

⁵ Disponível em: <https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/profiles/3204302/indicators/> (último acesso: 20 set 2025)



BARBOSA, J. H. S. **BIOPOLÍTICA E ANTITABAGISMO: A ESTATIZAÇÃO DA LUTA CONTRA O HÁBITO DE FUMAR NO BRASIL E AS RELAÇÕES FUMANTES—NÃO FUMANTES EM MACEIÓ**. 2015. 155 f. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM SOCIOLOGIA) – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, MACEIÓ, 2015.

BRASIL. **CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO: TEXTO OFICIAL**. 2. REIMPR. RIO DE JANEIRO: INCA, 2015A.

BRASIL. LEI Nº 10.167, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2000. ALTERA DISPOSITIVOS DA LEI Nº 9.294, DE 15 DE JULHO DE 1996, QUE DISPÕE SOBRE AS RESTRIÇÕES AO USO E À PROPAGANDA DE PRODUTOS FUMÍGENOS, BEBIDAS ALCOÓLICAS, MEDICAMENTOS, TERAPIAS E DEFENSIVOS AGRÍCOLAS. *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO: SEÇÃO 1*, BRASÍLIA, DF, ANO 138, N. 249-E, P. 3, 28 DEZ. 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA**. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015B.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS: TABAGISMO**. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. DIRETORIA COLEGIADA. RESOLUÇÃO-RDC Nº 104, DE 31 DE MAIO DE 2001. DISPÕE SOBRE A ADVERTÊNCIA, NA EMBALAGEM E NA PROPAGANDA, DOS MALEFÍCIOS PRODUZIDOS AO CONSUMIDOR DE PRODUTOS FUMÍGENOS. *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO: SEÇÃO 1*, BRASÍLIA, DF, ANO 138, N. 106-E, P. 99, 1 JUN. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. DIRETORIA COLEGIADA. RESOLUÇÃO-RDC Nº 335, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2003. REVOGA AS RESOLUÇÕES RDC Nº 104, DE 31 DE MAIO DE 2001, E RDC Nº 14, DE 17 DE JANEIRO DE 2003. *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO: SEÇÃO 1*, BRASÍLIA, DF, ANO 140, N. 228, P. 54, 24 NOV. 2003.

BRASIL. **O CONTROLE DO TABACO NO BRASIL: UMA TRAJETÓRIA**. RIO DE JANEIRO: INCA, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A TRAGÉDIA DO TABAGISMO: CAUSAS, CONSEQUÊNCIAS E PREVENÇÃO**. BRASÍLIA: CFM, 2019.

FREIRE, M. C. M.; PATTUSSI, M. P. TIPOS DE ESTUDOS. IN: ESTRELA, C. **METODOLOGIA CIENTÍFICA: CIÊNCIA, ENSINO E PESQUISA**. 3. ED. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABORDAGEM BREVE, MÍNIMA, BÁSICA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO: UMA AÇÃO AO ALCANCE DE TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. RIO DE JANEIRO: INCA, 2022.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA. **DEIXANDO DE FUMAR SEM MISTÉRIOS: MANUAL DO COORDENADOR**. 2. ED., 7. REIMPR. RIO DE JANEIRO: INCA, 2019A. 49 p. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.INCA.GOV.BR/SITES/UFU.STI.INCA.LOCAL/FILES//MEDIA/DOCUMENT//MANUAL-COORDENADOR-DEIXANDO-DE-FUMAR-SEM-MISTERIO.PDF](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-coordenador-deixando-de-fumar-sem-misterio.pdf). ACESSO EM: 3 DEZ. 2024.

LOPES, F. M. ET AL. EFEITO DO PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO: UMA REVISÃO DESSA POLÍTICA PÚBLICA PARA DEPENDÊNCIA TABÁGICA. **ESTUDOS DE PSICOLOGIA**, CAMPINAS, V. 40, E210170, 2023. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1982-0275202340E210010](https://doi.org/10.1590/1982-0275202340E210010). ACESSO EM: 7 ABR. 2025.

NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P.; CASTRO, M. S. A. TABAGISMO, COMORBIDADES E DANOS À SAÚDE. IN: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (ORG.). **TABAGISMO: ABORDAGEM, PREVENÇÃO E TRATAMENTO**. LONDRINA: EDUEL, 2011. P. 17-38.

OLIVEIRA, R. M.; FERREIRA-SANTOS, J. L.; FERREIRA-FUREGATO, A. R. PERFIL PREGRESSO E ATUAL DO USO DE TABACO PELA POPULAÇÃO PSIQUIÁTRICA E A POPULAÇÃO GERAL. **REVISTA DE SAUDÉ PÚBLICA**, [S. L.], V. 21, N. 4, P. 430-438, 2019. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SCIELOSP.ORG/ARTICLE/RSAP/2019.V21N4/430-438/](https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n4/430-438/). ACESSO EM: 2 JUL. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **TRANSFORMANDO NOSSO MUNDO: A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**. NOVA IORQUE: ONU, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PROTEÇÃO CONTRA A EXPOSIÇÃO PASSIVA À FUMAÇA DO TABACO: RECOMENDAÇÕES POLÍTICAS**. GENEBRA: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO BRASIL DE 1986 A 2016. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, RIO DE JANEIRO, V. 34, N. 2, P. 1-11, 2018.

REIS, C. L. F. ET AL. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DE MINAS GERAIS. **RESEARCH, SOCIETY AND DEVELOPMENT**, [S. L.], V. 10, N. 2, E47310212695, 2021. DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.33448/RSD-V10I2.12695](http://dx.doi.org/10.33448/RSD-V10I2.12695). ACESSO EM: 12 JUN. 2025.

SILVA, G. C. P. ET AL. POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABACO: CONQUISTAS E OS IMPACTOS NEGATIVOS NA SAÚDE. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**, [S. L.], V. 13, N. 3, P. 370-375, 2023.

SILVA, J. P. ET AL. RISK OF SMOKING CESSATION TREATMENT DROPOUT: A COHORT TO HELP (RE)THINK CARE. **REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM**, [S. L.], V. 77, N. 2, P. 1-8, 2024. DISPONÍVEL EM:



[HTTPS://PMC.NCBI.NLM.NIH.GOV/ARTICLES/PMC11370772/PDF/0034-7167-REBEN-77-S2-E20230537.PDF](https://PMC.NCBI.NLM.NIH.GOV/ARTICLES/PMC11370772/PDF/0034-7167-REBEN-77-S2-E20230537.PDF). ACESSO EM: 5 MAIO 2025.

TOZONI-REIS, M. F. C. **METODOLOGIA DA PESQUISA**. 2. ED. CURITIBA: IESDE, 2009.

DATA DE SUBMISSÃO: outubro de 2025

DATA DE ACEITE: junho de 2026