

DOI: <https://doi.org/10.26694/2595-0290.20181297-1047113>

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: políticas públicas do tabagismo no Brasil

BIBLIOGRAPHICAL REVIEW: public policies of tobacco in Brazil

*Soliane Cristina Rodrigues Costa<sup>1</sup>, Sarah Dayse Mota Feitosa<sup>2</sup>, Viviane Cardoso Neves<sup>3</sup>, Mateus Flóro da Silva Costa<sup>4</sup>, Laisa Lis Fontinele de Sá<sup>5</sup>, Rafael Pires Veloso<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portella, Teresina, Piauí, Brasil. [soliane\\_cris@hotmail.com](mailto:soliane_cris@hotmail.com)

<sup>2</sup> Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portella, Teresina, Piauí, Brasil. [sarahmfeitosa@gmail.com](mailto:sarahmfeitosa@gmail.com)

<sup>3</sup> Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portella, Teresina, Piauí, Brasil. [vivi\\_c.neves@hotmail.com](mailto:vivi_c.neves@hotmail.com)

<sup>4</sup> Graduando em Farmácia pela Universidade Federal do Piauí – Campus Ministro Petrônio Portella, Teresina, Piauí, Brasil. [matusfloro@hotmail.com](mailto:matusfloro@hotmail.com)

<sup>5</sup> Farmacêutica, Doutora em Biotecnologia, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. [laisalis@hotmail.com](mailto:laisalis@hotmail.com)

<sup>6</sup> Farmacêutico, Mestre em Ciências Farmacêuticas, Hospital Universitário Federal do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil. [rafaelpiresveloso@gmail.com](mailto:rafaelpiresveloso@gmail.com)

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Actions to control smoking depend on the articulation of strategies in different dimensions, involving different social sectors, governmental and non-governmental. Therefore, it is from the point of view of Health Promotion that since 1989, the National Cancer Institute coordinates the actions of the National Tobacco Control Program (PNCT) developed in partnership with the State and Municipal Health Secretariats and various sectors of organized civil society. **OBJECTIVE:** To describe public policies and to analyze some of the advances made in the challenges still existing in the scope of tobacco control and treatment in Brazil. **METHODOLOGY:** Study of bibliographic review, from September to November 2017, having as databases the sites Pubmed, Lilacs, SciELO, Periódicos Capes and USP Theses. **RESULTS:** The treatment of smokers for smoking cessation centers on cognitive-behavioral psychotherapeutic intervention, and in specific cases, the use of medication support. The treatment methods recommended as the first line are nicotine replacement therapy, the use of bupropion and cognitive-behavioral therapy in group or individual. **CONCLUSION:** Given this scenario, it is increasingly evident that the levels already achieved and the challenges still to be faced depend on the involvement of all social sectors, governmental and non-governmental.

**KEYWORDS:** Public Policy. Health Promotion. Smoking. Pharmacological Treatment.

### RESUMO

O controle do tabagismo depende da articulação de estratégias em diferentes dimensões, envolvendo diferentes setores sociais, governamentais e não governamentais. Portanto, é sob a ótica da Promoção da Saúde que desde 1989, o Instituto Nacional de Câncer, coordena as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de vários setores da sociedade civil organizada. **OBJETIVO:** Descrever com lógica as políticas públicas e analisar alguns dos avanços

alcançados, dos desafios ainda existentes no âmbito do controle e tratamento farmacológico do tabagismo no Brasil. METODOLOGIA: Estudo de revisão bibliográfica, no período de setembro a novembro de 2017, tendo como bases de dados os sites Pubmed, Lilacs, SciELO, Periódicos Capes e Teses USP. RESULTADOS: O tratamento do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central a intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental, e em casos específicos, a utilização de apoio medicamentoso. Os métodos de tratamento preconizados como primeira linha são a terapia de reposição de nicotina, a utilização de bupropiona e a terapia cognitivo-comportamental em grupo ou individual. CONCLUSÃO: Diante desse cenário, torna-se cada vez mais evidente que os patamares já alcançados e os desafios a serem enfrentados, dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais.

DESCRITORES: Política Pública. Promoção da Saúde. Tabagismo. Tratamento Farmacológico.

---

#### Como citar este artigo:

Costa SCR, Feitosa SDM, Neves VC, Costa MFS, Sá LLF, Veloso RP. Revisão bibliográfica: políticas públicas do tabagismo no Brasil. J. Ciênc. Saúde [internet]. 2018 [acesso em: dia mês abreviado ano];1(1):97-104.



Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.26694/2595-0290.20181297-1047113>

## INTRODUÇÃO

---

Atualmente, estima-se que 4,9 milhões de mortes ao ano são provocadas pelo tabaco. Caso providências não sejam tomadas, prevê-se que no ano 2020 o índice de mortalidade atribuível ao tabagismo dobre. Nesse percurso ao longo do tempo, houve um aumento drástico do fumo nos países em desenvolvimento, especialmente entre os homens<sup>(1,2)</sup>.

Isto se contrapõe à redução lenta, porém constante, do tabagismo, principalmente entre os homens, em muitos países industrializados. As taxas de tabagismo estão aumentando em alguns países de baixa e média renda, especialmente entre jovens e mulheres, e permanecem relativamente altas na maioria das antigas repúblicas socialistas<sup>(3)</sup>.

A dependência ao tabaco é caracterizada como um transtorno de longa duração, com altas taxas recorrentes que exigem cuidados constantes, e o tratamento da dependência ao tabaco inclui (isoladamente ou em combinação) intervenções comportamentais e farmacológicas, como aconselhamento e suporte psicológico intensivo e administração de medicamentos que contribuam para a redução ou superação da dependência ao tabaco em pessoas e populações<sup>(4)</sup>.

Essas intervenções reduzem significativamente o risco de doenças relacionadas ao tabagismo a curto e médio prazo. Meta-análises mostram que, juntamente com medidas relacionadas e não relacionadas a preços, o tratamento da dependência é uma medida custo-efetiva em países de baixa e média renda<sup>(5)</sup>.

Desse modo, o presente trabalho objetivou descrever com lógica as políticas públicas e analisar alguns dos avanços alcançados e desafios ainda existentes no âmbito do controle e tratamento farmacológico do tabagismo no Brasil.

## METODOLOGIA

---

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de setembro a novembro de 2017, tendo como bases de dados Pubmed, Lilacs, SciELO, Periódicos Capes e Teses USP, e utilizando os descritores tabagismo, políticas públicas antitabagistas, farmacologia do tabagismo e controle do tabagismo, tanto em língua portuguesa quanto inglesa. Foram analisados artigos referentes aos últimos dez anos, em português e inglês, resultando em um total de 15 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de mortes precoces e de desigualdade em saúde no mundo. Estima-se que 7,2 milhões de pessoas em nível global e 156.200 pessoas no Brasil morram a cada ano devido a doenças associadas ao fumo ativo e passivo, e essas mortes concentram-se entre os mais vulneráveis e pobres<sup>(6)</sup>. Seguindo essa tendência, serão mais de oito milhões de mortes por ano em 2030, das quais 80% ocorrerão nos países em desenvolvimento, e metade dos óbitos atingirão indivíduos em idade produtiva entre 35 e 69 anos<sup>(1)</sup>. O custo total ainda subestimado devido ao consumo de produtos derivados do tabaco no país é de quase R\$ 57 bilhões anuais, dos quais 39,3 bilhões são por assistência médica e tratamento, e 17,5 bilhões por perda de produtividade<sup>(7)</sup>.

O tabaco há muito tempo vem ocupando espaço na sociedade. A planta recebeu o nome de *Nicotina tabacum* em homenagem a Jean Nicot, embaixador Francês nos anos de 1580. Nicot acreditava que a planta possuía grande potencial medicinal. No século seguinte, a Rainha Francesa Catarina de Médicis aderiu a essa ideia e passou a fumar, buscando atenuar as fortes enxaquecas a que era acometida. Em pouco tempo o hábito passou a ser disseminado entre os nobres europeus. Não bastasse o investimento pesado em propagandas visando ampliar o mercado consumidor, a indústria fumageira recebeu o incremento de todo o “esforço” dos países desenvolvidos para ampliar o mercado consumidor nos países pobres<sup>(8)</sup>.

As substâncias presentes no tabaco fazem com que o tabagismo seja um fator causal de aproximadamente 50 doenças, entre elas vários tipos de câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, bexiga, colo de útero, leucemia), doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma, infecções respiratórias) e doenças cardiovasculares (angina, infarto agudo do miocárdio, hipertensão arterial, aneurismas, acidente vascular cerebral, trombozes)<sup>(9)</sup>.

No Brasil, o implemento da Lei Federal 9.294/96, de 15 de julho de 1996, subsidiou a luta contra o tabagismo, vetando propagandas que pudessem induzir o consumo do tabaco, traçando linhas gerais sobre seu uso. As linhas de advertência são medidas de ordem que se impõem à veiculação do cigarro. Além dessas restrições, o tabaco passou a ser considerado uma droga que, embora lícita, é altamente prejudicial à saúde, contendo inúmeras substâncias tóxicas, estima-se que haja mais de 4.700<sup>(10)</sup>.

Diante deste cenário, várias políticas de controle do tabagismo foram desenvolvidas no mundo, sendo que no Brasil destaca-se o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Além de apresentar medidas de regulamentação e comercialização dos produtos derivados do tabaco, o PNCT envolve ações de prevenção à iniciação do hábito de fumar, de cessação ao tabagismo e de proteção da saúde dos não fumantes<sup>(11)</sup>.

Desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde, a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do INCA, incluindo um conjunto de ações nacionais que compõem o PNCT<sup>(12)</sup>.

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens. O PNCT articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as Campanhas e outras ações educativas e a Promoção de Ambientes Livres de Tabaco<sup>(13)</sup>.

O Brasil dispõe de muitas leis contra o tabagismo, porém, segundo o Ministério da Saúde (2004) existem muitos conflitos de interesses entre saúde pública e os acordos de comércio no âmbito do setor do tabaco<sup>(1)</sup>.

A ativa participação popular é essencial para o desenvolvimento das políticas públicas de controle do tabagismo. O trabalho da sociedade civil através de redes sociais contribuiu para o aumento da conscientização sobre os danos associados ao tabagismo e das medidas eficientes para a prevenção do uso do tabaco e para a proteção da saúde dos brasileiros<sup>(14)</sup>.

Buscando fortalecer o papel da organização civil no processo de implementação das políticas públicas no controle do tabagismo, foi criada em 2006 a Aliança de Controle do Tabagismo (ACT), uma organização não governamental articulada em diferentes setores, incluindo saúde, meio-ambiente, gênero, educação e direitos humanos. Além disso, há a participação de comunidades científicas e ativistas sensíveis ao controle do tabagismo<sup>(14)</sup>.

Um grande desafio é desenvolver ações efetivas que levem os tabagistas a deixarem de fumar. Para isso, alguns documentos no Brasil e no mundo foram formulados. Durante o I Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante (2000), organizado pelo INCA, foi estabelecido o primeiro consenso no país sobre as condutas no tratamento do fumante, considerando a abordagem cognitivo-comportamental, as terapias medicamentosas, os métodos alternativos e a abordagem para grupos especiais de pacientes<sup>(15)</sup>.

Portanto, o tabaco não cabe no modelo de livre comércio, devendo ter regras especiais para a sua comercialização, como ocorre para determinados produtos, como: agentes contaminantes orgânicos persistentes (DDT), produtos químicos que destroem a camada de ozônio, armas e dejetos perigosos.

O grande adversário na luta pelo combate ao tabagismo é a nicotina, maior responsável pelo alto grau de dependência, pela intensa sensação de prazer, pela redução da ansiedade e do apetite, dentre outros efeitos desencadeados pelo uso da substância. Esses efeitos são fortemente atraentes para uma parcela da população, mormente aqueles que encontram no tabaco uma fuga de seus problemas ou uma redução

momentânea das sensações de ansiedade e de angústia<sup>(16)</sup>.

Para Rosemberg (1999), a prevalência de tabagistas entre os estressados e deprimidos é alta. Em geral, a depressão torna mais difícil abandonar o tabaco e, nos que deixam de fumar, é maior a frequência de recaídas. Os indivíduos com desordens nervosas, como ansiedade, têm associação estreita com o tabagismo<sup>(17)</sup>.

Nos esquizofrênicos, a prevalência tabágica atinge até 90% ou mais, ou seja, o uso do fumo parece ser utilizado como uma fuga dos problemas das pessoas que o consomem. A prevalência de fumantes nesse meio está acima de 50%, indubitavelmente, trata-se de um grupo de risco<sup>(18)</sup>.

Curiosamente, essa realidade apresenta uma constância maior entre as populações mais pobres e menos instruídas. Esta condição alinha-se às políticas adotadas nos países desenvolvidos, que migraram do papel de mercado consumidor para fornecedores dos produtos derivados do tabaco, acima de tudo em países em desenvolvimento. Dados de uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2008 revelam que 80% dos fumantes recebem menos de dois salários mínimos por mês. Revelam também que pessoas com 11 anos de estudos ou mais apresentam uma aderência ao cigarro de apenas 11,9%. Em contrapartida, aqueles sem qualquer instrução representam 25,7% dos fumantes. À medida que o grau de instrução vai subindo, o percentual de fumantes vai diminuindo, o que revela uma estreita relação entre fumantes e o grau de escolaridade<sup>(19, 20)</sup>.

Com as políticas de conscientização, o consumo vem retrocedendo, mas apenas aqueles que possuem um mínimo de clareza são capazes de entender seu conteúdo. Por isso, as políticas de combate ao tabaco tendem a surtir maiores efeitos nos lugares com maior estrutura, bem como entre pessoas mais esclarecidas e mais escolarizadas<sup>(21)</sup>.

Conforme já descrito anteriormente a OMS considera o tabagismo como uma doença devido à dependência da droga nicotina. Porém, essa dependência é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos (ou condicionadores), sócio-ambientais, comportamentais, de personalidade, entre outros<sup>(22)</sup>.

De forma didática, podemos dividir a dependência da nicotina em três componentes, a saber: dependência física, dependência psicológica e condicionamentos ao fumar. Esses componentes não atuam isoladamente, havendo sempre uma inter-relação entre eles, sendo que o fumante pode apresentar mais evidências de um determinado componente sobre os demais<sup>(23, 24)</sup>.

A avaliação é parte fundamental da abordagem ao fumante. É por meio dela que será possível definir junto com o paciente o tratamento mais adequado para o momento em que ele se encontra. A avaliação inicial deve ser feita individualmente e, no primeiro momento, sem a presença de familiares ou outros. É fundamental dar feedback ao paciente sobre sua avaliação e sobre quais são as possibilidades disponíveis para ajudá-lo<sup>(25)</sup>.

Diversos estudos mostram que a associação do aconselhamento com o uso de medicação é mais efetiva do que a utilização de um dos dois isoladamente. Recomenda-se o tratamento farmacológico para todo fumante acima de 18 anos com consumo superior a 10 cigarros/dia, sendo essa uma medida efetiva para cessação do tabagismo e tratamento dos sintomas de abstinência (26). Os medicamentos que auxiliam na interrupção do uso de tabaco podem ser divididos em duas categorias: nicotínicos e não nicotínicos<sup>(25)</sup>.

Na primeira categoria, a terapia de reposição de nicotina (TRN) tem como objetivo a diminuição dos sintomas de abstinência e da intensidade da fissura. O tempo médio de uso varia de 8 a 12 semanas, podendo ser estendido por até um ano. A terapia deve ser introduzida assim que o paciente parar de fumar. Atualmente, existem seis formas de TRN, que envolvem os adesivos transdérmicos, goma, pastilha, inalador, spray e comprimidos sublinguais, sendo apenas os três primeiros disponíveis no mercado brasileiro. Todas as formas de TRN parecem ter eficácia similar e a escolha de qual usar deve se basear na existência de contraindicações, suscetibilidade de efeitos colaterais e escolha do paciente<sup>(25)</sup>.

Na segunda categoria, faz-se o uso dos medicamentos para auxiliar no tratamento, dos quais estão presentes: Bupropiona, Vareniclina, Nortriptilina e Clonidina<sup>(25)</sup>.

Entretanto, fumantes diferentes fumam por razões particulares, consomem quantidades desiguais de nicotina, experimentam sintomas de abstinência distintos e também apresentam características

específicas, como idade, presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas, nível de escolaridade, classe socioeconômica, etc. Portanto, os tratamentos também devem ser individualizados.

Trabalhar junto com o paciente os motivos para deixar de fumar e assim permanecer é fundamental durante todo o tratamento. É comum focar a investigação da motivação na avaliação inicial e não valorizá-la durante o tratamento. A manutenção da mudança de comportamento precisa acontecer todo dia, ou seja, a cada nova fissura ele deve decidir se permanece sem fumar ou não. Por isso, a importância de permanecer sem fumar deve estar sempre clara para o paciente. Além da motivação inicial, vale também ir destacando os demais ganhos para a construção de novos motivadores.

Para tanto, o apoio de profissionais da saúde é fundamental, já que apenas 33% das pessoas que deixam de fumar sozinhas permanecem abstinentes por período superior a 2 dias, e menos de 5% mantêm-se abstinentes por mais de 1 ano<sup>(27)</sup>.

## CONCLUSÃO

O impacto à saúde, isoladamente, justifica investimentos significativos em programas de peso para o controle do tabagismo. Entretanto, as consequências à saúde provocadas pelo tabagismo são apenas uma faceta dessa real epidemia. Um dos grandes desafios do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nesse campo é mobilizar a sociedade para que as leis de combate ao tabaco sejam respeitadas em todo o país, isto porque, os efeitos imediatos da exposição da poluição tabagística ambiental não se limitam apenas aos efeitos de curto prazo como irritação nasal e nos olhos, dor de cabeça, irritação na garganta, vertigem, náusea, tosse e problemas respiratórios, se relacionam também ao aumento, entre os não fumantes, do risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças relacionadas ao uso do tabaco. Diante desse cenário, torna-se cada vez mais evidente que os patamares já alcançados e os desafios ainda a serem enfrentados dependem do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais, pois o tabagismo é uma doença, cujo controle não depende da

existência de vacinas, antibióticos, quimioterápicos e sim da vontade de toda a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco? RJ: INCA, 2004. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/convencao\\_quadro\\_para\\_controle\\_do\\_tabaco\\_texto\\_oficial.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/convencao_quadro_para_controle_do_tabaco_texto_oficial.pdf)
2. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF editors. Tobacco control: country profiles. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/statistics/country\\_profiles/en/TCCP2001.pdf](http://www.who.int/tobacco/statistics/country_profiles/en/TCCP2001.pdf)
3. Doll R. Uncovering the effects of smoking: historical perspective. Stat. methods med. res. [Internet]. 1998;7(2):87-117(31). Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/096228029800700202>
4. Tanni SE, Godoy I. Aparelho Respiratório e Tabagismo. In: Viegas CAA (ed). 2007. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/pulmonology-420/pdf/S2173511509701721/S300/>
5. Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thus M, Heath C Jr. Mortality from Smoking in Developed Countries, 1950-2000: Indirect Estimates from National Vital Statistics. Lancet. [Internet]. 1992;339(8804):1268-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1349675>
6. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. [Internet]. 2016;388(10053):1659-1724. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284>
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas –

Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

8. Oliveira A F. Direito de [Não] Fumar - Uma abordagem humanista. Rio de Janeiro: Renovar, 2008. p. 43. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-965Q5M>

9. Meirelles RHS. Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado. Pulmão RJ2009;1(1): 13-19. Disponível em:

<http://www.fiebulletin.net/index.php/fiebulletin/article/viewFile/4626/9050>

10. Brasil. Receita Federal do Brasil: Tributação de Cigarros. Disponível em:

<http://www.receita.fazenda.gov.br/destinacaomercadorias/programanacombcigarroilegal/tribcigarro.htm>.

11. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco: modelo lógico e avaliação. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2003.

12. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

13. Secretária do Estado de Saúde (MS). Manual de Apoio para Coordenadores – Controle do Tabagismo. Governo do Estado, Mato Grosso do Sul. 2016. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Manual-de-apoio-PNCT.pdf>

14. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Global adult tobacco survey Brazil 2008 / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 208p. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_2010\\_brazil.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_2010_brazil.pdf)

15. Brasil. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer – Instituto Nacional de

Câncer/ Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer - Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar, Rio de Janeiro, 2001a.

16. Paes NL. Tributação dos cigarros: uma análise abrangente da literatura. Acta Scientiarum. [internet] 2014;36(2):177-87 Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/22556/pdf\\_31](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/22556/pdf_31)

17. Rosemberg J. Nicotina.1 vol. Ed. Colégio Médico del Peru. Comisión de Lucha Antitabáquica. Peru: COLAT, 1999. p.55. Disponível em:

<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Gisieli-Simplicio-Caetano.pdf>

18. Santos UP. Cessação de tabagismo – Desafios a serem enfrentados. Rev.Assoc.MedBras 2009; 55(5): 497-520. p. 500. Disponível em:

<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Gisieli-Simplicio-Caetano.pdf>

19. “As evidências recebidas de países em desenvolvimento indicam que a proporção de gastos com tabaco é maior entre os grupos de mais baixa renda. No Brasil são os cigarros os principais componentes de gastos com o tabaco, em comparação com os grupos de faixas de renda mais alta”. (Iglesias, Roberto et al. Controle de Tabagismo no Brasil. Washington: Banco Mundial, 2007. p. 27.).

20. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

21. Act. Aliança de Controle do Tabagismo + Saúde. Dez anos de Convenção-Quadro. São Paulo; out 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n4/pt\\_1806-3713-jbpneu-42-04-00290.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v42n4/pt_1806-3713-jbpneu-42-04-00290.pdf)

22. Reina SS, Damasceno AGT, Orive JIG. Iniciación y mantenimiento del hábito tabáquico. El paciente que va a dejar de fumar. In: Ferrero MB, Mezquita MAH, Garcia MT. – Manual de Prevención y Tratamiento del

Tabaquismo. Espanha, 2003. Disponível em:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/solano2.pdf>

23. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância – Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, Rio de Janeiro, 2001b. Disponível em:

[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento\\_fumo\\_consenso.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf)

24. Meirelles RHS, Gonçalves CMC. Abordagem cognitivo comportamental do fumante. In: Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J Br Pneumol [Internet] 2004. Disponível em:

<http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=57yuXgPe4bg%3D>

25. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

26. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. Am J Prev Med. [Internet] 2008. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18617085>

27. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev Bras Psiquiatr. [Internet] 2001. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>

**Sources of funding:** No

**Conflict of interest:** No

**Accepted:** 2018/05/28

**Publishing:** 2018/08/13

**Corresponding Address:** Rafael Pires Veloso. Teresina – PI. Brazil. E-mail: [rafaelpiresveloso@gmail.com](mailto:rafaelpiresveloso@gmail.com)