

EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO EM UM MUNICÍPIO AMAZÔNICO E IMPLICAÇÕES PARA O CONTROLE

EPIDEMIOLOGY OF SMOKING IN A AMAZONIAN MUNICIPALITY AND IMPLICATIONS FOR CONTROL

Breno Wilson Benevides Andrade ^{*1}, Rayanne Alves de Arruda², Antonio Camargo Martins², Cássio Braga e Braga², Paula Rúbia Jornada Bastos², Alberto Pereira Firmino Filho², João Vitor Coelho Pacheco², Lucas Oliveira Braga², Alanderson Alves Ramalho², Mônica da Silva-Nunes²
^{1,2}Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre

*Autor correspondente: e-mail: monicamamtra@gmail.com

RESUMO

Cerca de 1,1 bilhões de pessoas fumam e 5,4 milhões de mortes anuais estão associadas com o tabaco. Em 2013 o Brasil possuía 27,9 milhões de fumantes e destes, 200 mil foram a óbito. O objetivo dessa pesquisa é determinar a prevalência do tabagismo na população urbana de Mâncio Lima, AC. É um estudo transversal de investigação domiciliar. As informações foram analisadas segundo variáveis sociodemográficas, hábito de fumar e tentativa de cessar. Utilizou-se o teste t de Student para variáveis independentes e X² para comparar proporções. Amostra com 754 indivíduos. O perfil prevalente dos fumantes foi: homens de 25 a 44 anos, a maioria possuía pouca escolaridade e baixa renda. Ex-fumantes eram majoritariamente femininos e somente 8 deles receberam orientação profissional. Homens jovens e com nível socioeconômico baixo estiveram mais vulneráveis a esse hábito. Os fumantes apresentaram dificuldade de parar de fumar, sua maioria alega que não recebeu auxílio adequado para deixar o vício.

Palavras-chave: Tabagismo; Prevalência; Tabaco.

ABSTRACT

About 1.1 billion people smoke with 5.4 million annual tobacco-related deaths. By 2013 Brazil had 27.9 million smokers and of these, 200,000 died. The objective of this research is to determine the prevalence of smoking in the urban population of Mâncio Lima, AC. It is a cross-sectional study of home investigation. The information was analyzed according to sociodemographic variables, smoking habit and attempt to cease. Student's t test was used for independent variables and X² was used to compare proportions. Sample with 754 individuals. The prevalent profile of smokers was: men aged 25 to 44, most of whom had little education and low income. Former smokers were mostly female and only 8 of them received professional guidance. Young men with low socioeconomic status were more vulnerable to this habit. Smokers find it difficult to quit, most of whom say they have not received adequate help to quit.

Key words: Smoking; Prevalence; Tobacco.

1. INTRODUÇÃO

O hábito de fumar tornou-se prevalente mundialmente, principalmente após a primeira guerra mundial. A partir deste período se tornou uma epidemia, com consequências preocupantes para saúde pública devido à morbimortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco [1].

Estima-se que 1,1 bilhões de pessoas têm o hábito de fumar no mundo. As doenças relacionadas ao tabaco, contabilizam mais de 7 milhões de vidas perdidas anualmente, sendo

responsável por 1 em cada 10 mortes no mundo. No Brasil, 29,9 milhões de pessoas utilizam tabaco, tendo uma prevalência maior no sexo masculino quando comparado ao feminino [2].

Os efeitos maléficos de sua utilização são bem conhecidos, sendo associadas a diversas patologias do aparelho cardiovascular (aterosclerose, acidente vascular cerebral, tromboangéite obliterante), digestivo (úlceras pépticas, doença de Crohn, cirrose hepática), neoplasias malignas (da cavidade oral, faringe, esôfago) e principalmente do aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC e asma) [3].

Devido a essa grande exposição aos produtos de tabaco e seus nocivos danos à saúde humana, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1999 estabeleceu o tratado Convenção-Quadrado para Controle do Tabaco (CQCT) que tem por objetivo proteger as gerações presentes e futuras da devastação do consumo e exposição à fumaça do tabaco, tendo 192 países membros. Em 2005, o Brasil entrou formalmente por meio da ratificação pelo Senado Federal e se tornou uma liderança mundial no controle do tabagismo [4].

A CQCT com o intuito de ajudar os países membros a alcançar seus objetivos lançou o MPOWER em 2008 que é composto por seis medidas de intervenção indicadas pelas letras MPOWER com vistas a auxiliar no plano de controle do tabagismo [3]:

(i) a letra M significa Monitoração (Monitor), por meio de pesquisas periódicas e regulares em capitais brasileiras, podendo traçar um perfil dos tabagistas e assim tomar medidas que possam diminuir o consumo de tabaco com essas informações;

(ii) a letra P de proteção (protect) com leis que proíbem fumar em locais públicos, como a Lei Federal nº 9.294/96 que reserva áreas para fumantes em locais públicos;

(iii) a letra O de oferecer (Offer) ajuda para cessar o fumo, tendo como foco o perfil do fumante, campanhas motivacionais e outras medidas de aconselhamento e orientações;

(iv) a letra W de advertir (Warn) com grande destaque as fotos e mensagem de impacto em embalagens de cigarro para desestimular a fumar, com implementação em 2001;

(v) a letra E de fazer cumprir (Enforce) com leis que proíbem propaganda em qualquer meio de comunicação, sendo uma das medidas consideradas de maior impacto na redução do tabagismo;

(vi) a última letra a R de aumento de imposto (raise) para coibir a compra de cigarro pelos jovens e também população menos favorecida.

Com essas medidas de prevenção e controle do tabagismo a prevalência de fumantes mundial e também do Brasil teve uma importante redução na incidência. Observou-se, deste modo, uma redução na incidência em fumantes maiores de 18 anos, de 34,8% em 1989 para

22,4% em 2003, 14,7% em 2013 e 10,1% em 2017, o que demonstra efetivas medidas com impacto esperado na cessação do tabagismo [3,5,6].

Diante do exposto, a pesquisa adquire importância ao combate do tabagismo por contribuir na construção do perfil da população tabagista e ex-tabagista, descrevendo a prevalência e as características dos fumantes em uma região que carece de informações a respeito e assim possa auxiliar nas medidas mais efetivas no controle do consumo de tabaco.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado no núcleo urbano do município Mâncio Lima, localizado no extremo oeste da região Amazônica, no Acre (Imagem 1). Este município, com 5453 km², é limitado pelos municípios de Cruzeiro do Sul e Rodrigues Alves e com a República do Peru. Mâncio Lima tem 16.795 habitantes distribuídos em zonas urbanas (57.3%), rurais ou ribeirinhas (37.9%) e aldeias indígenas (4.8%). A sede do município está localizada a 38 km de Cruzeiro do Sul e 650 km de Rio Branco.

Realizou-se investigação em 350 domicílios (população de 1.509 pessoas de todas as idades) da área urbana de Mâncio Lima. O desenho epidemiológico consistiu em estudo transversal, sendo que os dados foram coletados a partir de 20 de agosto a setembro de 2013 os seguintes questionários foram utilizados: I. Demográfico, socioeconômico e de morbidade pregressa; II. Consumo de tabaco; III. Descrição detalhada dos domicílios. Foram analisadas as variáveis (dependentes) fumantes, não-fumantes e ex-fumantes e as variáveis de exposição:

1. Prevalência de tabagismo
2. Quantidade média de cigarros por dia
3. Por quanto tempo foi tabagista
4. Tipo de cigarro utilizado
5. Ajuda para cessar tabagismo por algum profissional de saúde.

Foram consideradas fumantes pessoas que declararam fazer uso de pelo menos um dos produtos que contém tabaco na sua composição, não fumantes aqueles que declararam não possuir o hábito de fumar e ex-fumantes aqueles que fumaram mais de 100 cigarros durante toda sua vida e não fumam atualmente.

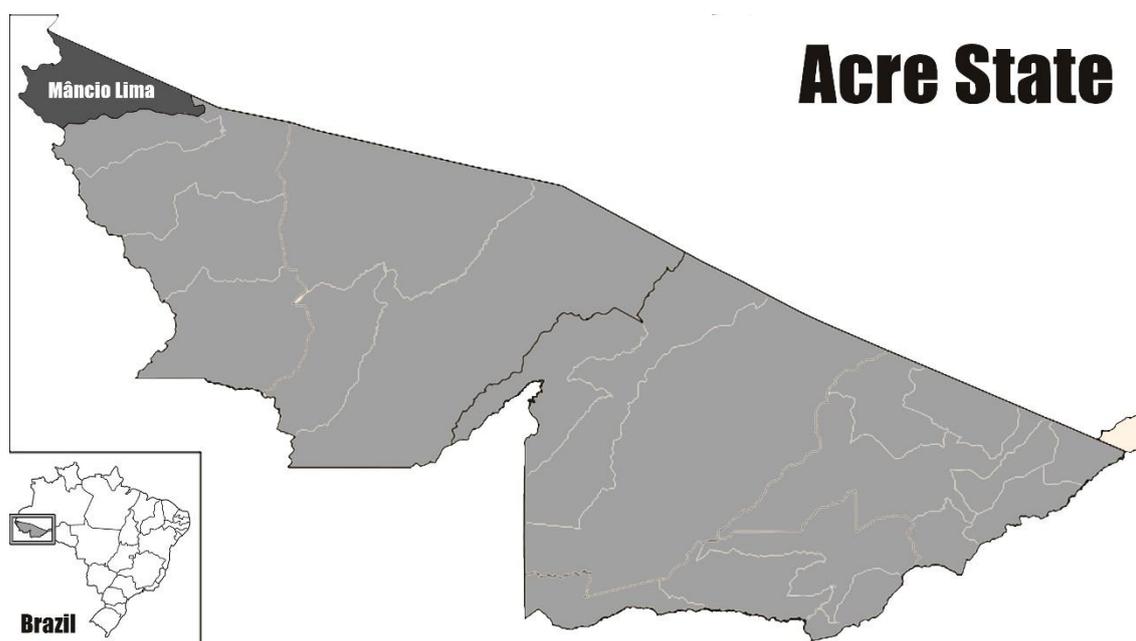
Um banco de dados foi elaborado em SPSS 20.0 para avaliação do nível socioeconômico, foi construído um índice de riqueza com base na presença no domicílio de bens de consumo e utilidades domésticas [7]. Calculada as frequências relativas e absolutas,

mediana, média e desvios-padrão das variáveis. Utilizados os testes t de Student para amostras independentes e teste do X^2 para a comparação de médias e proporções, considerando-se estatisticamente significantes valores de p inferiores a 0,05.

O estudo é amparado por aprovação em comitê de ética da Universidade Federal do Acre de número 21457613.6.0000.5010. Os participantes foram orientados, sendo estabelecidas sua vontade em participar pôr termo de consentimento informado antes da entrevista.

Imagem 1. Estado do Acre

Image 1. Acre State



3. RESULTADOS

Dos 754 indivíduos analisados, 146 pessoas (19,4%) responderam que eram fumantes e 110 pessoas (14,6 %) responderam que já fumaram antes e 498 pessoas (66,0%) responderam que nunca fumaram.

Dos que declaram fumantes, 82 (56,16%) eram homens e 64 (43,84%) eram mulheres, tendo uma maior prevalência de fumantes entre 25 a 44 anos (42,46%), de cor parda/negro (75,34%), católico (70,54%), com menos de oito anos de escolaridade (66,43%), empregado (67,12%) e com renda entre meio e um salário mínimo (39,72%). Todas as faixas etárias tiveram uma maior proporção de homens do que mulheres, tendo as variáveis sexo, idade, religião, escolaridade e renda significância estatística ($p < 0,05$) como demonstrada na tabela 2. A

variável “qual idade começou a fumar” teve mediana de 18,32 anos, variando de 5 a 62 anos. Ambos os sexos tiveram uma maior prevalência de fumantes consumindo entre 0 a 14 cigarros/dias com média de 8,24 entre homens e 7,49 entre mulheres.

Foi evidenciado que na variável idade de início do tabagismo, os resultados indicaram uma média geral de 18,32 anos. As mulheres obtiveram média inferior (17,13 anos) quando em comparação aos homens (19,23 anos).

O cigarro mais consumido foi o industrializado (n=83) seguido pelo cigarro de palha (n=19). A maioria das pessoas responderam que as fotos de advertência nas embalagens de cigarro lhes estimulariam a parar de fumar, tendo 99 pessoas afirmado que já tentaram cessar o tabagismo pelo menos uma vez na vida, média de tentativas de 3,15 de vezes entre os homens e 3,44 entre as mulheres (Tabela 2).

Quanto a dependência nicotínica avaliada pelo teste de índice de intensidade do tabagismo (Heaviness of Smoking Index) não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,465$), com 47 indivíduos (55,95%) afirmando muito baixa dependência, 29 (34,52%) afirmando baixa a moderada dependência e 8 (9,52%) afirmando moderada dependência. Nenhum indivíduo apresentou alta dependência nicotínica.

A maioria dos que tinham o hábito de fumar possuía idade entre 45 a 65 anos (35,45%), da cor parda/negra (87%), religião católica (74,54%), com mais de oito anos de escolaridade (74%), com algum emprego (76,36%) e uma faixa de salário entre meio a um salário mínimo (36,36%). As variáveis ocupação e raça apresentaram significância estatística ($p<0,05$) como demonstrado na tabela 3.

Entre os ex-tabagistas, o tempo de consumo médio foi de 19,69 anos. Sobre a história tabágica os ex-fumantes possuíam uma quantidade de cigarros fumado/dia semelhante entre os sexos, tendo os homens fumado em média 10,74 cigarros e as mulheres 10,41 cigarros, similarmente ao consumo diário no grupo dos fumantes. Quando questionados se pararam de fumar em decorrência de algum problema de saúde, a maioria respondeu não (Tabela 4).

Aos ex-fumantes foi questionado se receberam alguma orientação de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro ou psicólogo). Somente oito (7,2%) responderam que sim. Destes, apenas um frequentou grupo de ajuda para cessar o tabagismo e um recebeu algum tratamento medicamentoso, adesivos ou chiclete de nicotina, laser ou acupuntura.

Tabela 1. Distribuição da população de análise de fumantes e não fumantes segundo variáveis sociodemográficas e econômicas

Table 1. Distribution of the analysis population of smokers and nonsmokers according to sociodemographic and economic variables

Variável	Fumantes		Não fumantes		p*
	n	%	n	%	
Sexo					0,014
Homem	82	22,8	277	72,2	
Mulher	64	16,2	331	83,8	
Idade					<0,001
15-24	21	9,2	207	90,8	
25-44	62	19,1	263	80,9	
45-65	46	32,4	96	67,6	
>65	17	29,3	41	70,7	
Etnia					0,925
Branco	25	20,7	96	79,3	
Pardo/negro	110	19,0	469	81	
Indígena/ mestiço	9	20,0	36	80	
Religião					0,010
Católico	103	21,4	378	78,6	
Evangélica	27	12,6	187	67,4	
Outra	14	26,4	39	93,6	
Escolaridade					<0,001
< 8 anos	97	31,9	207	68,1	
>8anos	49	19,4	401	89,1	
Ocupação atual					0,098
Desempregado	46	22,5	158	77,5	
Empregado	98	18,0	446	80,7	
Renda (salário mínimo)					0,001
**					
0 a ¼ salário mínimo	31	13,7	195	86,3	
¼ a ½ salário mínimo	18	20,0	72	80	
½ a 1 salário mínimo	58	29,7	137	70,3	
1 a 2 salários mínimo	24	15,3	133	84,7	
2 ou mais salários mínimos	13	16,2	67	83,8	

Tabela 2. Distribuição da população de análise de mulheres e homens tabagista maiores de 15 anos segundo história tabágica e tentativa de cessar
Tabela 2. Distribution of the analysis population of male and female smoker older than 15 years according to smoking history and attempt to cease

Variável	Homem		Mulher		p*
	n	%	n	%	
Quantidade de cigarros/dia					0,066
0 a 14	59	53,2	52	46,8	
15 a 24	17	73,9	6	26,1	
25 ou mais	0	0,0	1	100	
Quantidade de cigarros/dia					0,581*
Média	8,24		7,49		*
Mínimo	0,2		0,03		
Máximo	20		60		
Tipo de tabaco					0,895
Cigarro industrializado	46	55,4	37	44,6	
Cigarro de palha	12	63,2	7	36,8	
Outros	23	54,8	19	45,2	
Foto de advertência estimula cessar tabagismo					0,122
Sim	47	52,2	43	47,8	
Não	26	65,0	14	35,0	
Tentou parar de fumar					0,041
Sim	50	61,7	49	76,6	
Não	31	38,3	15	23,4	
Quantas vezes tentou parar					0,788*
Media	3,15		3,44		*

Mínimo	1	1
Máximo	20	10

Tabela 3. Distribuição da população de análise de ex-fumantes segundo variáveis sociodemográficas e econômicas
Table 3. Distribution of the population of analysis of ex-smokers according to sociodemographic and economic variables

Variável	Homem		Mulher		p*
	n	%	n	%	
Idade					0,168
15 a 24 anos	9	75,0	3	25,0	
25 a 44 anos	17	50,0	17	50,0	
45 a 65 anos	15	38,5	24	61,5	
Maiores de 65 anos	13	52,0	12	48,0	
Etnia					0,026
Branco	8	40	12	60,0	
Pardo/negro	39	44,8	48	55,2	
Indígena/mestiços		100	0	0,0	
Religião					0,817
Católico	34		39	53,4	
Evangélico	18	47,4	20	52,6	
Outros	2	66,7	1	33,3	
Escolaridade					0,685
Menor que 8 anos	35	47,3	39	52,2	
Maior que 8 anos	19	52,8	17	42,2	
Ocupação					<0,001
Empregado	51	60,7	33	39,3	
Desempregado	3	11,5	23	88,5	
Renda (salário mínimo) **					0,082
0 a ¼ salário mínimo	8	29,6	19	70,4	
¼ a ½ salário mínimo	2	28,6	5	71,4	

½ a 1 salário mínimo	19	47,5	21	52,5
1 a 2 salários mínimo	15	57,7	11	42,3
2 ou mais salários mínimos	10	76,9	3	23,1

Tabela 4. Distribuição da população de análise de ex-tabagista maiores de 15 anos segundo história tabágica e tentativa de cessar

Table 4. Distribution of the analysis population of ex-smoker older than 15 years according to smoking history and attempt to cease

Variável	Homem		Mulher		p*
	n	%	n	%	
Tempo fumando					0,930**
(anos)					
Média	20		19,41		
Mínimo	1		1		
Máximo	60		60		
Quantos					0,890**
cigarros/dia					
Média	10,74		10,41		
Mínimo	1		1		
Máximo	48		60		
					0,345
0 a 14 cigarros dia	31	44,9	38	55,1	
15 a 25 cigarros dia	14	60,9	9	39,1	
Mais de 25 cigarros dia	2	33,3	4	66,7	
Parou porque tinha algum problema de saúde					0,390
Sim	18	51,4	17	48,6	
Não	35	44,9	43	55,1	

4. DISCUSSÃO

A prevalência de fumantes encontrada na amostra foi 19,36%, acima da média Nacional (14,7%) e da região Norte (13,4%), segundo a Pesquisa Nacional em Saúde de 2013. Em contraponto a prevalência de ex-fumantes foi de 14,59%, abaixo da brasileira (17,5%) e da região Norte (16,6%) [8].

O tabagismo é um grande fator de risco para uma séria de patologias pulmonares como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, infecções das vias aéreas e também para câncer de faringe, traqueia e pulmão [9,10]. Sabe-se que a quantidade de cigarros fumados/dia está relacionada ao risco de desenvolvimento de câncer [11]. No presente estudo o consumo de cigarros por dia mais prevalente foi de 1-14 (n=111) seguido por um consumo de 15-24 cigarros em 23 pessoas. No estudo caso-controle prospectivo de Peto (2000) aqueles que fumavam 1-14 cigarros o risco de câncer foi de 7,5-8 vezes, para 15-24 sobe para 14,9 vezes e para 25 ou mais cigarros chega a 25,4 vezes.

A dependência do tabaco engloba vários fatores como: químico, devido à nicotina, comportamental, social e também emocional sendo que a sua interrupção diminui as morbidades causadas pela presença de substâncias nocivas à saúde [12]. Devido a esses diversos empecilhos o tabagista tem grande dificuldade em parar de fumar. Nesse estudo 68,27% dos fumantes atuais responderam que tentaram parar de fumar alguma vez na sua vida, tendo as mulheres uma média de tentativas maior que os homens ($p=0,041$). Observou-se uma maior preocupação das mulheres com a saúde, como demonstrado em outros estudos, o que parece indicar que elas procuram mais frequentemente o serviço de saúde e tentam parar de fumar em proporção maior quando comparadas aos homens [13,14,15]. Não houve uma associação entre tentativa de parar de fumar e idade, tendo todas as faixas etárias a mesma proporção de tentativas.

A nicotina presente no tabaco desencadeia dependência física e química, por isso níveis elevados de tabagismo aumentam a probabilidade de o indivíduo não cessar o hábito de fumar [16]. Apesar de não haver diferença significativa entre a dependência nicotínica e o sexo nesta população, o grupo de ex-tabagistas é majoritariamente feminino (50,9%). Esse fato difere da literatura que afirma que a maioria dos ex-tabagistas é do sexo masculino [17].

A iniciação precoce ao hábito de fumar está ligada a diversos fatores, dentre eles o acesso do adolescente na compra de produtos que contém tabaco, o preço do cigarro, a escolaridade e o perfil socioeconômico, sendo fundamental evitar que o jovem experimente

cigarro, pois se o fizer terá uma chance de mais de 50% de se tornar dependente [18,19]. Por isso existem medidas que visam coibir o acesso ao tabaco, tais como: proibir a venda para menores de 18 anos (Lei Nº 9.294 de 15 de julho de 1996), aumento das taxas de impostos nos produtos de tabaco e propagandas de conscientização em escolas [20,21]. Entretanto, os dados desse estudo podem não representar o real impacto que as medidas propostas pelo CQCT no MPOWER exerceram na população, visto que os indivíduos declarados fumantes em grande parte iniciaram o hábito de fumar antes ou logo após a implementação dessas medidas que só ocorreram no Brasil no ano de 2005.

As pessoas com menos de oito anos de escolaridade e com renda menor que um salário mínimo tiveram uma maior proporção de fumantes demonstrando uma correlação entre o hábito de fumar e pessoas com baixa escolaridade e renda, sendo medidas como aumento do custo do cigarro uma boa solução para inibir o consumo de tabagismo nessa população.

As advertências colocadas nos produtos de tabaco em 2001 pelo governo brasileiro para divulgar os malefícios do uso contínuo do tabaco representam um dos melhores custo-efetivos na redução do tabagismo na população mundial [4]. O estudo PETab de 2008 demonstrou que 65% das pessoas tentaram parar devido às advertências encontradas nos produtos de tabaco [17]. Semelhante ao encontrado, 69,23% das pessoas responderam que as advertências estimulariam a parar de fumar.

Devido às dificuldades inerentes à dependência da nicotina e outros fatores associados, muitos fumantes apresentam grande dificuldade em cessar o tabagismo. O MPOWER apresenta em uma das suas medidas a de oferecer ajuda – *Offer* - através de campanhas motivacionais e tratamento médico para os dependentes de nicotina, este disponível no SUS a partir de 2005 [1,22]. Neste estudo foi evidenciado que apenas oito pessoas obtiveram acesso ao tratamento e acompanhamento por profissionais de saúde, o que representa aproximadamente 4,8% dos ex-tabagistas e dos tabagistas atuais que tentaram parar de fumar, bem abaixo da taxa nacional de 15,2% que ainda é considerada insuficiente. Isso demonstra a necessidade de maiores investimentos nessa área, pois com adequada orientação de um profissional da saúde aqueles que desejam cessar o tabagismo terão maior chance de êxito [15].

Apesar de alarmante, essa deficiência no apoio à cessação do tabagismo já era esperada, pois no contexto do sistema público de saúde num país com as dimensões sociogeográficas e a densidade populacional do Brasil, o programa de tratamento do tabagismo encontra algumas limitações. Por exemplo, nas regiões Sul e Sudeste, todos os estados já adotaram o tratamento. Em todos os estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, contudo, verifica-se flutuação

no número de municípios que atendem o fumante – consequência do nível local de organização do programa [17].

Desde 1986, muitas foram as medidas criadas no Brasil para controlar o tabagismo, proibindo a propaganda de produtos do tabaco na mídia, adotando advertências nos maços de cigarro e restringindo a exposição à fumaça do tabaco em ambientes públicos. Muito já foi conquistado por ações do governo e da sociedade civil, mas ainda há muito por fazer.

CONCLUSÃO

O hábito de fumar ainda é frequente na população e seus efeitos nocivos são preocupantes tanto para os fumantes quanto para o governo que deve arcar com os custos no tratamento das doenças causadas pelas substâncias contidas no cigarro.

A prevalência de fumantes nessa população foi a esperada, tendo sido maior entre os homens jovens e com nível socioeconômico baixo. Os fumantes apresentaram dificuldade em parar de fumar tendo mais de duas tentativas malsucedidas e a maioria dos ex-tabagistas não receberam nenhum auxílio dos profissionais da saúde para conseguir esse êxito.

É importante enfatizar que a maioria dos estudos sobre esse tema é realizada em grandes centros. Espera-se que um estudo realizado numa região distante possa contribuir para traçar o perfil dos tabagistas e realizar medidas para continuar reduzindo o consumo de produtos que contém tabaco.

REFERÊNCIAS

- [1] World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco. Geneva; 2015 198 p.
- [2] World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva; 2017 263 p.
- [3] Araujo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. J. bras. pneumol. 2004;30(2):S1-S76.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009. Rio de Janeiro; 2008 46 p.

- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília; 2018 130 p.
- [6] Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):2011-22.
- [7] Muniz PT, Castro TG, Araújo TS, Nunes NB, Silva-Nunes M, Hoffmann EHE, et al. Child health and nutrition in the Western Brazilian Amazon: population-based surveys in two counties in Acre State. *Cad Saude Publica*. 2007;23:1283-93.
- [8] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação ISBN 978-85-240-4334-5. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro; 2014 181 p.
- [9] Victor WF, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2010;13(2):175-87.
- [10] Viegas CAA. Tabagismo do diagnóstico à saúde pública. 1st ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- [11] Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ*. 2000;321(7257):323-9.
- [12] Rosemberg J, Rosemberg AMA, Moraes MA. Nicotina: droga universal. São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Programa Estadual de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer IV; 2003 178 p.
- [13] Macintyre S, Ford G, Hund K. Do women “over-report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999;48:89-98.
- [14] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2008. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro; 2010 256 p.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. A situação do tabagismo no Brasil. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da

Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009 ISBN 978-85-7318-189-0. Rio de Janeiro; 2011 76 p.

[16] Balfour DJ. Nicotine as the basis of the tobacco smoking habit. In: Psychotropic Drug of Abuse. International Encyclopedia of Pharmacology and Therapeutics. Pergamon Press. New York, 1984. p. 61-4.

[17] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – Petab – Relatório Brasil. Rio de Janeiro; 2011 14 p.

[18] Malcon MC, Menezes AMB, Maia MSF, Chatkin M, Victora CG. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes na América do Sul: uma revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2003;13(4):222-8.

[19] Silva LCC, Araújo AJ, Queiroz AMD, Sales MPU, Castellano MVCO; Comissão de Tabagismo da SBPT. Controle do tabagismo: desafios e conquistas. J Bras Pneumol. 2016;42(4):290-8.

[20] World Health Organization. Report on the global TOBACCO epidemic, 2008. The MPOWER package. Genebra;2008 329 p.

[21] Lei Murad. Restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, Pub. L. No 9.294 (Jul 15, 1996).

[22] Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer [Internet]; c1996-2018 [cited 2018 Sep 15]. Divisões de Comunicação Social e Tecnologia da Informação. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional.