

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

**JOÃO CARLOS DE SOUZA GOMES**

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

VITÓRIA  
2025

JOÃO CARLOS DE SOUZA GOMES

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

**Orientadora:** Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza

**Área de Concentração:** Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

**Linha de Pesquisa:** Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

G633p Gomes, João Carlos de Souza  
O Programa Municipal de Controle ao Tabagismo em  
Presidente Kennedy – ES à luz dos ODS : um estudo  
transversal / João Carlos de Souza Gomes. - 2025.  
93 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa  
Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2025.

1. Assistência farmacêutica – Presidente Kennedy  
(ES). 2. Tabagismo – doença crônica. 3. Programas de Saúde  
(Presidente Kennedy-ES). 4. Objetivos de Desenvolvimento  
Saudável (ODS). 5. Dependência química - nicotina. I. Souza,  
Beatriz de Barros. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

---

CDD 362.296

Bibliotecária responsável pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Elisangela Terra Barbosa – CRB6/608

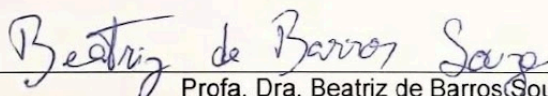
JOÃO CARLOS DE SOUZA GOMES

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

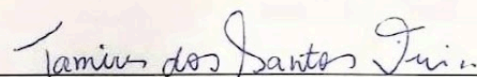
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 31 de julho de 2025.


BANCA EXAMINADORA



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Orientadora)



\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Tamires dos Santos Vieira  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória  
(Membro Interno)

Documento assinado digitalmente  
 PAULO JOSÉ DOS REIS PEREIRA  
Data: 04/08/2025 10:57:57 -0300  
verifique em <https://validar.lti.gov.br>

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo José dos Reis Pereira  
PUC-SP  
(Membro Externo)

Dedico esta dissertação à minha mãe, que, mesmo ausente fisicamente, permanece viva em cada conquista minha.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro, agradeço a Deus por, durante toda essa trajetória, ter me sustentado e me alcançado com Sua graça e amor.

Agradeço à minha família e, de forma enfática, à minha esposa por todo suporte, amor e por sempre acreditar em mim. Ao meu pai por ser tão amigo e por nunca desacreditar que chegaria até aqui. À minha irmã e aos meus avós por todo cuidado e carinho comigo. Obrigado por sempre me sustentarem em orações e por estarem comigo em todos os momentos.

Minha eterna gratidão à minha mãe, que me impulsionou no início dessa trajetória, mas que, infelizmente, hoje não está aqui para comemorar o fim dela comigo. Mesmo com sua partida, deixou seu amor e sempre teve a certeza de que eu conseguiria.

Agradeço também à minha orientadora, Profa. Dra. Beatriz de Barros Souza, por tanto profissionalismo e competência. Obrigado por tanta paciência e direcionamento em todo esse processo.

Finalmente, agradeço à EMESCAM, pois, com recursos e ambiente acadêmico enriquecedor, proporcionou-me o privilégio de concretizar este sonho.

## RESUMO

**Introdução:** o tabagismo pode comprometer a qualidade de vida do usuário e a de seus familiares e está associado a uma doença crônica (dependência do tabaco, sob o CID-10-Z72.0) de elevada prevalência no Brasil e a diversas enfermidades físicas e psicossociais, sendo a principal causa de morte evitável no mundo. **Objetivo:** analisar em que medida o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy (ES), após sua retomada em 2024, contribuiu para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) – Saúde e Bem-Estar. **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em Presidente Kennedy, cidade localizada no estado do Espírito Santo. Foi composta pelos 35 indivíduos cadastrados no Programa Municipal de Controle do Tabagismo mediante a análise do perfil epidemiológico e clínico dos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, por meio do Parecer nº 6.882.170. Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® e analisados por intermédio de estatística descritiva, que permitiu a apresentação dos resultados fazendo uso de gráficos e tabelas. **Resultados e Discussão:** a análise dos dados revela que o Programa de Cessação do Tabagismo estudado apresentou variações importantes na adesão ao longo do período avaliado. Foi possível identificar paridade de gênero e idade média de 46,34 anos, com variação de 29 anos a 72 anos. Verificou-se a ausência de informações consistentes sobre a etnia dos usuários. Com relação ao histórico, a maioria dos participantes faz uso de tabaco convencional há mais de uma década, apresenta níveis médios a elevados de dependência à nicotina, conforme o Teste de Fagerström, e uma parcela considerável já havia participado de edições anteriores do programa, evidenciando tentativas prévias de cessação. Parcela expressiva dos pacientes convive com comorbidades e não pratica atividades físicas. Quanto aos medicamentos utilizados, o maior percentual foi de uso concomitante de adesivo e bupropiona, seguido de adesivo e goma. Os achados da pesquisa confirmam que o programa analisado é uma importante política pública, visando ao cumprimento da ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). **Considerações finais:** os resultados evidenciaram que, embora haja um esforço contínuo para promover a cessação do tabagismo na comunidade, ainda existem obstáculos significativos que precisam ser enfrentados para melhorar sua eficácia e sustentabilidade, como é o caso da ausência de práticas integrativas e de suporte psicossocial voltado aos participantes.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica. Programas de Saúde. Tabagismo. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

## ABSTRACT

**Introduction:** Smoking can compromise the quality of life of smokers and their families and is associated with a chronic disease (tobacco dependence, under ICD-10-Z72.0) that is highly prevalent in Brazil, as well as several physical and psychosocial illnesses, being the leading preventable cause of death worldwide.

**Objective:** To analyze to what extent the Municipal Tobacco Control Program in Presidente Kennedy, Espírito Santo, after its resumption in 2024, contributed to the achievement of Sustainable Development Goal 3 (SDG 3) – Good Health and Well-Being. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach.

The research was conducted in Presidente Kennedy, a city in the state of Espírito Santo. The study included 35 individuals registered in the Municipal Tobacco Control Program, based on an analysis of the participants' epidemiological and clinical profiles. The research was approved by the EMESCAM Research Ethics Committee (CEP) under Opinion No. 6.882.170. The collected data were organized into Microsoft Excel spreadsheets and analyzed using descriptive statistics, allowing the results to be presented in graphs and tables. **Results and Discussion:** Data analysis reveals that the Smoking Cessation Program studied showed significant variations in adherence throughout the evaluation period. Gender parity was identified, with a mean age of 46.34 years, ranging from 29 to 72 years. There was a lack of consistent information on users' ethnicity. Regarding history, most participants had been using conventional tobacco for over a decade, presented moderate to high levels of nicotine dependence, according to the Fagerström Test, and a considerable portion had participated in previous editions of the program, demonstrating prior cessation attempts. A significant portion of the patients lived with comorbidities and did not engage in physical activity. Regarding the medications used, the highest percentage was concomitant use of the patch and bupropion, followed by the patch and gum. The research findings confirm that the program analyzed is an important public policy, aiming to achieve SDG 3 (Good Health and Well-being). **Final considerations:** The results showed that, although there is an ongoing effort to promote smoking cessation in the community, there are still significant obstacles that need to be addressed to improve its effectiveness and sustainability, such as the lack of integrative practices and psychosocial support for participants.

**Keywords:** Pharmaceutical Care. Health Programs. Smoking. Sustainable Development Goal.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade por utilização de aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado	30
Figura 1 – Medidas MPOWER de controle do tabaco	32
Figura 2 – Número de estabelecimentos de saúde do SUS que realizaram tratamento para a cessação do tabagismo, no período de 2018 a 2023, no Brasil	37
Figura 3 – Adesão dos participantes ao programa ao longo do ano de 2024	50

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil dos participantes do programa	51
Tabela 2 – Histórico do tabagismo	51
Tabela 3 – Apoio medicamentoso	52
Tabela 4 – Manutenção da abstinência após 12 meses	53
Tabela 5 – Perfil dos participantes que não concluíram todas as sessões	53
Tabela 6 – Perfil dos pacientes que já participaram do Programa	54

## LISTA DE SIGLAS

AEVP	Anos de Esperança de Vida Perdida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DEF	Dispositivos Eletrônicos para Fumar
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMESCAN	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MA	Mortalidade Atribuída
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas Complementares
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PTA	Poluição Tabagística Ambiental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SUS	Sistema Único de Assistência Social
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	16
1.2 JUSTIFICATIVA	17
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
2.1 A POPULARIZAÇÃO DO TABAGISMO	19
2.2 INÍCIO DO MOVIMENTO ANTITABAGISTA	21
2.3 RISCOS DO TABACO PARA A SAÚDE	23
<b>2.3.1 Exposição ao fumo passivo</b>	<b>26</b>
<b>2.3.2 Aspectos epidemiológicos e impactos do tabagismo</b>	<b>29</b>
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL	31
<b>2.4.1 Tratamento do Tabagismo NO SUS</b>	<b>33</b>
<b>2.4.2 Benefícios da cessação do tabagismo</b>	<b>39</b>
2.5 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)	42
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>45</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	45
<b>4 MÉTODOS</b>	<b>46</b>
4.1 TIPO DO ESTUDO	46
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	46
4.3 PARTICIPANTES	48
<b>4.3.1 Critérios de inclusão</b>	<b>48</b>
<b>4.3.2 Critérios de exclusão</b>	<b>48</b>
4.4 COLETA DE DADOS	48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	49
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	49
<b>4.6.1 Benefícios da pesquisa</b>	<b>49</b>
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>50</b>
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	50
<b>5.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico de usuários do programa</b>	<b>51</b>
<b>5.1.2 Histórico dos participantes do Programa</b>	<b>51</b>
<b>5.1.3 Frequência do uso de medicamentos fornecidos pelo programa e sua efetividade para cessação do uso abusivo de tabaco</b>	<b>52</b>

<b>5.1.4 Adesão dos participantes no Programa em Presidente Kennedy (ES)</b>	<b>53</b>
<b>5.1.5 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e o Programa de Cessação do Tabagismo</b>	<b>54</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b>	<b>56</b>
6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA EM PRESIDENTE KENNEDY-ES	56
6.2 OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) 3 E O PROGRAMA ANALISADO	63
6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	64
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>79</b>
APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES À COORDENAÇÃO MUNICIPAL	79
APÊNDICE B – DADOS DA PLANILHA DO PROGRAMA MUNICIPAL	80
<b>ANEXOS</b>	<b>81</b>
ANEXO A – LEI MUNICIPAL nº 814/2009 (Presidente Kennedy/ES)	81
ANEXO B – RESPOSTA A PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO	83
ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES À OUVIDORIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	86
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA	87
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (EMESCAM)	90

## APRESENTAÇÃO

Durante o estágio obrigatório do curso de Farmácia do Centro Universitário São Camilo, tive experiência direta com a Assistência Farmacêutica, mais especificamente com a dispensação de medicamentos para usuários do Programa de Controle do Tabagismo no Município de Presidente Kennedy. Por esse motivo, em 2022, no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), construí a pesquisa intitulada “Reestruturação do Programa de Controle do Tabagismo no Município de Presidente Kennedy: a Assistência Farmacêutica como protagonista no tratamento ao fumante”. Nessa época, em razão de residir no cenário da pesquisa, almejei apresentar o papel de destaque que a Assistência Farmacêutica ocupa no tratamento do tabagismo. No período da pesquisa, o programa se encontrava com suas atividades suspensas. Contudo, a pesquisa viabilizou subsídios importantes para impulsionar medidas visando à reestruturação do serviço, sobretudo, no que diz respeito à abordagem farmacêutica.

O programa de controle ao tabagismo foi criado em 2009 com a Lei municipal nº 814/2009 de Presidente Kennedy, porém, em 2019, por causa de cortes de gastos, este foi paralisado. Após isso, o País enfrentou a pandemia do vírus SARS-CoV-2, o que dificultou ainda mais a volta do programa. Por esse motivo, ele somente foi reiniciado em 2024.

Assim, a retomada desse programa tornou possível continuar o enfoque na temática aqui apresentada, com análises mais aprofundadas acerca da atuação da Assistência Farmacêutica no contexto desse programa. A continuidade da pesquisa se apresentou como uma oportunidade de identificar fragilidades e potencialidades do programa e contribuir para o fortalecimento, baseada em evidências e adaptada à realidade local. O objetivo foi o de contribuir significativamente para o aprimoramento do programa, mais especificamente, na atenção aos pacientes que desejam cessar o uso do tabaco.

Desse modo, após as considerações introdutórias apresentadas a no **capítulo 1**, para um aprofundamento do objeto de estudo e responder à pergunta proposta, a presente dissertação foi estruturada da seguinte forma: o **capítulo 2**, intitulado “Referencial teórico”, traz um panorama sobre a popularização do tabaco, o início do movimento antitabagista, os riscos do tabaco para a saúde, a exposição ao fumo passivo, os aspectos epidemiológicos e os impactos do tabagismo, a exposição ao

fumo passivo, as ações públicas que são implementadas para o controle do tabagismo no Brasil, o tratamento que é ofertado no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), e os benefícios da cessação do tabagismo.

Nos **capítulos 3 e 4**, estão descritos, respectivamente, os objetivos para responder à pergunta de pesquisa e os métodos adotados para atingi-los. O **capítulo 5** traz os resultados do estudo proposto e, por fim, o **capítulo 6** apresenta a Discussão desses resultados à luz da literatura. Finalizando o trabalho, estão as **considerações finais** desta pesquisa.

## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo representa um dos maiores problemas de saúde pública, uma vez que a dependência da nicotina desencadeia um ciclo de doenças crônicas que não apenas comprometem a qualidade de vida de milhões de pessoas, mas também sobrecarregam sistemas de saúde e impõem altos custos a toda a sociedade (Ribeiro *et al.*, 2022).

O tabagismo é definido como a dependência química da nicotina presente no cigarro, sendo considerado uma doença crônica. Além disso, seu histórico de controle é marcado por diversas ações governamentais, como a criação de leis que proíbem o fumo em locais públicos, as ações de conscientização sobre os malefícios do cigarro e a disponibilização de tratamentos para ajudar os fumantes a pararem de fumar (Moccio, 2022).

No Brasil, tal temática começou a ser discutida com mais afinco em 1986, com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que tinha como objetivo principal reduzir o consumo de tabaco no País. Desde então, diversas medidas foram tomadas para combater o tabagismo, como a proibição da propaganda de cigarros na televisão e em outros meios de comunicação, a criação de ambientes livres de fumo, a implementação de advertências sanitárias nas embalagens de cigarros e o aumento do preço do produto (Teixeira; Jaques, 2011).

De acordo com Buteri Filho (2022), em 1996, foi aprovada a Lei Antifumo (Lei nº 9.294/96), um marco no Brasil. A lei tem por objetivo proteger a saúde pública ao restringir o consumo de cigarros e outros produtos fumígenos em locais fechados de uso coletivo. Com a proibição do fumo em espaços públicos, a lei antifumo contribui para a preservação da qualidade do ar e a promoção de ambientes mais seguros e livres de riscos associados ao tabagismo. Entretanto, apesar dos avanços, o tabagismo ainda é um problema de saúde pública no País.

Nesse contexto, é perante essa grave questão que a Assistência Farmacêutica se torna fundamental no processo, pois oferece medicamentos e terapias que auxiliam no tratamento da dependência química da nicotina, além disso, as políticas públicas têm um papel importante, pois incentivam a adoção de hábitos saudáveis e a prevenção de doenças relacionadas ao tabagismo, visto que o

controle do tabagismo é um desafio constante, mas é fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida da população (Barreto; Pinto, 2022).

### 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os programas de controle do tabagismo são implementados em diversas esferas, com o objetivo de reduzir o consumo de tabaco e suas consequências para a saúde da população, devendo incluir uma combinação de políticas públicas, campanhas de conscientização e acesso a tratamentos para a cessação do uso do tabaco. Entre as estratégias adotadas, estados e municípios devem disponibilizar o acesso a serviços de saúde que oferecem suporte para a cessação do uso do tabaco, com programas de tratamento que incluem Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), medicamentos e apoio psicológico. Esses serviços são essenciais para ajudar os fumantes a superar a dependência e a adotar um estilo de vida mais saudável, devendo estes estar integrados com as unidades de saúde locais, de forma a facilitar o acesso dos usuários e aumentar a adesão ao tratamento (Brasil, 2023a).

Nos estados, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis por coordenar e apoiar a implantação do PNCT nos municípios. Cada estado adapta as diretrizes do programa às suas realidades locais, promovendo campanhas educativas, capacitando profissionais de saúde e fiscalizando o cumprimento das leis antifumo. Também atuam na distribuição de materiais de apoio, como cartas informativas, e garantem o fornecimento completo de medicamentos e terapias para o tratamento da dependência do tabaco (Brasil, 2023a).

Os municípios desempenham um papel central na execução do Programa, pois são responsáveis por oferecer atendimento direto à população, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), disponibilizando tratamento gratuito, incluindo consultas médicas, acompanhamento psicológico e fornecimento de medicamentos, como adesivos de nicotina e bupropiona. Os grupos de apoio também são uma estratégia eficiente utilizada nas cidades para ajudar os fumantes a superar a dependência e manter a abstinência do cigarro (Campos; Gomide, 2015).

Desse modo, a presente pesquisa parte do seguinte problema: em que medida o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy

(ES), após sua retomada em 2024, contribuiu para o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) – Saúde e Bem-Estar?

O Programa foi criado pela Lei municipal nº 814, de 6 de maio de 2009 (Anexo A), mas tardou a ser regulamentado, tendo funcionado nos anos de 2018 a 2019 (Anexo B), porém, suspenso em 2020 em razão da pandemia da covid-19.

A sua edição atual foi retomada apenas em 2024, possibilitando a realização desta pesquisa após anuência para a coleta de dados na Coordenação do Programa no Município.

Assim, investigar os resultados alcançados após sua retomada torna-se fundamental para identificar seus impactos, suas limitações e as possibilidades de aperfeiçoamento, de modo a orientar estratégias mais eficazes no enfrentamento do tabagismo no município. Pretende-se, portanto, contribuir para a elaboração de estratégias de intervenção mais apropriadas no cenário de sua recente retomada em Presidente Kennedy (ES).

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A relevância deste estudo se justifica pela necessidade urgente de enfrentar o tabagismo como um grave problema de saúde pública, cujas consequências impactam diretamente os sistemas de saúde e a qualidade de vida da população. O tabagismo crônico é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo responsável por diversas doenças, tais como câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, conforme será explicado na revisão de literatura (item 2 abaixo). Dessa forma, avaliar o Programa é justificado pela necessidade de compreender e conceder subsídios para o aprimoramento do Programa Municipal de Controle do Tabagismo do município estudado.

Dessa forma, este estudo busca embasar ações e políticas de saúde voltadas para a redução do tabagismo em Presidente Kennedy (ES), visando melhorar a qualidade de vida da população local e reduzir os impactos negativos causados por esse hábito.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no estado do Espírito Santo, de um total de 309.248 indivíduos tabagistas, 28.236 buscaram tratamento nos serviços de saúde para tentar parar de fumar. Destes, 16.078 eram do sexo masculino, e 12.157, do sexo feminino (IBGE, 2019).

No âmbito local, a análise do Programa proporcionará dados relevantes sobre o tabagismo, possibilitando a identificação de grupos mais vulneráveis e a adoção de estratégias de prevenção e controle mais efetivas. Além disso, a investigação das contribuições da Assistência Farmacêutica no combate ao tabagismo é fundamental para aprimorar os serviços oferecidos pelo programa, promovendo uma abordagem mais integral e individualizada aos usuários.

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), para a adoção de medidas efetivas nos planos local, regional e global, como se verá a seguir. Desse modo, este estudo se torna imprescindível para a análise aprofundada acerca da contribuição do programa estudado, para o alcance de metas globais da Agenda 2030.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

A revisão de literatura que segue abaixo objetiva contextualizar o fenômeno do tabagismo em uma perspectiva histórica e de impactos sociais e de saúde. Busca-se, ainda, evidenciar as estratégias adotadas no âmbito brasileiro, a fim de enfrentar tal problemática. Assim, em um primeiro momento, tem-se a discussão acerca da popularização do cigarro e do início do movimento antitabagista. Na sequência, apresentam-se os riscos do tabaco para a saúde, as estratégias implementadas pelo governo visando controlar o tabagismo e ofertar tratamento para cessação do uso. Destacam-se ainda os benefícios da cessação do tabagismo.

### 2.1 A POPULARIZAÇÃO DO TABAGISMO

Não há registros escritos sobre o tabaco antes do século XV, mas acredita-se que, durante séculos, a planta foi cultivada, colhida e consumida de várias formas em todo o mundo, sendo valorizada por seus usos cerimoniais, espirituais, recreativos e medicinais. O ato de fumar era uma ligação entre humanos e espíritos sagrados, com o efeito narcótico e a fumaça ascendente sendo considerados sinais de que a comunicação estava completa (Boeira, 2000).

Em 1492, Cristóvão Colombo observou os nativos americanos usando o tabaco por seus efeitos prazerosos e para tratar doenças, levando suas folhas para a Europa. Em 1500, Pedro Alvarez Cabral relatou o seu uso para tratar abscessos ulcerados, fístulas, feridas e muitas outras doenças, afirmando que era chamada de erva sagrada devido à sua eficácia em casos graves. A partir de então, diversos relatos sobre o uso medicinal do tabaco por populações nativas americanas continuaram a surgir. Em 1560, Jean Nicot (que deu nome à nicotina), diplomata e importador francês, introduziu o tabaco na França e em Portugal (Barbosa, 2015).

Em um período em que tratamentos para muitas doenças estavam sendo procurados e ervas de todos os tipos eram consideradas dignas de serem experimentadas, a notícia de uma erva desconhecida com eficácia terapêutica gerou muito entusiasmo. O tabaco passou a figurar em uma infinidade de farmacopeias produzidas por toda a Europa por médicos, botânicos, exploradores, missionários e historiadores. Entre 1537 e 1559, livros publicados no continente europeu comumente se referiam aos usos medicinais do tabaco entre as populações

indígenas do Novo Mundo, com relatos de testemunhas oculares de sua aplicação terapêutica em doenças corporais gerais, resfriados e febres, como um auxílio à digestão e na prevenção da fome e da sede, como um purgante e como um narcótico (Brasil, 2012). De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM, 2019, p. 17):

Assim, o tabaco parecia uma verdadeira droga milagrosa, relaxando os jovens antes das batalhas, além de adiar a fome e tratar quase todos os tipos de doença. Os exploradores europeus aceitaram as argumentações dos nativos americanos quanto aos benefícios do tabaco para a saúde e foram mais longe, estendendo essas alegações, uma vez que acreditaram que o tabaco curaria até mesmo a devastadora peste bubônica.

Após a introdução do tabaco na Europa, o fumo e o cultivo dele se espalharam rapidamente para outras partes do mundo. No final do século XVI, o uso do tabaco havia se tornado um costume entre as pessoas elegantes desse continente e era exportado ou cultivado na Índia, na China, no Japão, no Sudeste Asiático, no Oriente Médio e na África Ocidental. Na Inglaterra, com a disponibilidade de cachimbos de barro, o tabaco se tornou um item de consumo em massa. A fabricação de cachimbos se espalhou por toda a Europa. No final do século XVIII, cidades holandesas como Gouda podiam sustentar 350 fabricantes de cachimbos graças à cultura de fumar em cafés e cervejarias. Assim, o uso medicinal do tabaco diminuiu gradualmente, mas foi substituído pelo hábito de fumar por prazer (Boeira, 2000).

Em meados do século XIX, fumar havia se tornado um ritual estabelecido em todo o mundo. Era celebrado em prosa, em verso, na arte e no palco; e seu uso passou a ser visto como um componente central da masculinidade. Os cigarros eram originalmente vendidos como um item de luxo caro, feito à mão para as elites urbanas da Europa (Silva *et al.*, 2023).

No final do século XIX, em 1880, no entanto, a fabricação de cigarros foi revolucionada pelo desenvolvimento de uma máquina de enrolar, o que levou a uma produção em massa e, conseqüentemente, ao aumento do consumo. Cigarros baratos, promovidos por agressivos métodos de *marketing* e publicidade, gradualmente levaram a um aumento nos hábitos de fumar cigarros (Boeira, 2000).

Maços de cigarros foram amplamente distribuídos aos soldados na Primeira e Segunda Guerra Mundial, e as empresas fabricantes começaram a publicar

anúncios em revistas, usando figuras públicas – e até profissionais de saúde – para promover seus produtos. Celebidades foram amplamente utilizadas para promoções, visando também as mulheres jovens em suas campanhas publicitárias. A popularidade do tabagismo só começou a diminuir a partir de meados da década de 1960 (CFM, 2019).

## 2.2 INÍCIO DO MOVIMENTO ANTITABAGISTA

Durante a primeira metade do século XX, não havia um reconhecimento geral sobre a ameaça significativa do tabagismo para a saúde, prevalecendo uma cultura na qual havia pouco espaço para oposição ao tabaco, exceto em algumas publicações financiadas privadamente por antitabagistas, como o industrial norte-americano Henry Ford. Entretanto, em 1950, evidências implicando o tabagismo como causa de 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 em 1953 e na primeira parte de 1954, mas rapidamente se recuperaram quando os fabricantes se apressaram para introduzir e comercializar cigarros com filtros nas pontas, para aliviar as preocupações com a saúde. Os benefícios anunciados dos filtros eram ilusórios, uma vez que não existia algo como fumaça limpa. A indústria reconheceu 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 muita 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).

O crescente apoio global para reduzir o uso de tabaco levou a Organização Mundial da Saúde a propor, em 1999, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)<sup>1</sup>. O tratado foi adotado em 2003 e entrou em vigor no ano de 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, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis regional, nacional e internacional, a fim de reduzir, de maneira contínua e substancial, a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (Brasil, 2015a, p. 10).

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou que os Estados-Membros promulgassem, implementassem 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), ambas no âmbito do ODS 3 da Agenda 2030 (ONU, 2015).

### 2.3 RISCOS DO TABACO PARA A SAÚDE

---

<sup>1</sup> “Uma convenção-quadro é um instrumento legal, sob a forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para alcançar os objetivos definidos” (Redin, 2010, p. 10).

A utilização de tabaco causa uma constelação de efeitos subclínicos à saúde, que ocorrem logo após o seu início. Esses efeitos adversos imediatos à saúde 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).

De acordo com Campos *et al.* (2024), tomados em combinação, esses efeitos prejudiciais prejudicam o estado geral de saúde do fumante e levam ao que tem sido chamado de estado de saúde diminuído. Os impactos do tabagismo em tais resultados fisiológicos de curto prazo prejudicam o estado geral de saúde do fumante, o que, por sua vez, torna-o mais suscetível a vários resultados adversos de saúde, como o desenvolvimento de doenças agudas, sintomas respiratórios e uma menor capacidade de curar feridas.

Assim, logo após o início do tabagismo, uma série de efeitos deletérios de curto prazo põe em movimento uma trajetória ao longo da vida que deixa os fumantes altamente desfavorecidos em comparação com seus colegas que nunca fumaram. Os efeitos adversos imediatos e intermediários do tabagismo contribuem de maneiras importantes para a saúde abaixo do ideal, começando logo após o início, muito antes que as doenças crônicas causadas em idades mais avançadas se tornem clinicamente aparentes (Souza; Santos; Oliveira, 2023).

Os efeitos de médio prazo, denominados de efeitos adversos intermediários, consistem, em grande parte, em resultados de saúde que dependem de um histórico de tabagismo mais extenso para que se manifestem. Os efeitos adversos intermediários à saúde são frequentemente sequelas diretas de alguns dos efeitos imediatos do tabagismo, como utilização de cuidados médicos, ou então são precursores de desfechos de doenças subseqüentes e mais graves, como diabetes tipo 2 e aterosclerose subclínica. A cessação do tabagismo diminui o risco de experimentar esses efeitos adversos intermediários à saúde, mas indivíduos com histórico de tabagismo ainda têm riscos maiores do que aqueles que nunca fumaram (Cunha *et al.*, 2016).

Para Santos *et al.* (2023), a aterosclerose é precursora da doença cardiovascular que começa cedo na vida. A evidência epidemiológica tem sido consistente em demonstrar uma forte associação dependente da dose entre

tabagismo e aterosclerose subclínica. Conseqüentemente, o tabagismo foi estabelecido como uma causa de aterosclerose e desfechos cardiovasculares clínicos que ocorrem como consequência dessa doença.

Em longo prazo, os efeitos do tabagismo incidem sobre diferentes sistemas. Devido, pelo menos em parte, ao seu impacto adverso no estado imunológico, o tabagismo predispõe o fumante a desenvolver doenças respiratórias infecciosas agudas, como pneumonia. Os efeitos estabelecidos no sistema imunológico fornecem uma base biológica clara para a maior probabilidade de desenvolver uma infecção após exposição a infecções respiratórias, bem como de desenvolver uma doença clinicamente aparente uma vez infectados (Pisciotta, 2018).

Além disso, Issobe (2012) ressalta que a função ciliar prejudicada na traqueia e nos brônquios também contribui para o aumento do risco de infecções respiratórias em fumantes. Portanto, os fumantes têm uma maior suscetibilidade a infecções respiratórias.

Nunes, Castro e Castro (2011) notam que o diabetes mellitus tipo 2 é uma das principais causas subjacentes de mortalidade por doença cardiovascular, levando a outras consequências adversas, como insuficiência renal e cegueira. Segundo os autores, os fumantes têm 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.

O uso do tabaco causa disfunção microvascular, que é conhecida por afetar negativamente a doença periodontal. Fumantes crônicos de tabaco apresentam uma densidade microvascular gengival aumentada, que é atribuída a um recrutamento capilar aumentado. Essas alterações morfológicas, acompanhadas de insultos vasoconstritores repetitivos, contribuem para uma menor perfusão gengival em fumantes crônicos e não regridem completamente após a cessação do tabagismo (Courte Júnior *et al.*, 2023).

Na doença periodontal, Costa *et al.* (2022) ressaltam que há inflamação gengival considerável e angiogênese em não fumantes que, em fumantes crônicos, são consideravelmente suprimidas, em parte devido à supressão imunológica local e ao estresse oxidativo. A exposição ao tabaco, independentemente da forma de uso,

causa disfunção microvascular de longo prazo que aumenta o risco de complicações em razão do curso natural da doença ou estratégias terapêuticas secundárias.

O tabagismo em pacientes com asma está associado a sintomas mais graves, aumento do uso de serviços de saúde, custos (consultas médicas não programadas e internações hospitalares frequentes) e mortalidade, pior qualidade de vida relacionada, declínio acelerado da função pulmonar e resposta reduzida aos corticosteroides inalatórios, a pedra angular dos tratamentos de controle. O tabagismo está associado a piores resultados de asma para uma série de variáveis clínicas e funcionais respiratórias em comparação com nunca fumar. O efeito é mais importante para os pacientes asmáticos que são fumantes ativos do que para aqueles que decidiram parar (Felipe *et al.*, 2022).

O tabagismo também contribui para uma grande parcela da carga populacional de muitas doenças crônicas que normalmente ocorrem na meia-idade e no envelhecimento, como câncer, doenças cardiovasculares e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O tabagismo é o maior fator de risco para o desenvolvimento da DPOC, conjunto de distúrbios do sistema respiratório caracterizado por diminuição do fluxo expiratório máximo e esvaziamento lento dos sacos alveolares, devido a uma combinação de doenças das vias aéreas e enfisema. O risco de DPOC é 8,7 vezes maior entre fumantes, e o consumo de tabaco é responsável por 79% de todos os casos de DPOC em homens e por 78% de todos os casos em mulheres (Carvalho *et al.*, 2023).

O uso de tabaco é uma das principais causas de câncer e de morte por câncer em todo o mundo. Pessoas que usam produtos de tabaco têm um risco aumentado de muitos tipos de câncer, incluindo câncer de pulmão, laringe (caixa vocal), boca, esôfago, garganta, bexiga, rim, fígado, estômago, pâncreas, cólon e reto e colo do útero, bem como leucemia mieloide aguda. É importante destacar que não há um nível seguro de uso de tabaco (Campos *et al.*, 2024).

Castro, Mol e Costa (2019) afirmam que o tabagismo está associado a vários desfechos clínicos de doenças cardiovasculares, incluindo doença cardíaca coronariana, derrame e aneurisma da aorta abdominal. O impacto do tabagismo é particularmente forte entre as faixas etárias mais jovens, pois causa 40% das mortes por doença cardíaca isquêmica em pessoas de 35 a 64 anos.

O processo de inalação da fumaça do cigarro coloca o sistema respiratório do fumante em contato direto com altas doses de toxinas do tabaco. Dados esses

níveis profundos de exposição, os efeitos deletérios do tabagismo no sistema respiratório se estendem muito além do câncer de pulmão (Pisciotta, 2018).

A maioria das doenças oculares crônicas, com a possível exceção da retinopatia diabética e do glaucoma primário de ângulo aberto, parece estar associada ao tabagismo. Tanto o desenvolvimento de catarata quanto a degeneração macular relacionada à idade, as principais causas de deficiência visual grave e cegueira, são diretamente acelerados pelo tabagismo (Gonçalves *et al.*, 2024).

Outros distúrbios oculares comuns citados por Gonçalves *et al.* (2024), como isquemia retiniana, neuropatia óptica isquêmica anterior e oftalmopatia de Graves, também estão significativamente ligados a esse hábito prejudicial. Além disso, o tabagismo é a causa direta da ambliopia de tabaco-álcool, uma doença outrora comum, mas agora rara, caracterizada por perda visual grave, que é provavelmente resultado de dano tóxico ao nervo óptico.

Fumar também prejudica as articulações e causa o risco de desenvolver artrite reumatoide, doença ligada à desregulação imunológica – que em fumantes é o dobro de em não fumantes, e o risco aumenta na mesma proporção da duração do tabagismo. Apesar de numerosos fatores ambientais estarem associados a um risco aumentado de desenvolver artrite reumatoide, até o momento, o tabagismo tem sido o mais importante (Ishikawa *et al.*, 2020).

Fumar tem consequências adversas para a saúde óssea e está associado a fraturas de quadril e osteoporose. Em mulheres na pós-menopausa, há associação já estabelecida entre fumar e baixa densidade óssea, sendo o tabagismo um dos fatores modificáveis mais importantes da osteoporose, além de contribuir para uma morte precoce, tumores e inúmeras doenças crônicas (Courte Júnior *et al.*, 2023).

### **2.3.1 Exposição ao fumo passivo**

A exposição ao fumo passivo, alternativamente chamada de fumo involuntário, é uma grande preocupação de saúde pública relacionada ao tabaco para não fumantes. A exposição à fumaça ambiental do tabaco, que resulta da combustão de um produto de tabaco e da que é exalada pelo fumante, é considerada fumo passivo. A inalação dessa fumaça causa doenças e morte

prematura em adultos e crianças não fumantes (Mesquita; Araújo; Cunha, 2023). Reichert (2017, p. 103) define da seguinte forma:

Tabagismo passivo é definido como a exposição à fumaça do cigarro por indivíduo não tabagista sujeito a uma destas 3 condições: proximidade da fonte poluente, ar poluído pela dispersão da fumaça em ambientes fechados ou por assimilação dos produtos químicos intraútero por via sanguíneo-placentária.

Segundo os órgãos de saúde, não há um nível seguro de exposição ao fumo passivo, e até mesmo inalar de forma passiva a fumaça gerada por produtos de tabaco por um curto período pode ter um efeito prejudicial à saúde. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (Inca), a fumaça lateral, gerada sob as condições de temperatura mais baixas do que no cigarro aceso, contém diferentes substâncias tóxicas e apresenta concentrações mais altas de muitos dos compostos tóxicos encontrados na fumaça principal, incluindo nicotina e monóxido de carbono, que são três vezes maiores na fumaça ambiental do que na que o fumante inala (Inca, 2015).

Os riscos da exposição ao fumo passivo são reconhecidos desde o final da década de 1960 e têm sido associados a uma variedade de efeitos adversos para a saúde entre adultos e crianças e ao aumento do risco de câncer do pulmão e doenças cardiovasculares em adultos não fumantes. Martins *et al.* (2022) afirmam que “o fumante passivo pode absorver o correspondente a quatro cigarros em um dia, dessa maneira, tendo risco de desenvolver câncer de pulmão que chega a 30%, como também, de surgirem sintomas respiratórios”.

Segundo Mesquita, Araújo e Cunha (2023, p. 5): “a poluição que decorre da queima do cigarro é denominada poluição tabagística ambiental (PTA) e, além de ser a maior causa de poluição em ambientes fechados no mundo, é a terceira maior causa evitável de morte”.

A exposição ao fumo passivo ocorre em vários ambientes (em casa ou em qualquer lugar público) e causa danos em curto e em longo prazo na infância (Reichert, 2017). A OMS (2023) relata que a exposição ao fumo passivo leva a 1,2 milhão de mortes anualmente, e mais de 65 mil crianças morrem todos os anos devido a doenças relacionadas com a exposição ao fumo passivo.

A exposição às substâncias tóxicas da fumaça durante a infância pode inibir o desenvolvimento do sistema nervoso e levar a problemas comportamentais, afeta a função pulmonar e leva a sintomas respiratórios como tosse, asma e bronquite.

Além disso, aumenta o risco de câncer e doenças cardiovasculares ao longo da vida, bem como pode contribuir para a probabilidade de uma criança se tornar fumante no futuro. Crianças expostas ao fumo passivo correm maior risco de síndrome de morte súbita infantil, infecções de ouvido, resfriados e pneumonia, de atraso do desenvolvimento dos pulmões, podendo causar tosse, respiração ofegante e falta de ar.

Mulheres grávidas expostas à fumaça do tabaco têm mais probabilidade de dar à luz natimortos e terem recém-nascidos com malformações congênitas e pesos mais baixos ao nascer, enquanto os bebês correm um risco significativamente maior de síndrome da morte súbita infantil. De acordo com Silva e Pachú (2023, p. 2), as causas de risco são responsáveis por:

[...] 5% a 8% dos partos prematuros, 13% a 19% dos nascimentos com baixo peso e 5% a 7% da síndrome da morte súbita do lactente. No Brasil, estimativas apontam que uma em cada quatro gestantes seja fumante e cerca de metade delas não consiga abandonar o hábito, mesmo depois de esclarecidos os riscos que este comportamento pode fomentar a si mesmo e ao bebê.

Partículas que se depositam da fumaça do tabaco se combinam com gases no ar e se depositam nas superfícies, formando compostos causadores de câncer, e podem ser encontrados em amostras de poeira retiradas das casas de pessoas que fumam. Embora ainda não esteja claro se esse resíduo pode causar câncer, quaisquer efeitos provavelmente seriam pequenos em comparação com a exposição direta à fumaça. Ainda assim, os compostos podem ser agitados e inalados com outras poeiras domésticas, bem como também podem ser acidentalmente ingeridos pela boca. Dessa forma, qualquer risco que os compostos representem é maior para bebês e crianças que brincam no chão e frequentemente colocam coisas na boca (Ferreira *et al.*, 2017).

Segundo Silva e Pachú (2023), as descobertas sobre os efeitos negativos da fumaça do tabaco têm sido a base para a promoção de ambientes sem fumo e para a educação dos adultos, especialmente os pais, relativamente aos efeitos do tabagismo na saúde das crianças, existindo leis que proíbem fumar em locais fechados e ambientes coletivos públicos.

### **2.3.2 Aspectos epidemiológicos e impactos do tabagismo**

Globalmente, no ano 2000, havia cerca de 1,36 bilhão de usuários de tabaco com idade de 15 anos ou mais. Em 2022, havia 1,25 bilhão, mesmo com o aumento da população mundial. Em 2000, cerca de 33% dos adultos utilizavam produtos de tabaco, caindo para 22% em 2022 e com estimativa de queda para 18% até 2030. A maior redução na prevalência do uso de tabaco foi observada nas Américas, onde passou de 21% em 2010 para 16% em 2022 (OMS, 2024).

A OMS (2024) destacou o Brasil e a Holanda como países com maior queda no uso do tabaco, enquanto Congo, Egito, Indonésia, Jordânia, Omã e Moldávia ainda apresentam taxas de uso crescentes. O Brasil apresentou redução de 35% desde 2010, especialmente devido a medidas de controle implementadas pelo Estado, as quais serão tratadas posteriormente neste estudo.

Entre os indicadores do impacto do uso de tabaco na população, está a Mortalidade Atribuída (MA), que permite monitorar a evolução da epidemia e está intimamente relacionada ao consumo. Outro indicador são os Anos de Esperança de Vida Perdida (AEVP), que representam a diferença entre o máximo de anos que é possível sobreviver entre duas idades e aqueles que efetivamente se vive (Silva *et al.*, 2023). De acordo com o Ministério da Saúde, entre 1996 e 2019, o consumo de tabaco esteve relacionado a 2.389.831 mortes na população de até 35 anos de idade, somando cerca de 99.576 óbitos anuais e 8,5% da mortalidade no País. Estima-se que mais de 1 milhão de mortes por doenças cardiometabólicas decorram do consumo de tabaco, o que supõe 42% do total da MA em ambos os sexos (Giraldo-Osório *et al.*, 2021).

Segundo Malta *et al.* (2020), nos últimos 25 anos, o número de fumantes diários no Brasil foi reduzido de 29% para 12% entre homens e de 19% para 8% entre mulheres. Entretanto, com a redução dos usuários de cigarros industrializados, a indústria do tabaco tem investido na comercialização de novos produtos, como os Dispositivos Eletrônicos para Fumar (DEF), que incluem cigarros eletrônicos (vapes) e produtos de tabaco aquecido. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mais recente indicam a prevalência desse fenômeno na região Sudeste (Quadro 1).

Quadro 1 – Pessoas de 15 anos ou mais de idade por utilização de aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado

Utilização de aparelhos eletrônicos com nicotina líquida ou folha de tabaco picado – Total	
<b>Brasil e Grande Região</b>	<b>Quantitativo</b>
Brasil	168.426,190

Norte	13.495,431
Nordeste	44.917,490
Sudeste	72.629,252
Sul	24.591,813
Centro-Oeste	12.790,753

Fonte: IBGE – Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Diferentemente dos cigarros convencionais, nos DEF, a liberação de nicotina não depende de combustão para produzir fumaça, mas de um mecanismo eletrônico que produz vapor, aquecendo um líquido que contém nicotina e aditivos (cigarros eletrônicos) ou lâminas de tabaco sólido (cigarro de tabaco aquecido). Por isso, eles têm sido difundidos como alternativa menos danosa ao uso do cigarro convencional, até mesmo para auxiliar a cessação do tabagismo (Bertoni; Szklo, 2021).

A dificuldade de regulação da internet tem favorecido a publicidade desses produtos nesse meio, atraindo jovens, por serem promovidos como novidade tecnológica, bem como por possuírem diferentes sabores. Mundialmente, há uma explosão do uso de DEF entre jovens, e nos Estados Unidos da América, onde até 2016 esses novos produtos não eram regulados, a prevalência de uso de cigarros eletrônicos já ultrapassou a de cigarros industrializados entre estudantes do Ensino Médio (Malta *et al.*, 2020).

No entanto, os DEF não são inócuos como os fabricantes afirmam, ocorrendo carbonização do tabaco nos cigarros aquecidos, além da presença de diversas substâncias tóxicas e carcinogênicas nos cigarros eletrônicos. A isso, soma-se o fato de que os cigarros eletrônicos aumentam significativamente o risco de experimentação de cigarros convencionais, além de aumentarem a frequência de recaída do tabagismo convencional entre ex-fumantes. No Brasil, a comercialização, a fabricação, a distribuição, a importação, o transporte e o armazenamento de DEF são proibidos desde 2009 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (Brasil, 2009).

Desse modo, pela associação entre o uso de DEF e a iniciação ao cigarro convencional, levando não fumantes a experimentarem/utilizarem regulamente a nicotina, esses dispositivos podem contribuir para formar um novo grupo de dependentes que, no futuro, poderão buscar no cigarro convencional uma forma mais eficiente e viável de satisfazer sua dependência de nicotina, colaborando para novo aumento da prevalência de fumantes de cigarros industrializados (OMS, 2021).

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

Medidas eficazes para combater a epidemia do tabaco estão contidas na CQCT, que foi o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado pela OMS. Desde a sua entrada em vigor, em 2005, a CQCT dinamizou ações sobre essa questão nas Américas, embora a aplicação das medidas nela contidas não tenha sido uniforme (OMS, 2005).

Em 2017, diante da tendência de desaceleração na aplicação das medidas contidas na CQCT, os 35 Estados-Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aprovaram, por unanimidade, a Estratégia e o Plano de Ação para Fortalecer o Controle do Tabaco na Região das Américas 2018-2022, durante a 29ª Conferência Pan-Americana de Saúde (Opas, 2018).

A Estratégia e o Plano de Ação estão alinhados com o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 (OMS, 2013) e o Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis nas Américas 2013-2019 (Opas, 2014), bem como com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU (2015). Seu objetivo geral é acelerar a implementação da CQCT, especialmente aqueles relacionados com as medidas que a OMS considera como mais eficazes em relação ao seu custo e que são mais viáveis de aplicar para prevenir doenças não transmissíveis.

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 passou a exigir que as advertências passassem a ser acompanhadas de imagens, advertindo que:

O Ministério da Saúde Adverte:

1. Esta necrose foi causada pelo consumo do tabaco.
2. Fumar causa impotência sexual.
3. Crianças que convivem com fumantes têm mais asma, pneumonia, sinusite e alergia.
4. Ele é uma vítima do tabaco. Fumar causa doença vascular que pode levar a amputação.
5. Fumar causa aborto espontâneo.
6. Ao fumar você inala arsênico e naftalina, também usados contra ratos e baratas.
7. Fumar causa câncer de laringe.
8. Fumar causa câncer de boca e perda dos dentes.
9. Fumar causa câncer de pulmão.
10. Em gestantes, fumar provoca partos prematuros e o nascimento de crianças com peso abaixo do normal (Brasil, 2003, s.p.).

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. Em 2018, o Brasil tornou-se o segundo país do mundo, depois da Turquia, a aplicar todas as seis medidas do pacote MPOWER da OMS (Figura 1) no nível das melhores práticas.

Figura 1 – Medidas MPOWER de controle do tabaco



Fonte: Dias (2019).

Isso representa uma conquista importante, dado que as medidas de controle do tabaco aumentam o seu impacto positivo, quando implementadas em conjunto, tal como originalmente concebido na CQCT. A implementação de medidas de boas

práticas, que vem ocorrendo gradativamente no Brasil desde 2002, resultou na diminuição da prevalência de fumantes no País (Sandoval *et al.*, 2021).

#### 2.4.1 Tratamento do Tabagismo NO SUS

As intervenções para cessação do tabagismo devem ter componentes psicossociais e farmacológicos, e ambos devem ser incluídos no apoio a quem procura ajuda para deixar de fumar. As estratégias psicossociais, que, na sua maioria, têm uma abordagem cognitivo-comportamental, destinam-se a que o usuário de tabaco reconheça a sua dependência, as suas características pessoais, modifique padrões comportamentais, desenvolvendo estratégias e competências para alcançar e manter a redução do uso do tabaco, o que normalmente significa mudança de rotinas e estilos de vida (Nunes *et al.*, 2021).

As intervenções psicossociais podem incluir aconselhamento, aconselhamento telefônico, utilização de tecnologias de informação, como aplicativos ou páginas da internet com programas digitais concebidos para ajudar a alcançar a cessação, e terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo que, segundo Silva (2021), é a mais consolidada, especialmente quando aliada à farmacoterapia.

Wynn *et al.* (2012, p. 593) conceituam a terapia cognitivo-comportamental como uma:

Psicoterapia pensada para ajudar os pacientes a aprender a se ajudar, não focando nas barreiras ou experiências da infância, mas em meios de autossuficiência para cumprir objetivos ou tarefas. Ter um instrutor para ajudar a torcer pelo sucesso e inspirar alguém a conseguir a cessação dá a manutenção da mensagem de sucesso, em última análise, reforçando a percepção dos pacientes sobre sua própria vontade de parar.

Na decisão de iniciar ou não o tratamento farmacológico, é fundamental avaliar o grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström). Se a pontuação do teste for superior a 7 pontos, a dependência do tabaco é muito elevada, e seria aconselhável utilizar algum tratamento farmacológico; quando a pontuação for de 6 a 7 pontos, a dependência é moderada, e o tratamento indicado não deve ir além da TRN. Se a pontuação for de 0 a 5 pontos, a dependência é baixa, e, a princípio, não é necessário o uso de tratamento farmacológico (Silva, 2021).

Caso se opte pelo tratamento farmacológico, a escolha da terapia deve ser feita com base em fatores como a experiência do profissional no seu manejo, as contraindicações do medicamento, as preferências do paciente, sua experiência anterior e determinadas características do medicamento (Nunes *et al.*, 2011).

A TRN é definida por Nunes *et al.* (2011) como a administração de nicotina por via diferente daquela do consumo de cigarros e em quantidade suficiente para reduzir os sintomas da síndrome de abstinência, mas insuficiente para criar dependência. A administração é feita por via oral se for goma de mascar ou por via transdérmica se forem utilizados adesivos. Em qualquer forma de TRN, a concentração plasmática de nicotina nunca atinge os níveis obtidos ao fumar um cigarro. O tratamento do tabagismo com TRN deve durar 12 semanas, e é muito importante que o fumante seja informado da necessidade de cumprir o tratamento em sua totalidade, pois muitas recidivas ocorrem por não adesão ou má aplicação e dosagem (Brasil, 2020).

A bupropiona está disponível na forma de comprimidos contendo 150 mg de substância ativa. O mecanismo exato de ação dessa droga não é conhecido, embora se saiba que ela atua inibindo a recaptação neuronal de dopamina. Esse efeito explicaria a redução da fissura (desejo ou vontade de consumir drogas, no caso, o tabaco) que os fumantes experimentam quando a utilizam. Também inibe a recaptação neuronal da norepinefrina, conseguindo uma redução na intensidade dos sintomas da síndrome de abstinência (ansiedade, irritabilidade, nervosismo, distúrbios do sono etc.) (Nunes *et al.*, 2011).

A partir de 2004, por meio das Portarias nº 1.035, de 31 de maio, e nº 442, de 13 de agosto (revogada pela Portaria nº 571, de 5 abril de 2023), o Ministério da Saúde demonstrou seu compromisso em expandir o acesso às ações de prevenção e tratamento do tabagismo, integrando-as à Atenção Primária à Saúde (APS) e aos serviços de média complexidade no âmbito do SUS, instituindo o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (Brasil, 2004a, 2004b, 2013; Mattos *et al.*, 2024).

Atualmente, como parte de um programa abrangente do Estado para cessação do tabagismo, o acesso gratuito para fumantes ao tratamento cognitivo-comportamental e/ou farmacológico (terapia de reposição de nicotina,

como adesivo, pastilha ou goma e bupropiona) foi implementado na rede de atenção primária e média complexidade do SUS, e vem sendo norteado pelas disposições contidas na Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, que instituiu o PNCT no âmbito do SUS (Barreto; Pinto, 2022; Brasil, 2023a).

Meirelles (2023) discorre que o SUS tem contribuído significativamente para o combate ao tabagismo por meio de três frentes principais: tratamento do tabagismo, mediante atendimento gratuito por meio do PNCT e da Rede de Tratamento do Tabagismo; por intermédio das ações de prevenção, as quais são desenvolvidas por meio de campanhas informativas e de ações de mobilização social com ênfase na conscientização sobre os malefícios do tabaco e incentivo a hábitos mais saudáveis; e, por último, pela capacitação dos profissionais, a fim de garantir a oferta de atendimento qualificado para aqueles que desejam cessar o uso do tabaco.

O PNCT é uma iniciativa do SUS que tem como objetivo ajudar as pessoas que desejam parar de fumar, promovendo a saúde e prevenindo doenças relacionadas ao uso do tabaco. O programa faz parte da Política Nacional de Controle do Tabaco, coordenada pelo Inca, e oferece suporte integral e gratuito aos fumantes (Buteri Filho, 2022).

A APS é postulada como sendo o serviço de saúde pública mais adequado para implementar ações de combate ao tabagismo, já que se constitui como a principal porta de entrada para os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo o controle do tabagismo ser tratado como uma prioridade. Nesse nível de atenção, os pacientes precisam de um cuidado que precisa ser direcionado, contínuo, integral e eficaz para cessação do tabagismo, reduzindo a morbidade (Pretto; Rech; Faustino-Silva, 2022).

Mattos *et al.* (2024) também reforçam que a ESF exerce um papel central na estruturação das atividades da APS, integrando desde ações de promoção e de prevenção de enfermidades até a recuperação e a reabilitação dos pacientes. Esse serviço busca assegurar à população adscrita a continuidade do cuidado por meio da integração eficaz entre os serviços básicos e os demais níveis de atenção do sistema de saúde, motivo pelo qual a APS se destaca como elemento fundamental na prevenção primária e secundária de doenças crônicas. O cuidado integral envolve o acompanhamento contínuo dos pacientes e a oferta de orientações claras

sobre essas condições, sendo o tabagismo um dos principais fatores de risco associados.

No contexto da APS, as equipes de saúde precisam implementar estratégias interventivas para reduzir o número de fumantes em suas áreas de abrangência, bem como para contribuir para a queda dos índices de adoecimento e mortalidades relacionados ao tabaco. Por isso, tal como prevê o Ministério da Saúde, a fim de intervir sobre essa grave questão de saúde pública, cabe à APS dispor de atendimentos clínicos e orientações personalizadas, além da promoção de grupos terapêuticos com estratégias cognitivas e comportamentais, uso racional de medicamentos auxiliares na cessação e a realização de ações educativas, que precisam ser realizadas de modo individualizado e coletivo (Pretto; Rech; Faustino-Silva, 2022).

Pires *et al.* (2022) também discutem o lugar de destaque que a APS ocupa no que se refere às ações dispostas no PNCT em virtude das qualidades assistenciais que a caracterizam. Dentre essas, a longitudinalidade se sobressai por ser um aspecto que influencia diretamente na eficácia do tratamento, especialmente para a manutenção da cessação tabágica em longo prazo, favorecendo a continuidade do acompanhamento, fortalecendo o vínculo e o senso de responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e os pacientes ao longo do tempo.

Os pacientes tabagistas acessam os serviços de saúde por diferentes caminhos, sendo os mais frequentes: a busca espontânea por atendimento, o encaminhamento durante consultas médicas de rotina e a abordagem realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares. Como mecanismo de busca ativa, visando ampliar o acesso da população ao serviço e fortalecer a adesão ao programa, é frequente na APS a implementação de estratégias como campanhas informativas, distribuição de materiais educativos, ações em parceria com lideranças comunitárias e instituições locais, bem como atividades coletivas e visitas programadas (Campos; Barbosa; Gomide, 2021).

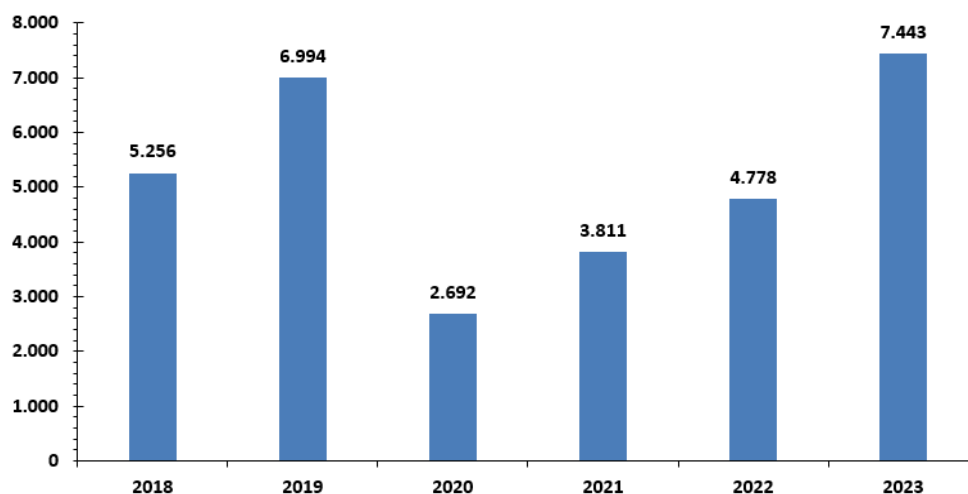
Entre as principais ações do programa aqui discutido, está o acompanhamento multiprofissional, que inclui médicos, psicólogos, enfermeiros e outros especialistas, além da realização de consultas individuais ou em grupo. Os participantes também têm acesso a materiais educativos, que ajudam a entender os

malefícios do cigarro e a adotar estratégias eficazes para abandonar o hábito (Cavalcante *et al.*, 2020).

O programa disponibiliza, ainda, tratamento farmacológico gratuito, como adesivos ou goma de mascar de nicotina e medicamentos como a bupropiona, que auxiliam na redução dos sintomas da abstinência. Esses tratamentos são prescritos e acompanhados por profissionais de saúde. Além disso, os grupos de apoio realizados nas UBS desempenham um papel fundamental no processo, permitindo que os participantes compartilhem suas experiências e recebam orientação especializada, em um ambiente acolhedor (Brustolin *et al.*, 2019).

Para participar, o indivíduo deve buscar uma UBS, realizar a inscrição e seguir o acompanhamento proposto, que inclui reuniões, atividades educativas e uso correto dos medicamentos. De acordo com o Inca (2022), o número de unidades de saúde que oferecem o tratamento no SUS tem apresentado aumento ao longo dos anos, como apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Número de estabelecimentos de saúde do SUS que realizaram tratamento para a cessação do tabagismo, no período de 2018 a 2023, no Brasil



Fonte: Brasil (2024).

Essas unidades, no ano de 2023, atenderam a 226.269 pessoas que buscaram tratamento. Entretanto, embora seja um número considerável de unidades e de pessoas atendidas, ainda é muito pequeno diante da grande população brasileira e do percentual de 9,3% de fumantes existentes, de acordo com dados da

pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (Brasil, 2023b).

O estudo de Nunes *et al.* (2021) identificou que a adesão dos pacientes ao programa de cessação do tabagismo foi significativa e atestou a efetividade da combinação entre o suporte psicológico e o tratamento medicamentoso no processo de cessação, por meio da participação dos indivíduos nas sessões de terapias e da utilização de medicamentos disponibilizados pela UBS.

Assim, apesar de ser uma política pública importante e bem estruturada em termos de diretrizes, sua implementação enfrenta obstáculos que limitam sua eficácia e abrangência, conforme destacaram Kock *et al.* (2018), Campos, Barbosa e Gomide (2021) e Lopes *et al.* (2023).

De acordo com Kock *et al.* (2018), muitos fumantes relatam dificuldades de acesso ao programa, seja pela falta de divulgação, pela ausência de profissionais capacitados em algumas regiões, seja pela indisponibilidade de medicamentos essenciais, como adesivos ou goma de mascar de nicotina.

Lopes *et al.* (2023) destacam as fragilidades relacionadas com as ações intersetoriais e de avaliação das atividades desenvolvidas. Os autores Campos, Barbosa e Gomide (2021) apresentam que, no desenvolvimento do contexto do PNCT, é comum a falta de integração entre os serviços da rede e a ausência de fluxo de informações, de forma que a implantação do referido programa acaba por ser dificultada, colaborando para a perda de adesão por parte do paciente.

Além disso, a oferta do programa não é uniforme em todo o território nacional, havendo desigualdades entre as regiões, especialmente em áreas mais remotas ou com menor infraestrutura de saúde. Nessas localidades, a carência de equipes multiprofissionais e de recursos materiais compromete a qualidade do atendimento. Outro ponto crítico é a descontinuidade do tratamento, com muitos pacientes abandonando o programa por falta de acompanhamento adequado, suporte psicológico insuficiente ou ausência de estratégias personalizadas para lidar com os desafios da cessação (Kock *et al.*, 2018).

Para Macedo *et al.* (2023), a capacitação de profissionais de saúde para atender fumantes é limitada em muitos municípios, o que resulta em uma abordagem menos efetiva. Além disso, o estigma associado ao tabagismo pode dificultar a busca por ajuda por parte dos fumantes, que muitas vezes não se sentem acolhidos nos serviços de saúde. Outro fator relevante é a falta de campanhas

consistentes para informar a população sobre a existência desses serviços, o que contribui para que muitos fumantes não saibam onde buscar apoio.

Essas falhas estruturais e operacionais, de acordo com Cavalcante *et al.* (2020), evidenciam a necessidade de ampliar investimentos, melhorar a capacitação das equipes, garantir a distribuição regular de medicamentos e promover campanhas de conscientização mais eficazes. Somente com um suporte mais acessível e qualificado é possível ampliar o alcance do programa e aumentar suas taxas de sucesso na cessação do tabagismo.

Apesar das questões que influenciam de forma negativa no desenvolvimento do PNCT, este tem desempenhado um papel relevante na diminuição do uso do tabaco no Brasil, pois observou-se uma queda expressiva na taxa de fumantes, passando de 34% em 1989 para 12% em 2019, além de maior conscientização da população sobre os impactos negativos do tabagismo na saúde, conforme foi apresentada os dados do IBGE (2019). Apesar dos avanços, o enfrentamento do tabaco continua sendo um desafio, que demanda o comprometimento contínuo por parte não somente do poder público, mas também de toda a sociedade, visando à proteção da saúde dos brasileiros e ao fortalecimento de uma cultura que enfraqueça a utilização do tabaco (Meirelles, 2023).

#### **2.4.2 Benefícios da cessação do tabagismo**

A cessação do tabagismo proporciona inúmeros benefícios aos indivíduos nos diferentes sistemas orgânicos, além de melhorar a vida social, especialmente após a proibição do uso de tabaco em locais fechados, o que leva o fumante a evitá-los ou a se ausentar para fazer uso do cigarro em área externa. O tabagismo foi identificado como um fator de risco modificável que contribui para a mortalidade em vários aspectos, como neoplasias, doenças cardiovasculares e respiratórias, influenciando a saúde mental (Silva, 2021).

De acordo com Cho *et al.* (2024), a cessação do tabagismo até os 40 anos de idade evita 90% do risco de mortalidade atribuível ao tabagismo em comparação com o tabagismo contínuo. Isso não significa, no entanto, que seja seguro fumar até essa idade e então parar, pois mulheres que o fazem têm, ao longo das próximas décadas, uma taxa de mortalidade 1,2 vez maior que a de quem nunca fumou. Esse é um risco excedente substancial, causando uma em cada seis mortes entre esses

ex-fumantes. O risco excedente é, no entanto, dez vezes maior em mulheres que fumam até os 40 anos e não param, pois em qualquer idade sua taxa de mortalidade é três vezes maior que a de nunca fumantes.

Entre fumantes de todas as idades, a cessação de 10 ou mais anos produz uma sobrevivência comparável à de nunca fumantes, evitando cerca de 10 anos de vida perdidos por todas as causas (Inca, 2019). Com relação aos benefícios cardiovasculares, estes começam a se manifestar quase imediatamente após o último cigarro. Em apenas 20 minutos, a frequência cardíaca e a pressão arterial começam a se normalizar e em poucas semanas a circulação melhora, facilitando o transporte de oxigênio e nutrientes pelo corpo, o que também aumenta a tolerância a atividades físicas (Brasil, 2015b).

Um ano após a cessação do tabagismo, o risco de cardiopatias, como o infarto, cai pela metade em comparação a um fumante, e após 15 anos, esse risco se iguala ao de uma pessoa que nunca fumou. A cessação do tabagismo também previne o acúmulo de placas de gordura nas artérias (aterosclerose), desacelerando os danos nos vasos sanguíneos e protegendo contra entupimentos que podem causar infartos ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Inca, 2019).

Além disso, Nunes *et al.* (2011) afirmam que, ao parar de fumar, a pressão arterial tende a se estabilizar, diminuindo a sobrecarga no coração e reduzindo as chances de desenvolver hipertensão, um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. O risco de formação de coágulos, que podem levar a trombozes, ataques cardíacos ou AVC, também diminui rapidamente.

Brustolin *et al.* (2019) ressaltam que um benefício importante é a melhora na oxigenação dos tecidos, já que os níveis de monóxido de carbono no sangue caem, permitindo que o oxigênio seja transportado de forma mais eficiente, reduzindo o estresse no coração e melhorando sua função. A cessação também reduz a propensão a arritmias, melhora o funcionamento geral do coração e diminui significativamente o risco de insuficiência cardíaca.

Entre dois e cinco anos após parar de fumar, o risco de AVC também se reduz e pode se igualar ao de um não fumante. No longo prazo, parar de fumar aumenta a expectativa de vida cardiovascular e reduz significativamente a mortalidade por doenças relacionadas ao coração, sendo, portanto, uma decisão essencial para melhorar a qualidade e a duração da vida (Inca, 2019).

Quanto ao sistema respiratório, parar de fumar proporciona inúmeros benefícios, que começam a ser sentidos em poucos dias e continuam a se acumular com o tempo. Imediatamente após o último cigarro, os pulmões já iniciam um processo de recuperação, ocorrendo a redução dos níveis de monóxido de carbono no sangue. Desse modo, após algumas semanas, a função pulmonar melhora, e os cílios das vias aéreas, responsáveis pela limpeza do muco e partículas, começam a se regenerar, reduzindo o acúmulo de secreções e a incidência de infecções respiratórias (Tonnesen *et al.*, 2017).

Costa, Sousa e Santos (2021) afirmam que sintomas como tosse e falta de ar começam a diminuir, pois os pulmões se tornam mais eficientes na eliminação de resíduos acumulados pelo cigarro. Em alguns meses, o sistema respiratório experimenta uma recuperação ainda mais significativa: os cílios voltam a funcionar quase completamente, melhorando a limpeza natural das vias aéreas e protegendo os pulmões contra poluentes e agentes infecciosos. Essa recuperação reduz o risco de doenças como bronquite crônica e infecções pulmonares recorrentes.

Em longo prazo, os benefícios são ainda mais expressivos. Após 10 anos, o risco de desenvolver câncer de pulmão é reduzido pela metade em comparação a um fumante, e os riscos de outros tipos de cânceres respiratórios, como os de laringe e traqueia, também diminuem substancialmente. Além disso, a cessação do tabagismo reduz o declínio natural da capacidade pulmonar associado ao envelhecimento, prevenindo condições como enfisema e DPOC, que são debilitantes e comuns em fumantes (Taylor *et al.*, 2014).

Outro benefício importante é a melhora na qualidade de vida. Ex-fumantes relatam maior facilidade para respirar, melhor desempenho em atividades físicas e maior resistência a alergias respiratórias. Com a cessação, também há uma significativa redução do risco de crises asmáticas em pessoas que têm asma, já que o cigarro é um irritante direto das vias aéreas (Tonnesen *et al.*, 2017).

A cessação do tabagismo também está associada à redução da depressão, da ansiedade, do estresse, à melhora do humor positivo e da qualidade de vida em comparação com a continuação do tabagismo. Taylor *et al.* (2014) ressaltam que os benefícios para a saúde mental se manifestam em ex-fumantes, independentemente de terem histórico de problemas de saúde mental ou não, o que reforça a ideia de que o tabagismo, em vez de aliviar o estresse, contribui para ciclos de dependência que agravam os sintomas psicológicos. Assim, a cessação do tabagismo deve ser

vista não apenas como um benefício físico, mas também como uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida emocional.

Além do mais, é importante enfatizar que a cessação do tabagismo também gera benefícios para toda a sociedade, contribuindo para a redução da sobrecarga do sistema de saúde, já que corresponde a um dos fatores de risco para o surgimento de doenças crônicas (Pinto *et al.*, 2019).

Assim, verifica-se que o tabagismo é uma grave questão de saúde pública e que, nesse contexto, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo desempenha um papel estratégico para promover a cessação do uso do tabaco e, logo, contribuir para o alcance do ODS 3, razão pela qual se torna necessário o estudo aqui apresentado.

## 2.5 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2024), os ODS são um conjunto de 17 metas globais estabelecidas pela ONU para promover um mundo mais justo, sustentável e próspero até 2030, os quais foram adotados, em 2015, por 193 países na Agenda 2030, o que exige esforços conjuntos entre governos, empresas e a sociedade para serem alcançados.

Os ODS abordam desafios fundamentais, como erradicação da pobreza, combate à fome, acesso à saúde e educação, igualdade de gênero, proteção ambiental e crescimento econômico sustentável. Cada ODS possui metas específicas que incentivam práticas sustentáveis e a melhoria da qualidade de vida para todas as pessoas. Além das questões sociais e econômicas, também tratam da preservação do meio ambiente, promovendo o uso responsável dos recursos naturais, a ação contra as mudanças climáticas e a conservação da biodiversidade. Dessa forma, representam um plano global para garantir o bem-estar das gerações presentes e futuras (Brasil, 2022).

A saúde global é um tema central no ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, busca reduzir a mortalidade materna e infantil, combater epidemias e garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade. A saúde não é apenas a ausência de doenças, mas também um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Ipea, 2024). Portanto, o ODS 3 abrange uma ampla gama de questões que afetam a saúde das populações.

O ODS 3 apresenta várias metas que se relacionam diretamente com o tabagismo, uma vez que o uso do tabaco é um dos principais fatores de risco para doenças e mortes evitáveis (Ipea, 2024).

A Meta 3.4 visa reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis até 2030. O tabagismo é um fator de risco significativo para essas condições, portanto, seu controle é essencial para alcançá-la (Ipea, 2024).

A Meta 3.5 se concentra na prevenção do uso de substâncias, incluindo o tabaco, na promoção de programas de conscientização e educação sobre os riscos do tabagismo e no oferecimento de suporte para a cessação do uso do tabaco, considerados estratégias fundamentais para atingir essa meta (Ipea, 2024).

A Meta 3.8 busca garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade, incluindo a saúde mental e a prevenção e tratamento de doenças, com acesso a programas de cessação do tabagismo e a tratamentos para doenças relacionadas ao tabaco (Ipea, 2024).

A Meta 3.a é especificamente voltada para a implementação da CQCT da OMS, que visa reduzir a demanda e a oferta desses produtos, com a implementação de políticas eficazes de controle do tabagismo (Ipea, 2024).

A Meta 3.b se refere ao apoio à pesquisa para medicamentos e vacinas, o que é importante devido aos efeitos do tabagismo e ao desenvolvimento de tratamentos para dependência de nicotina, que podem levar a novas abordagens para ajudar as pessoas a pararem de fumar (Ipea, 2024).

Essas metas do ODS 3 estão interligadas e refletem a importância de abordar o tabagismo como um problema de saúde pública. Além disso, seu controle não apenas contribui para a redução da mortalidade e morbidade, mas também promove um ambiente mais saudável e sustentável para todos (Ipea, 2024). Um programa eficaz de controle do tabagismo deve incluir políticas de prevenção, tratamento e reabilitação, que podem envolver campanhas de conscientização, aumento de impostos sobre produtos de tabaco, restrições à publicidade e promoção de programas de cessação do tabagismo. Essas medidas são essenciais para reduzir o consumo e, conseqüentemente, as doenças relacionadas ao tabaco (Brasil, 2022).

A educação desempenha um papel fundamental. Assim, campanhas de conscientização, que informam sobre os riscos à saúde associados ao uso do tabaco, podem ajudar a mudar comportamentos e atitudes. Além da prevenção, é importante garantir que os usuários tenham acesso a tratamentos eficazes a fim de

parar de fumar. Isso inclui terapias de reposição de nicotina, medicamentos e apoio psicológico, que devem ser oferecidos para todos que desejam abandonar o tabagismo (Hallal; Campos, 2016).

Esses programas devem incluir aconselhamento, com apoio psicológico para enfrentar os desafios de parar de fumar; medicação, com produtos que ajudam a reduzir os sintomas de abstinência; grupos de apoio, com encontros com aqueles que estão vivendo o mesmo processo. Desse modo, o ODS 3 é um chamado à ação para melhorar a saúde e o bem-estar global. O uso do tabaco representa um obstáculo significativo para a realização desse objetivo; contudo, com políticas eficazes, educação e programas de cessação, é possível reduzir o consumo e, conseqüentemente, melhorar a saúde pública (Ipea, 2024).

A implantação eficaz das diretrizes do ODS 3 em relação ao uso do tabaco não só salva vidas, mas também promove comunidades mais saudáveis e sustentáveis. A luta contra o uso do tabaco deve ser uma prioridade global, e cada passo dado em direção a essa meta é um avanço em direção a um futuro mais saudável para todos.

Conforme postulam Silva *et al.* (2024), as ações de controle ao tabagismo se mostram indispensáveis para reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, contribuindo para o alcance das metas acima citadas.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar em que medida o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy (ES), após sua retomada em 2024, contribuiu para o alcance do ODS 3 – Saúde e Bem-Estar?

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil socioeconômico e demográfico de usuários do programa;
- b) Identificar a frequência do uso de medicamentos fornecidos pelo programa e sua efetividade para cessação do uso abusivo de tabaco;
- c) Discutir os resultados à luz dos ODS, em especial o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), e das políticas públicas.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar o impacto do programa de tabagismo no município de Presidente Kennedy (ES), retomado no ano de 2024, à luz do ODS 3 (Saúde e Bem-Estar). Estudos transversais analisam dados de uma população em um único ponto no tempo e são frequentemente utilizados para mensurar a prevalência de resultados de saúde, entender determinantes de saúde e descrever características de uma população (Freire; Pattussi, 2018).

O método quantitativo é uma abordagem de pesquisa que enfatiza o uso de medições numéricas e análise estatística para entender fenômenos, envolvendo a coleta de dados que podem ser quantificados para submetê-los a várias técnicas estatísticas para testar hipóteses ou explorar relacionamentos entre variáveis (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, fornecendo um instantâneo que pode destacar correlações e padrões em variáveis relacionadas à saúde (Freire; Pattussi, 2018).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em Presidente Kennedy, cidade localizada no estado do Espírito Santo, que possui uma população estimada de 13.696 habitantes (IBGE, 2024), distribuídos na zona urbana e em comunidades rurais, onde reside 67% da população de acordo com o Instituto Capixaba de Pesquisa, Assistência Técnica e Extensão Rural (Incaper, 2020).

Apesar de as atividades econômicas serem predominantemente agropecuárias, os *royalties* do petróleo respondem pela maior fonte de renda do município devido à camada do pré-sal, o que o levou a representar o maior Produto Interno Bruto (PIB) do País durante alguns anos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,657, considerado médio, e o PIB per capita é de R\$

580.174,17, ocupando a primeira posição no estado. Entretanto, apesar das receitas recebidas, é um município marcado pelas desigualdades sociais e pela pobreza (IBGE, 2024).

Sobre o sistema de saúde do município, este é composto por vários serviços, tais como: 1 centro Municipal de Especialidades; 1 Pronto Atendimento Municipal; 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 1 imóvel onde funciona a Secretaria Municipal de Saúde; 11 UBS, que contam com farmacêuticos; 1 Unidade Odontológica Móvel; e a Vigilância Sanitária. O município dispõe ainda dos serviços da Farmácia Básica, do Centro Municipal de Fisioterapia, do Núcleo de Serviço Social, do Laboratório Municipal e de Unidade de Atenção Psicossocial, além de Transporte Sanitário. Sobre a disponibilização de medicamentos para a população, conta com a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que os fornece para todas as UBS e Pronto Atendimento (Presidente Kennedy, 2021).

No município, o programa para cessação do tabagismo é estruturado em quatro sessões iniciais de grupo, realizadas semanalmente, com duração de uma hora e meia cada, reunindo de 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. O conteúdo é organizado em cartilhas específicas, elaboradas pelo Ministério da Saúde: a primeira sessão trabalha o entendimento sobre os motivos que levam ao consumo do cigarro e seus efeitos; a segunda aborda os primeiros dias sem fumar, enfocando a síndrome de abstinência e as formas de manter a motivação; a terceira trata dos principais obstáculos para permanecer sem fumar, com estímulo ao uso de técnicas de relaxamento e estratégias contra a fissura; e a quarta reforça os benefícios alcançados após parar de fumar, além de orientar sobre prevenção da recaída e alternativas para quem ainda não conseguiu deixar o vício.

Após essa fase inicial, o programa continua com encontros de manutenção: duas sessões quinzenais e, em seguida, sessões mensais até completar um ano, voltadas à prevenção de recaídas, à troca de experiências e ao fortalecimento das estratégias de enfrentamento. No geral, estas estratégias estão alinhadas ao que propõe o Manual do Coordenador (INCA, 2019a) e o Manual do Participante (INCA, 2019b).

### 4.3 PARTICIPANTES

A população deste estudo foi composta pelos 35 indivíduos cadastrados no Programa Municipal de Controle do Tabagismo. O perfil epidemiológico e clínico dos participantes 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 dos participantes.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídos dados dos pacientes que estão participando do programa na edição atual, retomada em 2024, desde que tenham chegado pelo menos ao sexto mês de tratamento.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos dados de indivíduos que não participaram das sessões de acompanhamento do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, aqueles cujos dados estavam incompletos e os que abandonaram o tratamento precocemente.

### **4.4 COLETA DE DADOS**

No processo de coleta de dados, foi solicitada informação ao Sistema de Ouvidoria do Estado do Espírito Santo (Anexo C), que orientou requisitar os dados diretamente ao município por estes não constarem no monitoramento estadual (Anexo B). Assim, foram solicitados os dados para a Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy (ES) (Apêndice A), que encaminhou planilha de 2024 com informações sobre os participantes do programa, incluindo: perfil, comorbidades, fatores de risco, prática de atividade física, histórico no programa, uso de medicamentos, participação em práticas integrativas complementares e manutenção da abstinência. Tais informações foram coletadas, considerando as variáveis destacadas no Apêndice B.

Tais planilhas são padronizadas pelo Inca e registram atendimentos, uso de medicamentos, cessação do tabagismo e abandono até a quarta semana, consolidando os dados das unidades de saúde no âmbito municipal, regional e

estadual, até o envio ao Inca. Assim, os dados constantes na planilha foram validados pelo pesquisador e sua orientadora, sendo tratados de forma bruta.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel e analisados por meio de estatística descritiva, que permitiu a apresentação dos resultados por meio de gráficos e tabelas. Foram calculadas frequências absolutas (N) e relativas (%), considerando o total de participantes (n = 35). As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, enquanto idade, no formato numérico, por média e desvio padrão.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde, via Declaração de Anuência (Anexo D), e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, por meio do CAAE: 79907624.2.0000.5065 e Parecer nº 6.882.170 (Anexo E).

##### **4.6.1 Benefícios da pesquisa**

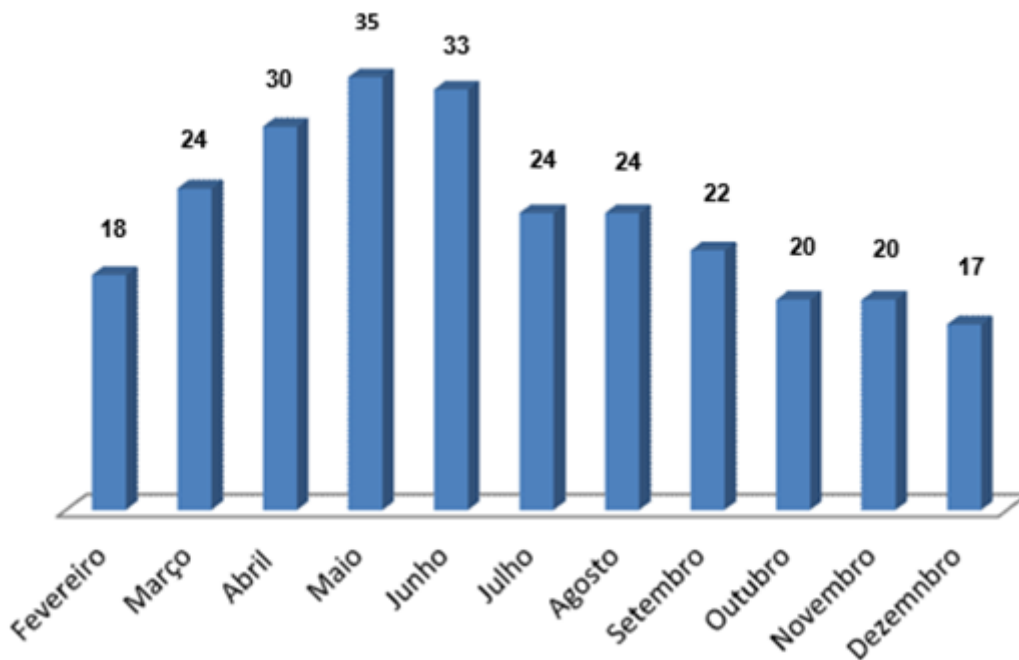
A partir da coleta de dados e análise estatística, foi possível traçar um panorama detalhado sobre os usuários do programa e suas características, bem como identificar possíveis fatores de risco e comorbidades relacionadas ao tabagismo. Além disso, a investigação das contribuições do programa permitiu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

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Os dados obtidos na planilha do Programa demonstram que ocorreu uma adesão total de 35 indivíduos no ano de 2024, mas que, ao longo dos meses de fevereiro a dezembro, a participação não foi constante (Figura 3).

Figura 3 – Adesão dos participantes ao programa ao longo do ano de 2024



Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

A análise da figura anterior permite constatar que, entre os meses de abril e maio, o programa apresentou um aumento no número de participantes, totalizando 35 indivíduos em maio. Entretanto, a partir de junho, a participação começou a diminuir, com abandonos constantes até setembro. A partir de outubro, os números se estabilizaram, e, em dezembro, dois participantes receberam alta, permanecendo 15 ainda em tratamento. A seguir, são apresentados os dados referentes ao perfil dos participantes do programa (Tabela 1).

### 5.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico de usuários do programa

Tabela 1 – Perfil dos participantes do programa

Variáveis	N n = 35	% (100%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	51
Feminino	17	49
<b>Faixa etária</b>		
Até 25 anos	0	0
26 a 30 anos	1	3
31 a 35 anos	5	14
36 a 40 anos	6	17
41 a 45 anos	5	14
46 a 50 anos	3	9
51 a 55 anos	4	11
56 a 60 anos	8	23
Acima de 61	3	9
<b>Etnia</b>		
Branco	5	14
Pardo	2	6
Negro	1	3
Não informado	27	77

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

Como é possível perceber pelo perfil descrito na Tabela 1, há paridade de gênero e uma idade média de 46,34 anos, com variação de 29 anos a 72 anos. Não foram encontradas, no entanto, informações suficientes para perfilar a etnia dos usuários do Programa. A Tabela 2 apresenta o histórico de uso do tabaco pelos participantes do programa.

### 5.1.2 Histórico dos participantes do Programa

Tabela 2 – Histórico do tabagismo

Variáveis	N n = 35	% (100%)
<b>Tipo de tabaco</b>		
Convencional	32	91
Outro	3	9
<b>Tempo de uso do tabaco</b>		
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
<b>Comorbidade</b>		
Hipertensão	6	17
Diabetes	5	14

<b>Variáveis</b>	<b>N n = 35</b>	<b>% (100%)</b>
Saúde mental	3	9
Nenhum	21	60
<b>Segunda comorbidade</b>		
Hipertensão	5	14
Diabetes	6	17
Nenhuma comorbidade	24	69
<b>Prática de atividade física</b>		
Não	27	77
Sim	8	23
<b>Participação anterior no programa</b>		
Não	17	49
Sim	18	51
<b>Escore Teste de Fagerström</b>		
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).

Na Tabela 3, é possível observar que a maioria dos participantes utiliza tabaco convencional há mais de 10 anos, poucos possuem comorbidades, sendo o diabetes e a hipertensão arterial associada as mais citadas, e um grande percentual de participantes não pratica atividade física. Houve paridade entre os que já participaram ou não do programa, e o Teste de Fagerström indicou um maior percentual de dependência elevada e muito elevada, conforme dados da planilha analisada. A seguir, estão apresentados os medicamentos utilizados pelos pacientes para apoiar a cessação do tabagismo.

### 5.1.3 Frequência do uso de medicamentos fornecidos pelo programa e sua efetividade para cessação do uso abusivo de tabaco

Tabela 3 – Apoio medicamentoso

<b>Variáveis</b>	<b>N n = 35</b>	<b>% (100%)</b>
<b>Tipo de tabaco</b>		
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 percentual foi de uso concomitante de adesivo e bupropiona, seguido de adesivo e goma. Na sequência, a Tabela 4 apresenta os resultados obtidos pelo Programa ao final de 12 meses.

#### 5.1.4 Adesão dos participantes no Programa em Presidente Kennedy (ES)

Tabela 4 – 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 4 demonstra 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.

Tabela 5 – Perfil dos participantes que não concluíram todas as sessões

Variáveis	N n = 17	% (100%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	5	29,5
Masculino	12	70,6
<b>Tempo de uso do tabaco</b>		
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
<b>Prática de atividade física</b>		
Prática de atividade física: Sim	3	17,6
Prática de atividade física: Não	14	82,4

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

No município de Presidente Kennedy, o Programa de Cessação do Tabagismo propõe a participação dos pacientes durante cinco sessões. Assim, a Tabela 5 apresenta o perfil dos participantes que não concluíram todas as sessões, totalizando uma amostra de 17 indivíduos do universo de 35 pacientes. A maioria

dos indivíduos que não concluíram as sessões 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%).

Tabela 6 – Perfil dos pacientes que já participaram do Programa

Variáveis	N n = 18	% (100%)
<b>Grau de dependência</b>		
Baixa dependência	3	16,7%
Dependência média	5	27,8%
Dependência elevada	8	44,4%
Dependência muito elevada	2	11,1%
<b>Presença de comorbidade</b>		
Sim	8	44,4%
Não	10	55,6%
<b>Prática de atividade física</b>		
Prática de atividade física: Sim	3	16,7%
Prática de atividade física: Não	15	83,3%

Fonte: Elaborada pelo Autor (2025).

A Tabela 6 apresenta o perfil dos pacientes que já participaram de outras edições do Programa de Cessação do Tabagismo. Nessa amostra, foi possível observar que a maioria dos pacientes apresentava grau de dependência à nicotina classificado entre médio e elevado. Além disso, uma parcela expressiva relatou possuir comorbidades, fator que também interfere diretamente no tratamento. Outro dado importante que ficou evidenciado se refere ao fato de a maioria dos indivíduos ter relatado que não pratica atividade física.

### 5.1.5 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 e o Programa de Cessação do Tabagismo

Os achados da pesquisa aqui realizada confirmam que o programa analisado é uma importante política pública, visando ao cumprimento do ODS 3, sobretudo, no que diz respeito às estratégias para o alcance da Meta 3.4, já que o programa estudado se mostra como relevante para reduzir a ocorrência de doenças não transmissíveis. O programa também se mostra efetivo para o alcance das metas 3.5 e 3.8, por ofertar condições para que os participantes possam cessar o uso do tabaco. Contudo, com relação às Metas 3.a e 3.b, os dados coletados não dispõem

de subsídios para análise das ações visando fortalecer o cumprimento dessas metas.

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PROGRAMA EM PRESIDENTE KENNEDY-ES

A análise dos resultados do Programa em Presidente Kennedy (ES) revelou que, nos meses de abril a maio, ocorreu um aumento no número de participantes, totalizando 35 indivíduos. Esse crescimento inicial pode ser interpretado como um reflexo da eficácia das estratégias de recrutamento e engajamento implementadas pelo programa, sobretudo, no contexto da APS, despertando assim, o interesse e a motivação dos participantes para iniciar o tratamento. A esse respeito, Pereira *et al.* (2020) destacam que a motivação inicial é um importante fator para a adesão a programas de cessação do tabagismo; e sugerem que campanhas informativas e de conscientização podem contribuir para esse aumento.

No entanto, entre os meses de junho e setembro, ocorreu uma diminuição constante na participação. Mesquita (2013) ressalta que, embora a motivação inicial possa ser alta, a manutenção da adesão ao tratamento é frequentemente desafiadora, especialmente quando os participantes enfrentam dificuldades ao longo do processo de cessação. Silva *et al.* (2024) confirmam em sua pesquisa o frequente abandono dos pacientes ao tratamento, bem como apontam para a urgência de a metodologia do programa ser revisitada, partindo de uma perspectiva de tratamento não mais baseado nos modelos tradicionais de promoção da saúde, mas que contribua para reduzir os riscos de abandono do tratamento.

Esse padrão de adesão inicial, seguido por abandono progressivo, é consistente com os achados de estudo de Silva *et al.* (2024), que destacam que a desistência de participantes é comum em intervenções para parar de fumar, frequentemente associada à dificuldade em lidar com a abstinência e à falta de suporte contínuo. Da mesma forma, relataram que a adesão a programas de controle do tabagismo tende a diminuir após as primeiras semanas, reforçando a necessidade de estratégias de retenção mais eficazes.

A estabilização dos números a partir de outubro sugere que o programa pode ter implementado intervenções para reter os participantes, como suporte contínuo e acompanhamento mais próximo. A esse respeito, é importante destacar que o apoio social e o do grupo de tratamento são preditores que podem elevar a motivação do

paciente na adesão ao tratamento, aumentando, assim, o nível de adesão e de efetividade do tratamento (Lopes *et al.*, 2023).

A alta de dois participantes em dezembro é representativa de um progresso positivo, mas é preciso levar em consideração que a jornada de cessação do tabagismo é complexa e individualizada. Sobre isso, Santos *et al.* (2018) afirmam que cada indivíduo pode ter uma trajetória diferente em sua luta contra o tabagismo e que as altas devem ser celebradas, mas também vistas como um lembrete da necessidade de um suporte contínuo mesmo após a cessação.

A oscilação nos números de participantes ao longo do tempo reflete a complexidade do processo de cessação do tabagismo e destaca a relevância de intervenções adaptativas que atendam às necessidades dos participantes em diferentes estágios de sua jornada.

A análise demográfica dos participantes do Programa de Controle do Tabagismo revela uma paridade de gênero, indicando que tanto homens quanto mulheres estão igualmente representados. Diferentes resultados foram obtidos por Kock *et al.* (2018), que constataram uma maior representatividade de homens (65,1%) entre os participantes do programa, enquanto Arendartchuk e Ayala (2018) observaram uma prevalência do sexo feminino.

As pesquisas de Oliveira, Ferreira-Santos e Ferreira-Furegato (2019), de Reis *et al.* (2021) e de Macedo *et al.* (2023) também convergem com o resultado identificado neste estudo, uma vez que constaram a predominância de mulheres nos programas de cessação do tabaco. 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 idade média dos participantes deste estudo foi de 46,34 anos, com uma variação que se estende de 29 a 72 anos, apesar de a maioria (57%) pertencer às faixas etárias de 40 a 60 anos, o que demonstra que o programa está atraindo uma ampla gama de adultos. De acordo com a PNS (Brasil, 2019), há uma maior proporção de usuários de produtos derivados do tabaco na faixa etária de 45 a 59 anos, seguida pela faixa etária de 60 a 74 anos.

Resultados semelhantes também foram obtidos em estudo de Kock *et al.* (2018), em que houve maior número de indivíduos (54,1%) na faixa etária de 40 a 60 anos. De acordo com Pereira *et al.* (2020), a idade pode influenciar não apenas a

motivação para parar de fumar, mas também as estratégias de enfrentamento e os fatores de risco associados ao tabagismo.

Os achados das investigações de Oliveira, Ferreira-Santos e Ferreira-Furegato (2019), de Reis *et al.* (2021) e de Macedo *et al.* (2023) também apresentam que existem uma maior prevalência de fumantes mais velhos, especialmente, com idade superior a 60 anos.

Destaca-se que a ausência de informações suficientes para perfilar a etnia dos usuários do Programa é uma limitação significativa, pois é um dado que pode desempenhar um papel importante nas atitudes em relação ao tabagismo, nas taxas de consumo e nas respostas ao tratamento. A respeito deste achado, Silva *et al.* (2022) discorrem que existem diversos fatores de ordem social, ambiental, psicológica e genéticas que estão ligadas ao tabagismo. Entre esses determinantes, a raça/etnicidade influenciam significativamente sobre o comportamento tabágico. Contudo, tal associação pouca é explorada, limitando assim o entendimento das possíveis desigualdades raciais envolvidas no padrão de consumo e nos resultados de cessação, bem como a implementação de novas abordagens para o tratamento do tabagismo.

A análise dos dados coletados no Programa de Controle do Tabagismo revela algumas tendências preocupantes e significativas entre os participantes. Primeiro, é possível observar que a maioria dos participantes utiliza tabaco convencional há mais de 10 anos, como foi também identificado no estudo de Oliveira, Ferreira-Santos e Ferreira-Furegato (2019). Esse achado corrobora dados de estudo de Arendartchuk e Ayala (2018), que aponta para a prevalência de longos períodos de uso entre fumantes em tratamento, em que o tempo prolongado de consumo de tabaco está associado à maior dependência nicotínica e à necessidade de abordagens terapêuticas mais intensivas.

É importante realçar que o uso prolongado de tabaco está associado a um aumento significativo do risco de doenças crônicas e outras complicações de saúde. Assim, Lopes *et al.* (2023) confirmam que, quanto mais prolongado for hábito de fumar, comumente, maior será o número de associações entre o ato de fumar e situações cotidianas; e, por conseguinte, mais elevado será o nível de dependência tanto comportamental quanto psicológica, que influenciará negativamente na adesão ao tratamento.

A presença de comorbidades pode complicar ainda mais o quadro de saúde dos indivíduos e impactar suas chances de sucesso na cessação do tabagismo. Estudo de Dantas, Moura e Pinto (2015) observou que o tabagismo, associado ao diabetes e à hipertensão, possui associação significativa com acidente vascular encefálico. Já na pesquisa de Portes *et al.* (2025), a hipertensão também foi uma comorbidade de maior prevalência entre os tabagistas.

De acordo com Pereira *et al.* (2020), a presença de doenças crônicas pode influenciar a motivação e a capacidade dos indivíduos de parar de fumar, uma vez que a gestão dessas condições requer atenção contínua e pode ser afetada pelo consumo de tabaco.

Outro dado relevante é que um grande percentual de participantes não pratica atividade física. Sendo assim, é necessário lembrar que o sedentarismo é um fator de risco conhecido que pode contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas e complicações associadas ao tabagismo. A falta de atividade física também pode impactar negativamente a saúde mental e a motivação dos participantes durante o tratamento, como apontado por West *et al.* (2015), que afirmam que a atividade física regular pode melhorar a saúde mental e a adesão a programas de cessação. Destaca-se igualmente o estudo de Morais *et al.* (2022), que confirmou a prática de atividade física regular contínua como fator de proteção para utilização do tabaco e de fortalecimento da cessação da dependência nicotínica.

Nesta pesquisa, o Teste de Fagerström indicou um maior percentual de dependência elevada e muito elevada entre os participantes, em consonância com os achados dos estudos de Santos *et al.* (2018), de Silveira *et al.* (2021), de Pires *et al.* (2021), de Lopes *et al.* (2023) e de Portes *et al.* (2025).

No mesmo sentido, Hallal e Campos (2016, p. 28) afirmam que:

A classificação do indivíduo segundo o Teste de Fagerström é um dos elementos a serem considerados pela equipe de saúde para estabelecer a abordagem da cessação do tabagismo, pois permite uma reflexão sobre a dependência e estratégias para seu enfrentamento, além de auxiliar no estabelecimento do plano de tratamento e acompanhamento do indivíduo.

Os dados coletados demonstram que uma combinação de longa duração do uso do tabaco, a presença de comorbidades, a inatividade física e a alta dependência aponta para a necessidade de abordagens personalizadas e suporte contínuo no tratamento. Dessa forma, enfatiza-se que a compreensão dessas

dinâmicas é essencial para a eficácia do programa de controle do tabagismo e para o sucesso na promoção da saúde dos participantes.

A análise dos dados do programa estudado evidenciou a ausência de práticas integrativas dos participantes do programa, o que se configura como uma limitação, uma vez que tais abordagens podem complementar o tratamento convencional e oferecer suporte adicional aos envolvidos. Nesse sentido, Stead *et al.* (2017) enfatizam que a incorporação de práticas integrativas, como a terapia cognitivo-comportamental, a meditação e a atividade física, pode aumentar a eficácia dos programas ao abordar não apenas a dependência física, mas também os aspectos emocionais e comportamentais do tabagismo.

Dessa forma, observa-se que a inclusão de práticas integrativas se configura como uma estratégia para o aprimoramento do programa e, conseqüentemente, para a expansão de sua abrangência e de seu potencial de impacto. Assim, propõe-se a adoção de um cuidado mais integral, com capacidade de contribuir para a adesão e para o alcance de resultados mais satisfatórios, por meio da associação de intervenções convencionais a estratégias que contemplem as dimensões emocional, cognitiva e comportamental do tabagismo.

Os resultados apontam que o tratamento ofertado pelo município tem sido guiado mais pelo viés medicamentoso, estando esse resultado em oposição ao que foi identificado no estudo de Portes *et al.* (2025), em que a intervenção com medicamentos foi combinada com a terapia cognitivo-comportamental, possibilitando maior alcance de sucesso no tratamento. Em contrapartida, a pesquisa de Macedo *et al.* (2023) constatou significativa presença de pacientes que não utilizavam terapia farmacológica ligada à abordagem comportamental do programa.

Assim, torna-se importante reforçar o que foi discorrido por Silva *et al.* (2024, p. 5):

Há uma expectativa significativa das pessoas que realizam o tratamento do tabagismo em relação ao uso dos medicamentos. Entretanto, o tabagismo envolve, além da dependência física, que é habitualmente tratada com medicamentos, as dependências comportamental e psicológica, para as quais não existe medicamento, mas sim mudança de comportamento. A mudança de comportamento necessária para a cessação do tabagismo é um processo complexo e multifatorial, que demanda uma abordagem ampliada.

Ademais, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo postula que a combinação do aconselhamento estruturado ou abordagem intensiva com o

uso de medicamentos é recomendada para o tratamento da dependência de nicotina, pois a associação dessas estratégias é mais efetiva do que a utilização isolada de apenas uma delas (Brasil, 2020).

Quanto aos medicamentos utilizados, os estudos de pesquisas de Reis *et al.* (2021), de Macedo *et al.* (2023) e de Portes *et al.* (2025) evidenciam que o maior percentual de indivíduos que desejam cessar com o uso do tabaco faz uso concomitante de adesivo e bupropiona. Essa combinação é frequentemente recomendada, pois o adesivo fornece uma liberação constante de nicotina, ajudando a reduzir os sintomas que aumentam o uso de tabaco, enquanto a bupropiona atua como um antidepressivo que também pode ajudar a diminuir o desejo de fumar. Hallal e Campos (2016) destacam que a combinação de diferentes formas de terapia medicamentosa pode ser mais eficaz do que o uso isolado de um único tratamento, aumentando as chances de sucesso na cessação.

Contudo, contrapondo-se ao resultado acima apresentado, no Programa de Controle do Tabagismo de Santa Cecília-PB, o adesivo foi o recurso mais utilizados pelos pacientes (96,5%) visando a redução dos sintomas de abstinência e a vontade de fumar, a fim de cessar o uso do tabaco (Gomes, 2020).

A pesquisa de Longanezi e Alves (2019), que avaliou a efetividade do programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo, também constatou que 86% dos pacientes em tratamentos para cessação tabágica utilizaram adesivo, seguido de bupropiona (37,5%) e da pastilha de nicotina (17,5%), que foi a menos utilizada pelos pacientes, conforme também identificado nesta pesquisa, na qual foi utilizada concomitantemente com o adesivo e goma de mascar.

A análise dos dados revelou que quase metade dos participantes permanece ativa no tratamento e se mantém sem fumar, convergindo com os resultados do estudo de Pretto, Rech e Faustino-Silva (2022) e de Macedo *et al.* (2023). Esse resultado é um indicativo positivo da eficácia das intervenções implementadas, considerando que a cessação do tabagismo é um processo desafiador e multifacetado. Segundo West *et al.* (2015), a taxa de sucesso em programas de cessação pode variar amplamente, e a manutenção da abstinência é um dos principais indicadores de eficácia.

Conforme pontuado por Macedo *et al.* (2023, p. 2381-2382),

O tratamento para cessação do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, tendo em vista que o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos oneroso do que o tratamento dos demais fatores de risco cardiovascular ou o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco.

Os resultados da pesquisa aqui apresentada também apontam para um percentual considerável de abandono entre os participantes, conforme também identificado nos estudos de Santos *et al.* (2018), de Silveira *et al.* (2021) e de Silva *et al.* (2024).

Diante desse cenário, torna-se essencial implementar estratégias que minimizem os fatores associados ao abandono, como a dificuldade de conciliar os horários das sessões com a rotina dos participantes. A flexibilização de horários, oferecendo opções noturnas ou aos fins de semana, pode favorecer a adesão ao programa, reduzir a evasão e potencializar os resultados do tratamento (Longanezi; Alves, 2019).

Cabe frisar também que, conforme pesquisa realizada por Lopes *et al.* (2023), visando avaliar o efeito do Programa de Controle do Tabagismo, em diversas unidades de saúde, o tratamento não tem sido aplicado fielmente conforme as diretrizes do Inca/Ministério da Saúde.

Neste estudo, os pacientes que abandonaram o tratamento, ou seja, que não concluíram as cinco sessões previstas pelo programa, eram, em sua maioria, do sexo feminino, com histórico de mais de 10 anos de uso do tabaco e não praticavam atividade física. A respeito do primeiro achado, a pesquisa de Szwarcwald *et al.* (2021) confirma que a população feminina apresenta maior taxa de adesão aos cuidados à saúde quando comparada à população masculina.

A baixa adesão aos grupos de cessação do tabagismo é resultado de múltiplos fatores, uma vez que abandonar o uso do tabaco é um processo complexo que envolve aspectos individuais e contextuais. Destaca-se que as tentativas não exitosas, as dificuldades para seguir o tratamento proposto e o abandono do tratamento estão frequentemente relacionados com o grau de dependência de nicotina e o estágio motivacional em que o fumante se encontra. É importante lembrar também dos fatores sociais, familiares, psicológicos, comportamentais e ambientais que desempenham grande influência na adesão ao tratamento (Santos *et al.*, 2018; Silveira *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2024).

A situação dos abandonos é preocupante, pois indica a necessidade de intervenções adicionais para apoiar os participantes durante o processo de cessação. Pereira *et al.* (2020) afirmam que a manutenção da motivação é essencial não somente para a cessação do tabagismo, mas também para a permanência no programa e nos grupos terapêuticos. Por isso, a motivação deve ser avaliada constantemente, a fim de evitar recaídas ou abandono.

Neste estudo, embora quase metade dos participantes continue no programa e a manutenção da abstinência tenha resultado positivo, a taxa de abandono e a dificuldade enfrentada por aqueles que desistem do tratamento ressaltam a importância de fortalecer o suporte oferecido. Nesse sentido, West *et al.* (2015) afirmam que a implementação de práticas integrativas e a personalização das intervenções podem ser estratégias eficazes para melhorar a experiência dos participantes e aumentar as taxas de sucesso na cessação do tabagismo.

Enfatiza-se que o abandono dos usuários levanta a necessidade de aprimoramento do programa executado pelo município, por meio da implementação de estratégias de acompanhamento sistemático dos pacientes e de busca ativa, por exemplo.

Importa destacar que o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo estabelece como critério de alta o tempo total de tratamento de 12 meses. Ao longo desse 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 paciente alcançar 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, n.p).

Assim, observa-se que o critério de alta estabelecido pelo protocolo ratifica a necessidade de o município ofertar um acompanhamento que seja contínuo e estruturado, que não se limite à interrupção imediata do uso do tabaco, mas que intervenha em uma perspectiva de consolidação da abstinência ao longo do tempo. Dessa forma, além de contribuir para a cessação do tabagismo, o risco de recaídas será reduzido, assegurando melhores resultados e maior continuidade dos efeitos do tratamento.

## 6.2 OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) 3 E O PROGRAMA ANALISADO

No âmbito do ODS 3, diversas metas fazem referência de forma direta ao tabagismo. A Meta 3.4 busca reduzir a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, considerando o controle do tabaco essencial para esse objetivo. Já a Meta 3.5 dispõe acerca da prevenção do uso de substâncias, entre elas o tabaco, por meio de programas de conscientização, educação e apoio à cessação. A Meta 3.8, por sua vez, enfatiza a relevância do acesso universal a serviços de saúde de qualidade, contemplando tanto os programas de cessação do tabagismo quanto o tratamento das doenças a ele associadas. A Meta 3.a destaca a implementação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, voltada à redução da oferta e da demanda desses produtos. Por último, a Meta 3.b elenca sobre a necessidade de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento de medicamentos e tratamentos inovadores para a dependência de nicotina (Ipea, 2024).

Dessa forma, os achados da pesquisa aqui realizada confirmam que o programa analisado é uma importante política pública, visando ao cumprimento do ODS 3, sobretudo, no que diz respeito às estratégias para o alcance da Meta 3.4, já que o programa estudado se mostra como relevante para reduzir a ocorrência de doenças não transmissíveis. O programa também se mostra efetivo para o alcance das metas 3.5 e 3.8 por ofertar condições para que os participantes possam cessar o uso do tabaco. Contudo, com relação às Metas 3.a e 3.b, os dados coletados não dispõem de subsídios para análise das ações visando fortalecer o cumprimento destas metas.

### 6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em razão da recente retomada do Programa, em meados de 2024, o estudo se limitou à descrição e à análise dos dados secundários, não avançando no sentido de uma coleta qualitativa dos participantes, como havia inicialmente pensado (Anexo B). Como a análise de prontuários já estava prevista na carta de anuência obtida na Coordenação do Programa, não foi necessária a realização de uma emenda para a nova apreciação ética da presente pesquisa.

Em 2024, foram solicitados reiteradamente ao município, presencialmente e por telefone, os dados municipais sobre a prevalência do tabagismo, contudo, sem resposta. Por essa razão, no início de 2025, foi formalizado esse pedido via

correspondência eletrônica (e-mail) à Secretaria Municipal de Saúde (Anexo E), seguindo sem resposta. De forma similar, foram realizadas, no mesmo período, ligações à Secretaria de Saúde do município solicitando os dados sobre a prevalência do tabagismo, todavia, não se obteve resposta.

Também no início de 2025, foram solicitados ao E-OUV (ES) dados sobre a prevalência do tabagismo no Espírito Santo (Anexo D), complementando dados do Programa quando inativo, obtidos em 2023 no mesmo Portal (Anexo C). Esses dados servirão como importante referencial para a análise dos dados acerca dos usuários, obtidos na Coordenação Municipal do Programa e descritos acima.

Ademais, alguns riscos foram considerados, por exemplo, ao lidar com informações sensíveis sobre a saúde dos indivíduos, sendo necessário assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, evitando qualquer forma de identificação ou exposição indevida dos dados coletados.

## 7 CONCLUSÃO

Este estudo se dedicou a analisar o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy (ES), a fim de obter uma compreensão mais aprofundada sobre o perfil dos participantes, o andamento do programa e os desafios enfrentados na sua implementação. Os resultados evidenciaram que, embora haja um esforço contínuo para promover a cessação do tabagismo na comunidade, ainda existem obstáculos significativos que precisam ser enfrentados para melhorar sua eficácia e sustentabilidade.

Um dos principais achados foi a variação na adesão ao programa ao longo do tempo. Observou-se um aumento no número de participantes nos primeiros meses, indicando um interesse inicial elevado, mas também uma tendência de queda na participação e um alto índice de abandono ao longo do período de acompanhamento. Essa dinâmica reforça a necessidade de estratégias mais eficazes de retenção, que possam manter os usuários motivados e engajados por períodos mais longos, aumentando as chances de sucesso na cessação do tabagismo.

O perfil dos participantes revelou uma predominância de adultos na faixa de meia-idade, com dependência elevada ou muito elevada, além de poucos praticantes de atividades físicas e presença de comorbidades como hipertensão e diabetes. Esses fatores indicam que o programa deve considerar abordagens integradas, que envolvam não apenas o tratamento farmacológico, mas também ações de promoção de hábitos saudáveis, suporte psicológico e atividades físicas, alinhando-se aos princípios de uma abordagem biopsicossocial.

No que diz respeito às intervenções, o uso combinado de medicamentos, como adesivos de nicotina e bupropiona, mostrou-se como uma estratégia comum e com resultados significativos. No entanto, a ausência de práticas integrativas e de suporte psicossocial reforça a necessidade de ampliar o escopo das ações, promovendo uma abordagem mais holística e personalizada. O alto índice de abandono sugere que estratégias de motivação, acompanhamento contínuo e suporte emocional podem ser essenciais para melhorar os resultados.

Ao refletir sobre os ODS, fica claro que o fortalecimento do programa de controle do tabagismo contribui diretamente para metas relacionadas à saúde e bem-estar, redução de desigualdades e promoção de ambientes mais saudáveis.

Nesse contexto, é fundamental investir em ações integradas, que envolvam a comunidade, profissionais de saúde e políticas públicas eficazes, para alcançar um impacto duradouro.

Apesar das análises relevantes obtidas neste estudo, algumas limitações devem ser consideradas. Inicialmente, a amostra de participantes foi relativamente pequena e proveniente de um único município, o que limita a generalização dos resultados para outras regiões ou populações.

Outro ponto importante é a ausência de informações detalhadas sobre fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos que podem influenciar a adesão ao programa e o sucesso do tratamento. Além do mais, os achados indicam que o programa não ofertou práticas integrativas ou intervenções complementares, o que poderia ter contribuído para uma compreensão mais ampla dos fatores que favorecem a manutenção do abandono do tabaco. Ademais, os dados apontam para a não realização das sessões de continuidade/alinhamento durante o período de 12 meses.

Desse modo, é premente o direcionamento para a implantação de práticas integrativas, fortalecimento do apoio multiprofissional e da adoção de medidas que podem ser adotadas a partir das percepções dos participantes no que diz respeito às motivações para o abandono do tratamento.

Para estudos futuros, recomenda-se ampliar a amostra, incluindo diferentes regiões e populações, para fortalecer a validade externa dos achados. Pesquisas longitudinais e qualitativas podem oferecer uma compreensão mais aprofundada sobre os fatores que influenciam a adesão e a manutenção do abandono do tabaco ao longo do tempo. A implementação de intervenções integrativas, suporte psicológico e estratégias de motivação pode ser avaliada para verificar seu impacto na retenção e no sucesso do tratamento.

Investigações que explorem aspectos socioeconômicos, culturais e comportamentais também podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais personalizadas e eficazes, alinhadas aos princípios dos ODS, promovendo uma abordagem mais integral e sustentável no controle do tabagismo.

Por fim, os resultados deste estudo destacam a importância de continuar investigando e aprimorando as estratégias de intervenção, considerando as especificidades locais e as necessidades da população. A implementação de estudos futuros com amostras maiores, abordagens longitudinais e a inclusão de

práticas integrativas podem fornecer resultados ainda mais robustos e orientar políticas públicas mais eficazes na luta contra o tabagismo.

Conheça o pro

## 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.
- 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.
- BARRETO, S. F.; PINTO, L. G. R. **Dependência Química**: uma história a se tratar. Rio de Janeiro: Medbook, 2022.
- BERTONI, N.; SZKLO, A. S. Dispositivos eletrônicos para fumar nas capitais brasileiras: prevalência, perfil de uso e implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 1-14, 2021.
- BOEIRA, S. L. **Atrás da cortina de fumaça**: tabaco, tabagismo e meio ambiente, estratégias da indústria e dilemas da crítica. 2002. 430 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Itajaí, 2000.
- BRASIL. **Convenção-Quadro para Controle do Tabaco**: texto oficial. 2. reimpr. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.
- BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Dados e números do tratamento para cessação do tabagismo no Brasil. **Inca**, 25 ago. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/dados-e-numeros>. Acesso em: 4 dez. 2024.
- 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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução-RDC nº 46, de 28 de agosto de 2009. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 166, p. 45, 31 ago. 2009.

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 nº104 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. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 502, de 1 de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 161, n. 110, p. 60, 13 jun. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1035, de 31 de maio de 2004**. [Resolve] Ampliar o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004**. Considerando a necessidade de regulamentar a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, resolve [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Vigitel Brasil 2006-2023**: tabagismo e consumo abusivo de álcool: 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 entre 2006 e 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. **O controle do tabaco no Brasil**: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. **Prevenção do uso do tabaco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tabagismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRUSTOLIN, M. *et al.* Eficácia do tratamento do tabagismo na perspectiva da redução de danos e do cuidado farmacêutico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 11, n. 17, p. 1-15, 2019.

BUTERI FILHO, C. B. **Tabagismo**: histórico, políticas nacionais de controle do tabaco, impacto na saúde pública e tratamento. 2022. 34 f. Monografia (Especialização em Residência Médica) – Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022.

CAMPOS, M. R. *et al.* Tabagismo, mortalidade, acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer de pulmão no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 58, n. 18, p. 1-13, 2024.

CAMPOS, P. C. M.; BARBOSA, D. V. S.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município do Rio de Janeiro: ligações que promovem oportunidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 424-432, jul. 2021.

CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 436-444, out. 2015.

CARVALHO, S. C. *et al.* Particularidades da doença pulmonar obstrutiva crônica e suas exacerbações. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 6460-6473, 2023.

CASTRO, J. M.; MOL, M. A. L.; COSTA, W. J. T. Tabagismo e desfechos cardiovasculares entre hipertensos. **Revista Artigos.Com**, [s. l.], v. 12, p. 1-8, 2019.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* Como a Política Nacional de Controle do Tabaco pode ajudar no enfrentamento da pandemia da COVID-19? **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 66, p. 1-13, 2020. Número especial.

CHO, E. R. *et al.* Smoking Cessation and Short- and Longer-Term Mortality. **NEJM Evidence**, [s. l.], v. 3, n. 3, p. 1-23, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **A tragédia do tabagismo**: causas, consequências e prevenção. Brasília: CFM, 2019.

COSTA, C. M. S. *et al.* A relação das substâncias do tabaco na doença periodontal. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 11, n. 16, p. 1-8, 2022.

COSTA, F. A.; SOUSA, V. S. O.; SANTOS, T. S. Tabagismo: consequências, tratamento e benefícios da interrupção. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, n. 5, p. 22365-22374, 2021.

COURTE JÚNIOR, W. P. *et al.* O uso prolongado do tabaco e suas consequências: uma revisão literária. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 6, n. 6, p. 26661-26674, 2023.

CUNHA, S. S. F. P. *et al.* Análise de riscos à saúde de pacientes de grupos de tabagismo segundo a carga tabágica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 589-598, 2016.

DANTAS, D. R. G.; MOURA, D. M.; PINTO, P. Tabagismo como fator de risco para desenvolvimento de doença cerebrovascular em hospital público de Campina Grande-PB Brasil. **Revista Saúde e Ciência**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 21-30, 2015. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/266>. Acesso em: 27 nov. 2024.

DIAS, J. **Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 30 jul. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-oms-sobre-tabaco-destaca-brasil>. Acesso em: 27 nov. 2024.

FELIPE, B. S. *et al.* Tabagismo e saúde: associações com alterações pulmonares. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 5505-5516, 2022.

FERREIRA, A. S. P. *et al.* Fatores de risco biológicos e ambientais de crianças expostas ou não à poluição tabágica ambiental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 19, n. 47, p. 1-11, 2017.

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.

GIRALDO-OSORIO, A. *et al.* Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en Brasil, 2016. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 1-10, 2021.

GOMES, K. K. L. **Adesão de usuários ao Programa de Controle do Tabagismo**. 2020. 53 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20171/1/K%C3%A1ssiaKatarineDeLimaGomes\\_Dissert.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20171/1/K%C3%A1ssiaKatarineDeLimaGomes_Dissert.pdf). Acesso em: 20 maio 2025.

GONÇALVES, A. G. Z. *et al.* Os efeitos do tabagismo na saúde ocular. **Revista Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 28, n. 132, p. 1-11, 2024.

HALLAL, A. L. C.; CAMPOS, R. C. **Controle do tabagismo na atenção básica**. Florianópolis: UFSC, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO CAPIXABA DE PESQUISA, ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL. **Presidente Kennedy**. Vitória: Incaper, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável: avaliação do progresso das principais metas globais para o Brasil: ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. Brasília: Ipea, 2024.

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>. Acesso em: 3 dez. 2024.

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. **Benefícios obtidos após parar de fumar**: manual do participante. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2019b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Convenção-Quadro para Controle do Tabaco**: texto oficial. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

ISHIKAWA, L. C. *et al.* Influência do tabagismo em pacientes com artrite reumatoide em tratamento. In: XXII JORNADA CONE SUL DE REUMATOLOGIA, 22., São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: Blucher, 2020.

ISSOBE, M. A. S. **DPOC e tabagismo**: um binômio perigoso. 2012. 67 f. Monografia (Graduação em Farmácia) – Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, Rio de Janeiro, 2012.

KOCK, K. S. *et al.* Efetividade do programa de controle ao tabagismo em uma cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2018.

LONGANEZI, V.; ALVES, M. C. G. P. O programa de tratamento do tabagismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 91-98, 2019. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/34555>. Acesso em: 15 abr. 2025.

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, p. e210170, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210010>. Acesso em: 7 abr. 2025.

MACEDO, K. C. *et al.* Análise situacional do programa de cessação tabágica em uma capital brasileira na pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2377-2384, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.07082023>. Acesso em: 7 abr. 2025.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências na prevalência e na carga de mortalidade atribuíveis ao tabagismo. Brasil e unidades federadas, 1990 e 2017. **Population Health Metrics**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 1-15, 2020.

MARTINS, N. D. *et al.* Doença pulmonar obstrutiva crônica em fumantes passivos: Revisão integrativa. **Revista Saúde**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 1-9, 2022.

MATTOS, B. A. *et al.* Análise da produção sobre as práticas de atenção a pessoa tabagista na Atenção Primária à Saúde. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, [s. l.], v. 16, n. 1, 2024. Disponível em: <https://revista.cpaqv.org/index.php/CPAQV/article/view/1998/1429>

MEIRELLES, R. H. S. EDITORIAL: os avanços do controle do tabagismo no brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-6, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333SP100.pt>. Acesso em: 3 jul. 2025.

MESQUITA, D. N. C.; ARAÚJO, R. L.; CUNHA, A. G. N. Associação entre doenças respiratórias e fumo passivo domiciliar em crianças de 6 a 10 anos atendidas pela atenção primária em Araguaína/TO. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 1-8, 2023.

MOCCIO, G. P. **Efeito da realidade aumentada sobre a persuasão em comunicações públicas de combate ao tabagismo**. 2022. 139 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

MORAIS, E. A. H. *et al.* Fatores individuais e contextuais associados ao tabagismo em adultos jovens brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2349-2362, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.20622021>. Acesso em: 10 fev. 2025.

NUNES, M. L. *et al.* Controle do tabagismo: tratamento na Atenção Básica gera resultados positivos no município de Balsas/MA. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 14365-14373, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32207/pdf>. Acesso em: 1 jul. 2025.

NUNES, S. O. V. *et al.* Tratamento farmacológico do tabagismo. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (org.). **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. p. 195-219.

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 Salud Pública**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 430-438, 2019. Disponível em: <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. **Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco**. Genebra: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020**. Genebra: OMS, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção contra a exposição passiva à fumaça do tabaco: Recomendações políticas**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco 2021: abordando produtos novos e emergentes. **WHO**, [s. l.], 27 jul. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>. Acesso em: 2 fev. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tabaco. **WHO**, [s. l.], 25 jun. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 13 nov. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030**. Genebra: OMS, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis nas Américas 2013-2019**. Washington: OPAS, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório sobre o controle do tabaco na Região das Américas, 2018**. Washington: OPAS, 2018.

PEREIRA, M. O. *et al.* Motivação e dificuldades para reduzir ou cessar o uso de tabaco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. e20180188, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>. Acesso em: 27 nov. 2024.

PINTO, M. *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, p. e00129118, 2019. DOI: doi: 10.1590/0102-311X00129118. Acesso em: 27 nov. 2024.

PIRES, G. A. R. *et al.* Longitudinalidade do tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde: pesquisa avaliativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 75, n. 4, e20210420, 2022. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0420>. Acesso em: 7 jul. 2025.

PISCIOTTA, A. B. S. Efeitos nocivos do tabagismo no sistema respiratório: uma revisão atualizada da literatura. **Pesquisa e Ação**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 1-13, 2018.

PORTES, A. M. *et al.* Perfil dos participantes do programa de cessação de tabagismo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão em São Luís - MA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/20209/10802>. Acesso em: 15 fev 2025.

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.

PRETTO, J. Z. RECH, R. S.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Grupos de cessação de tabaco: série histórica de um serviço de atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Caderno Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 244-254, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020590>. Acesso em: 12 jun. 2025.

REDIN, E. A fumicultura e agricultura familiar: o caso de Jaguari/RS. **Sociais e Humanas**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 99-116, 2010.

REICHERT, J. Tabagismo passivo – implicações genéticas em gerações. **Revista Médica do Paraná**, Curitiba, v. 75, n. 1, p. 103-108, 2017.

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, p. e47310212695, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12695>. Acesso em: 12 jun. 2025.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Assistência Farmacêutica e governança global da saúde em tempos de Covid-19. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 501-517, 2022.

SANDOVAL, R. C. *et al.* Avances en el control del tabaco en la Región de las Américas 2020. **Revista Panamericana de Salud Publica**, [s. l.], v. 12, n. 45, p. 1-16, 2021.

SANTOS, R. S. Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. **Revista Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e17381, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>. Acesso em: 12 jun. 2025.

SANTOS, V. P. *et al.* Influência dos fatores de risco para aterosclerose na distribuição anatômica da doença arterial periférica em pacientes com isquemia crônica crítica de membros: um estudo transversal. **Jornal Vascular Brasileiro**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 1-9, 2023.

SILVA, A. L. O. *et al.* As cores do tabagismo: relação entre raça e consumo de tabaco no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 68, n. 1, p. 1-5, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1552/1589>. Acesso em: 19 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>. Acesso em: 5 maio 2025.

SILVA, M. I. F. S.; PACHÚ, C. O. Os efeitos da exposição involuntária de crianças ao tabagismo passivo: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 1-8, 2023.

SILVA, W. S. C. **O papel do farmacêutico na cessação do tabagismo: práticas e abordagens**. 2021. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

SILVEIRA, K. M. *et al.* Relação das dependências físicas, psicológicas e comportamentais na cessação do tabagismo. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 14, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/ctc.2021.142.08>. Acesso em: 7 jun. 2025.

SOUZA, L. A.; SANTOS, S. O.; OLIVEIRA, L. F. A. Prevalência e Fatores de risco associados ao tabagismo e outras formas de consumo de tabaco em acadêmicos da saúde em Goiânia, Goiás. **Journal of Health and Biological Sciences**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1-7, 2023.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Healthy lifestyle and recommendations in health care among hypertensive and diabetic patients in Brazil, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 1-30, 2021.

TAYLOR, G. *et al.* Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, [s. l.], v. 13, n. 348, p. 1-22, 2014.

TEIXEIRA, L. A.; JAQUES, T. A. Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 295-304, 2011.

TONNESEN, P. *et al.* Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy. ERS task force guideline. **The European Respiratory Journal**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 390-417, 2017.

TOZONI-REIS, M. F. C. **Metodologia da Pesquisa**. 2. ed. Curitiba: IESDE, 2009.

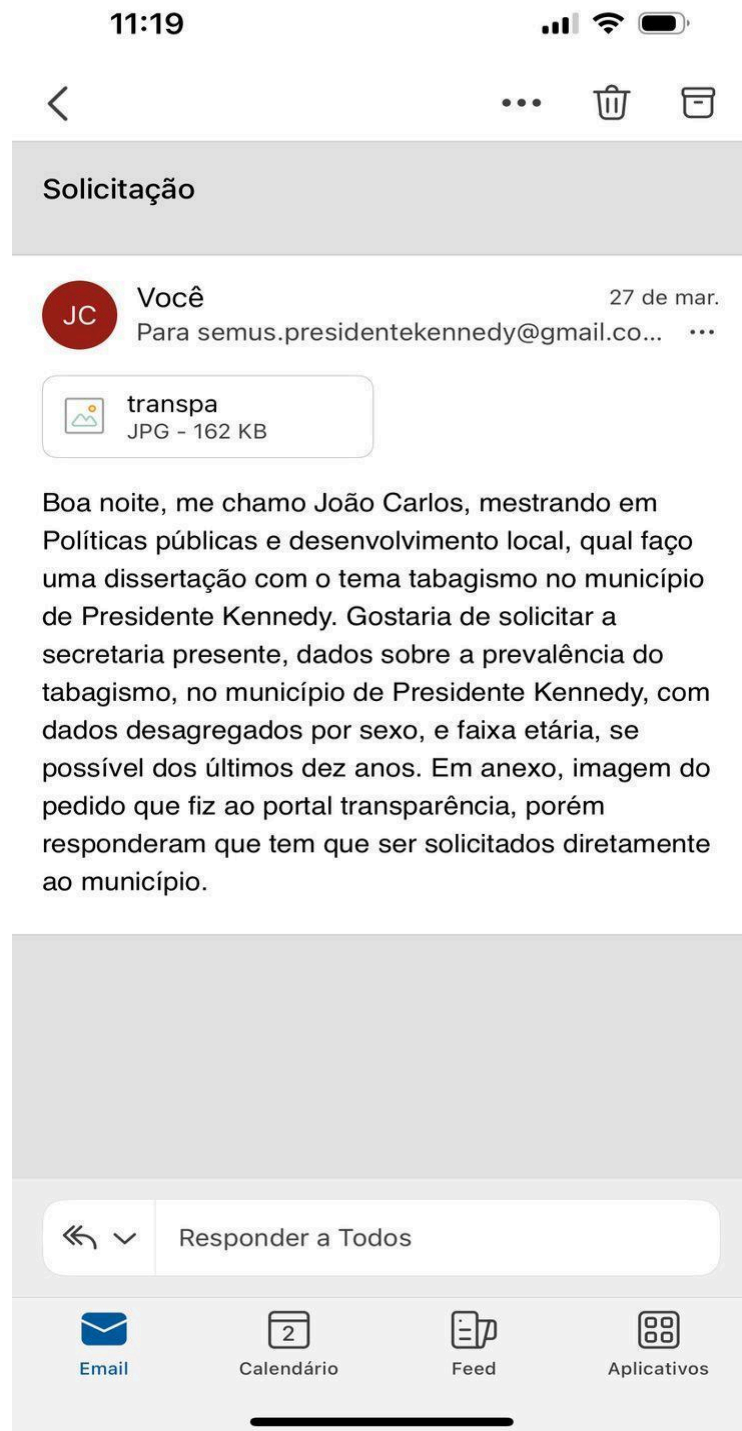
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Tabagismo, a principal causa de morte evitável no planeta. **USP Notícias**, São Paulo, 5 out 2017. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/radioagencia-usp/tabagismo-a-principal-caoa-de-mort-e-evitavel-no-planeta/>. Acesso em: 10 abr. 2025.

WEST, R. *et al.* Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. **Addiction**, [s. l.], v. 110, n. 9, p. 1388-1403, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26031929/>. Acesso em: 15 fev. 2025.

WYNN, W. P. *et al.* The pharmacist "toolbox" for smoking cessation: a review of methods, medicines, and novel means to help patients along the path of smoking reduction to smoking cessation. **Journal of Pharmacy Practice**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 591-599, 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES À COORDENAÇÃO MUNICIPAL



**APÊNDICE B – DADOS DA PLANILHA DO PROGRAMA MUNICIPAL**

**1. Raça/cor**

**2. Sexo**

**3. Faixa etária**

**4. Tipo de tabaco utilizado**

**5. Tempo de uso do tabaco**

**6. Pacientes que possuem fatores de risco**

(HA; DM; Obesidade; DPOC; Tuberculose; Câncer; Uso de álcool; Outras drogas; Saúde mental)

**6.1 2ª comorbidade (se houver)**

**6.2 3ª comorbidade (se houver)**

**7. Prática de atividade física**

**8. Se já participou anteriormente do tratamento**

**9. Escore do teste de Fagerstrom de dependência de nicotina**

**10. Situação do paciente na abordagem comportamental**

**11. Situação do paciente – apoio medicamentoso**

**12. Práticas integrativas**

**13. Manutenção da abstinência em meses**

**ANEXOS****ANEXO A – LEI MUNICIPAL nº 814/2009 (Presidente Kennedy/ES)****PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO****LEI Nº. 814/2009****De 06 de maio de 2009**

Cria e organiza o Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco e dá outras providências.

O Município de Presidente Kennedy, Estado do Espírito Santo, no uso das atribuições legais, faz saber que a Câmara Municipal aprovou e o Prefeito Municipal sanciona e promulga a seguinte lei.

**CAPÍTULO I  
Disposições Preliminares**

**Art. 1º.** Fica criado o Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco com a finalidade de diminuir o tabagismo e a prevalência de fatores de risco visando a redução da morbimortalidade por câncer.

**Art. 2º.** O Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco será executado pela Secretaria Municipal de Saúde através do Departamento do Programa e Prevenção à Saúde.

**CAPÍTULO II  
Da Estrutura**

**Art. 3º.** O Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco será executado através da estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde já existente.

**Parágrafo único.** Compete ao Secretário Municipal de Saúde a designação do órgão e servidores responsáveis pela execução do programa.

**CAPÍTULO III  
Das Competências**

**Art. 4º.** Compete ao Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco:



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY  
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

I - Propor a política e as diretrizes de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco a serem adotadas pelo Município;

II - Seguir as normas dos Programas Nacionais e Estaduais de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco;

III - Planejar, Orientar, Executar e Avaliar as ações de Controle do tabagismo no Município e Outros Fatores de Risco;

IV - Promover a integração com os Programas Antitabágicos a níveis Estadual e Nacional;

V - Prestar assessoria técnica, na área específica de controle do tabagismo, a diferentes segmentos da sociedade municipal, sempre que solicitado e de acordo com as possibilidades e objetivos do programa;

VI - Promover a capacitação técnica de profissionais de saúde, educação entre outros envolvidos com o controle do tabagismo a nível municipal;

VII - Divulgar e assegurar o cumprimento das legislações antitabágica;

VIII - Informar a população em geral, com ênfase em populações específicas como as crianças, os adolescentes e as gestantes, sobre o malefício dos diversos fatores de risco do consumo do tabaco;

IX - Envolver instituições não governamentais como associações e conselhos de classe, clubes de serviço, sindicatos, sociedade de amigos de bairros, entre outros, no Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco;

X - Promover Campanhas de Comunicação Social principalmente durante as datas comemorativas de 31 de maio e 29 de agosto;

XI - Realizar, divulgar e participar de eventos como conferências, congressos, seminários, simpósios e similares na área de controle dos fatores de risco;

XII - Produzir material educativo e de campanha como cartazes, folhetos, slides, bottons, adesivos e vídeos para esclarecimento à população.

## ANEXO B – RESPOSTA A PEDIDO DE ACESSO À INFORMAÇÃO



## E-OUV - Sistema de Ouvidoria do Estado do Espírito Santo

## Detalhes da Manifestação 2023080590

## Dados Gerais da Manifestação

## Dados Básicos da Manifestação

Protocolo	Código de Acesso	Tipo de Manifestação	Situação
2023080590	e8KsoyRJ	Informação	Encerrada
Assunto	Órgão Destinatário	Órgão Atual	Local do Fato
Saúde Pública	SESA	SESA	Presidente Kennedy
Data de Registro	Prazo de Resposta	Modo de Resposta	Tipo de Identificação
07/08/2023	28/08/2023	Internet	Identificada

## Dados do Manifestante

Tipo de Manifestante	Nome	CPF	E-mail
Pessoa Física	João Carlos de Souza Gomes	14439817700	joaocarlosgomes13@hotmail.com

## Teor da Manifestação

## Texto da Manifestação

Dados a serem solicitados ao governo do estado do Espírito Santo entre o ano de 2018 – 2019 do Programa de controle do tabagismo no Município de Presidente Kennedy – ES.

- Quantitativo total de pacientes que buscaram o programa no município;
- Quantitativo de pacientes que participaram do programa (1a, 2a, 3a e 4a seções) (1a, 2a, 3a e 4a seções por sexo/gênero, ano, e faixa etária.
- Quantitativo de pacientes do programa que usaram algum tipo de medicamento no tratamento do tabagismo, por sexo/gênero, faixa etária, seção do programa, e tipo de medicamento;
- Quais medicamentos foram ofertados para a realização do tratamento?

## Dados da Análise

## Resposta da Manifestação

Data da Resposta	Órgão
21/08/2023	SESA

## Resposta

Prezados,

Segue anexo, resposta referente a manifestação.

Atenciosamente

## Anexos

[Presidente\\_Kennedy\\_Dados.pdf](#)

## Histórico da Manifestação

Data/Hora	Órgão	Situação
-----------	-------	----------

Em resposta à solicitação, seguem dados que dispomos na Coordenação Estadual do Programa de Controle de Tabagismo:

Dados referentes aos anos de 2018 e 2019 do Programa de controle do tabagismo no Município de Presidente Kennedy – ES.

**Quantitativo total de pacientes que buscaram o programa no município:**

**Ano de 2018:**

**1º. quadrimestre 2018:** município não enviou informações de atendimentos;

**2º. Quadrimestre 2018:**

Total de pacientes que procuraram atendimento: 12

Homens: 02

Mulheres: 10

Por faixa etária:

<18 anos: 0 pacientes

> 18 e < 60 anos: 09 pacientes

>= 60 anos: 03 pacientes

Número de pacientes que participaram da 1ª. Sessão estruturada: 09

Número de pacientes que participaram da 4. sessão estruturada: 03

Pacientes que fizeram uso de medicação: 02

**3º. Quadrimestre 2018:**

Total de pacientes que procuraram atendimento: 27

Homens: 12

Mulheres: 15

Por faixa etária:

<18 anos: pacientes: 0

> 18 e < 60 anos: pacientes: 20

>= 60 anos: pacientes: 7

Número de pacientes que participaram da 1ª. Sessão estruturada: 18

Número de pacientes que participaram da 4. sessão estruturada: 09

Pacientes que fizeram uso de medicação: 06

**Ano de 2019****1º. Quadrimestre 2019:**

Total de pacientes que procuraram atendimento: 09

Homens: 07

Mulheres: 02

Por faixa etária:

<18 anos: pacientes: 0

> 18 e < 60 anos: pacientes: 07

>= 60 anos: pacientes: 02

Número de pacientes que participaram da 1ª. Sessão estruturada: 05

Número de pacientes que participaram da 4. sessão estruturada: 03

Pacientes que fizeram uso de medicação: 02

**2º. Quadrimestre 2019:**

Total de pacientes que procuraram atendimento: 11

Homens: 07

Mulheres: 04

Por faixa etária:

<18 anos: pacientes: 01

> 18 e < 60 anos: pacientes: 07

>= 60 anos: pacientes: 03

Número de pacientes que participaram da 1ª. Sessão estruturada: 09

Número de pacientes que participaram da 4. sessão estruturada: 05

Pacientes que fizeram uso de medicação: 05

**3º. Quadrimestre 2019:**

Total de pacientes que procuraram atendimento: 14

Homens: 07

Mulheres: 07

Por faixa etária:

<18 anos: pacientes: 0

> 18 e < 60 anos: pacientes: 11

## ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES À OUVIDORIA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO



### E-OUV - Sistema de Ouvidoria do Estado do Espírito Santo

#### Detalhes da Manifestação 2025032424

#### Dados Gerais da Manifestação

##### Dados Básicos da Manifestação

Protocolo	Código de Acesso	Tipo de Manifestação	Situação
2025032424	8yMUiKa4	Informação	Despacho Respondido
Assunto	Órgão Destinatário	Órgão Atual	Local do Fato
Serviços de Saúde ofertados	SESA	SESA	Todo o Estado
Data de Registro	Prazo de Resposta	Modo de Resposta	Tipo de Identificação
27/03/2025	29/04/2025	Internet	Identificada

##### Dados do Manifestante

Tipo de Manifestante	Nome	CPF	E-mail
Pessoa Física	João Carlos de Souza Gomes	14439817700	joacarlosgomes13@hotmail.com

##### Teor da Manifestação

###### Texto da Manifestação

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NO ESPÍRITO SANTO NA ÚLTIMA DE DECADA COM DADOS SESAGREGADOS POR SEXO E FAIXA ETÁRIA.

#### Dados da Análise

##### Prorrogação

Prazo Original	Novo Prazo	Órgão	Data da Prorrogação
16/04/2025	29/04/2025	SESA	16/04/2025

###### Justificativa

Em conformidade com o art. 16, parágrafo único da Lei nº 13.460/2017, que estabelece um prazo de 20 dias para a resposta da área técnica às manifestações, prorrogável uma única vez, por mais 10 dias e considerando a solicitação da área técnica para a dilação desse prazo, a prorrogação é necessária para assegurar uma análise completa e adequada da demanda apresentada.

#### Histórico da Manifestação

Data/Hora	Órgão	Situação
27/03/2025 21:26:02	SESA	Aberta
10/04/2025 10:41:23	SESA	Em Andamento
10/04/2025 10:41:54	SESA	Despachada
15/04/2025 12:00:42	SESA	Despacho Respondido

## ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA

## CARTA DE ANUÊNCIA

**De:** João Carlos de Souza Gomes

**Para:** Alessandra das Neves lima

Secretária de Saúde de Presidente Kennedy - ES

Prezada Secretária,

Eu, João Carlos de Souza Gomes, solicito autorização institucional para a realização de projeto de pesquisa intitulado: A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM PRESIDENTE KENNEDY-ES PARA A POPULAÇÃO LOCAL.

Com os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Analisar o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy-ES, buscando compreender o seu impacto na população local e avaliar a contribuição da assistência farmacêutica na promoção da saúde e na cessação do tabagismo.

Com a seguinte metodologia: A pesquisa científica proposta é caracterizada como um estudo observacional e descritivo, baseada em métodos qualitativos de análise sobre a percepção dos usuários de uma política pública no território local. Através dessa abordagem, busca-se analisar o impacto do tabagismo na população, com o intuito de compreender os aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados ao uso do tabaco, através da aplicação de um questionário aos usuários do programa.

A pesquisa visa também investigar as contribuições da assistência farmacêutica no combate ao tabagismo, considerando os métodos e estratégias adotados no programa municipal.

A escolha desse tipo de estudo é justificada pela sua capacidade de fornecer dados descritivos sobre a situação atual do tabagismo na população em estudo, permitindo assim uma análise detalhada dos principais fatores envolvidos no controle dessa questão de saúde pública.



Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Declaro que estou ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nessa pesquisa, conforme me foi apresentado em projeto escrito e que a instituição possui a infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa. Concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado a partir dos dados obtidos na secretaria de saúde, e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informo ainda, que para início do projeto esta direção deve ser informada da aprovação do CEP, pelo pesquisador, através do envio de cópia da carta de aprovação.

Presidente Kennedy, 24 de Abril de 2024

*Alessandra das Neves Lima*  
Secretária Municipal de Saúde  
Decreto nº 031/2021

.....  
Alessandra das Neves Lima  
Secretária de Saúde de Presidente Kennedy - ES

Necessitando então, ter acesso aos dados a serem colhidos através de prontuários dos participantes ativos do programa no município de Presidente Kennedy. Aproveito para informar que está pesquisa não acarretara ônus para o programa de controle do tabagismo desse município.

Atenciosamente,

.....*João Carlos de Souza Gomes*.....  
João Carlos de Souza Gomes

**Contato**  
E- mail: [joaocarlosgomes13@hotmail.com](mailto:joaocarlosgomes13@hotmail.com)  
Telefone: 28 999651595



## ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (EMESCAM)

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DO TABAGISMO EM PRESIDENTE KENNEDY-ES PARA A POPULAÇÃO LOCAL

**Pesquisador:** JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79907624.2.0000.5065

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.882.170

**Apresentação do Projeto:**

O estudo analisa o perfil epidemiológico e clínico dos usuários do Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy-ES, com o objetivo de compreender sua importância para a população local. A pesquisa científica proposta é caracterizada como um estudo observacional e descritivo, baseada em métodos qualitativos de análise sobre a percepção dos usuários de uma política pública no território local. Através dessa abordagem, busca-se analisar o impacto do tabagismo na população, com o intuito de compreender os aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados ao uso do tabaco, através da aplicação de um questionário aos usuários do programa. A pesquisa visa também investigar as contribuições da assistência farmacêutica no combate ao tabagismo, considerando os métodos e estratégias adotados no programa municipal. A escolha desse tipo de estudo é justificada pela sua capacidade de fornecer dados descritivos sobre a situação atual do tabagismo na população em estudo, permitindo assim uma análise detalhada dos principais fatores envolvidos no controle dessa questão de saúde pública. Serão coletados dados trimestrais das unidades de tratamento e utilizadas planilhas disponíveis na Coordenação Estadual do Programa de Tabagismo. Essas planilhas registram o número de pacientes atendidos na primeira consulta, na primeira sessão, na quarta sessão, bem como informações sobre o hábito de fumar e uso de medicamentos para o tratamento do tabagismo. Além disso, a planilha também registra os

**Endereço:** EMESCAM, Av. N.S. da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.882.170

índices de cessação do tabagismo, abandono do tratamento e uso de medicamentos até a quarta semana de atendimento. Esses dados são calculados automaticamente pelas planilhas padronizadas pelo INCA

Número de participantes 15

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar o Programa Municipal de Controle do Tabagismo em Presidente Kennedy-ES, buscando compreender o seu impacto na população local e avaliar a contribuição da assistência farmacêutica na promoção da saúde e na cessação do tabagismo.

Objetivo Secundário:

Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários do programa; Investigar a frequência do uso de medicamentos para cessação tabágica fornecidos pelo programa e analisar a efetividade desses medicamentos na promoção da abstinência ao tabaco; Analisar os benefícios que esse programa traz na visão dos usuários.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo os pesquisadores Riscos:

Alguns riscos precisam ser considerados, como por exemplo, ao lidar com informações sensíveis sobre a saúde dos indivíduos, é necessário assegurar a confidencialidade e a privacidade dos participantes, evitando qualquer forma de identificação ou exposição indevida dos dados coletados

Benefícios:

Através da coleta de dados e análise estatística, é 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 da assistência farmacêutica permite avaliar a eficácia das intervenções farmacológicas no auxílio à cessação do tabagismo e na promoção da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante tendo em vista a relevância para a saúde da população representada pelas políticas públicas antitabagistas.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.882.170

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Carta de anuência assinada pelo secretário de saúde do município OK
- TCLE linguagem simples e objetiva,
- Folha de rosto OK
- Os pesquisadores apresentaram cronograma e orçamento

**Recomendações:**

- Os autores propõe como objetivo "Identificar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários do programa"; quando na verdade, será possível caracterizar o perfil desses participante e não dos usuários do programa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atender as recomendações

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2315530.pdf	18/05/2024 23:38:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/05/2024 23:31:05	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/05/2024 23:30:00	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2315530.pdf	10/05/2024 21:31:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto.doc	10/05/2024 20:57:34	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE  
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -  
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.882.170

Investigador	projeto.doc	10/05/2024 20:57:34	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	10/05/2024 20:57:34	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Postado
Outros	Carta.pdf	10/05/2024 20:56:24	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Outros	Carta.pdf	10/05/2024 20:56:24	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/05/2024 20:48:06	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/05/2024 20:48:06	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Postado
Folha de Rosto	folha.pdf	10/05/2024 20:45:49	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	10/05/2024 20:45:49	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Postado
Outros	manifestacao.pdf	04/04/2024 20:59:53	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Aceito
Outros	manifestacao.pdf	04/04/2024 20:59:53	JOAO CARLOS DE SOUZA GOMES	Postado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITORIA, 11 de Junho de 2024

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Cristina Ribeiro Macedo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** EMESCAM, Av. N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITORIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br