IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF COMBAT TO SMOKING IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Mariana Martins Gramoza Vilarinho
Lorena Uchôa Portela Veloso

RESUMO

Estima-se que no ano de 2030 mais de 8 milhões de pessoas no mundo irão morrer por causa do consumo de tabaco sendo que, no Brasil, ocorrem cerca de 200 mil mortes por ano e será a causa principal de morte e incapacidade. Este plano de intervenção a ser realizado nas equipes de saúde da família da zona urbana e rural de um município do Piauí, com usuários tabagistas a partir de 15 anos de idade para proporcionar qualidade de vida através de ações de saúde para o combate ao tabagismo. O acompanhamento e gestão serão realizados através de livros de frequências de reuniões, aplicação de questionários, avaliação nos relatórios extraídos do sistema e os resultados dos indicadores fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Os dados coletados serão repassados para gestão da Secretaria Municipal de Saúde para que sejam analisados junto a coordenação da atenção básica e equipe multiprofissional para que sejam planejadas ações estratégicas de promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população. Espera-se alcançar pessoas tabagistas para oferecer atendimento de qualidade e promover a saúde.

Descritores: Tabagismo. Políticas de saúde pública. Promoção da saúde.

ABSTRACT

It is estimated that in the year 2030 more than 8 million people in the world will die due to tobacco consumption, and in Brazil, there are about 200 thousand deaths per year and will be the main cause of death and disability. This intervention plan to be carried out by family health teams in the urban and rural areas of a municipality in Piauí, with users who are smokers over 15 years of age to provide quality of life through health actions to combat smoking. Monitoring and management will be carried out through meeting frequency books, application of questionnaires, evaluation in the reports extracted from the system and the results of the indicators provided by the Piauí State Department of Health. The collected data will be passed on to the management of the Municipal Health Department so that they can be analyzed together with the coordination of primary care and a multidisciplinary team so that

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

strategic actions to promote health are planned to improve the quality of life of the population. It is expected to reach smokers to offer quality care and promote health.

Keywords: Smoking. Public health policies. Health promotion.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Cruz (2017) estima-se que no ano de 2030 mais de 8 milhões de pessoas no mundo irão morrer por causa do consumo de tabaco sendo que, no Brasil, ocorrem cerca de 200 mil mortes por ano e será a causa principal de morte e incapacidade.

Para Malta *et al*. (2017) o tabaco, apresenta malefícios já comprovados em estudos nacional e mundial representando fator de risco importante para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), causando 63% dos óbitos no mundo e 72% no Brasil. As doenças causadas pelo hábito de fumar incluem: câncer de pulmão, boca, mama, doenças respiratórias crônicas, propensão a partos prematuros e as doenças cardiovasculares.

No Brasil, de acordo com São José *et al.* (2017) no ano de 2015 o hábito de fumar apresentou ligação direta com algumas doenças que são principais causas de óbito, como por exemplo, doença do coração, câncer, doenças cerebrovasculares e hipertensão arterial sistêmica.

Esta situação como afirma Cruz (2017) torna-se fator preocupante para a saúde pública, já que onera os cofres públicos com despesas para atendimento à saúde, antecipação de aposentadorias, pagamentos de benefícios sociais, deterioração do meio ambiente, pesquisa e educação, óbito e sofrimento de tabagistas e não tabagistas.

Dessa forma, de acordo com OPAS (2018), os dados mais recentes divulgados pela Organização Pan-americana de Saúde - OPAS são de 2016, mostrando que a prevalência de adultos fumantes no Brasil, era de 14% sendo que para homens era de 17,9% e para mulheres 10,1%. Observa-se que houve uma redução quando comparado ano de 2013, dado anterior divulgado, onde o total era de 16%, sendo 20% para homens e 12% para mulheres.

De acordo com Turci et al. (2017) a Organização Mundial de Saúde - OMS tem trabalhado no combate ao tabagismo através de um tratado internacional de saúde chamado

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS – CQCT onde os integrantes do acordo se encontram periodicamente para o planejamento das ações. Na ocasião, em 2006, o Brasil foi o primeiro a integrar políticas, como por exemplo, estimular ambientes livres de fumaça de tabaco, tratamento para parar de fumar assegurado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diminuição de propaganda, elevação dos impostos e controle sobre os produtos provenientes do tabaco e pesquisas em relação ao predomínio do uso.

São José et al. (2017) relata sobre a redução da prevalência do tabagismo desde a implantação políticas públicas mais duras e campanhas anti-fumo ocorrendo, assim, diminuição expressiva nas capitais brasileiras. Esse fato, deve-se a iniciativa do país ao promover práticas de educação em saúde e de prevenção.

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Amarante-PI. A motivação para este estudo surgiu a partir do levantamento de dados sobre adoecimento, incapacidades e morte de pessoas tabagistas ativa e passiva.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, segundo o último censo Amarante possui uma população de 17.135 habitantes. O município localiza-se a 159 Km da Capital Teresina, com uma extensão territorial de1.155,205 km², o município faz limite: Norte- Palmeirais; Leste- Regeneração; Sul- Floriano e Francisco Ayres e a Oeste- São Francisco do Maranhão e Barão de Grajaú (MA).

Diante disso, a realização deste trabalho se justifica pela necessidade de se implantar ações estratégicas para o combate ao tabagismo fundamentado nas ações propostas pela Política Nacional de Controle do Tabagismo, com práticas de educativas de promoção da saúde e preventivas que proporcionem redução do número de morbimortalidade relacionada ao tabaco e melhoria da qualidade de vida.

O objetivo deste trabalho é proporcionar qualidade de vida de pessoas tabagistas através de ações de saúde para o combate ao tabagismo em um município piauiense.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A relação do tabagismo com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT

Conforme INCA (2018) o tabagismo é considerado uma epidemia viciante nos aspectos físico, psicológico e comportamental da mesma maneira que o consumo do álcool, cocaína e

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

heroína, como por exemplo devido à presença de nicotina e de 4.720 substâncias tóxicas inaladas pelo fumante: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, apresentando mais 43 substâncias carcinogênicas. Alguns desses produtos tóxicos produzem irritação nos olhos, no nariz e na garganta, podendo causar paralisia nos cílios dos brônquios.

De acordo com Brasil (2014) dos 57 milhões de óbitos no mundo no ano de 2008, 36 milhões foram causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT sendo o tabagismo responsável por um sexto de todas as mortes. Tal fato, totalmente evitável o aumento mundial do fumo matou mais de 100 milhões de somente no Século XX como estimou a Organização Mundial da Saúde – OMS.

Atualmente as DCNT segundo Brasil (2015) estão predominando cada vez mais sendo considerada a maior carga de problemas de saúde no mundo, trata-se principalmente das doenças cardiovasculares, as neoplasias e o diabetes. Representando em 2008, 63% de todas as causas de óbito no mundo pode-se afirmar que o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, as dietas não saudáveis e o sedentarismo são os principais fatores de risco modificáveis para ter as DCNT. Destaca-se o tabagismo que ao contrário dos demais fatores de risco está ligado não somente com as doenças cardiovasculares, o diabetes e as neoplasias, mas também com doenças respiratórias crônicas, dessa forma, impactando significativamente no grupo das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis na atualidade.

Para Malta *et al*. (2017) diminuir o tabagismo faz parte do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, de 2011 a 2022 e do Plano Global de Prevenção de DCNT que determina reduzir a prevalência do tabaco no mundo em 30%, entre os anos de 2015 e 2025. Portanto, a OMS tem incentivado os países a realizar o monitoramento do uso do tabaco para incentivar políticas de combate e impedir seu crescimento.

Observa-se de acordo com INCA (2014) que o número de novos usuários e o de cessação do consumo do fumo tem um efeito direto na prevalência do tabagismo, esta é traduzida entre o dado referente a casos num determinado local e em um dado período de tempo (ano), assim mede-se a elevação ou a redução de pessoas tabagistas. Portanto, essas variáveis devem ser avaliadas para acompanhar o planejamento de estratégias para o combate ao hábito de fumar.

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

Malta *et al*. (2017) afirmam que o país se comprometeu na CQCT-OMS de acompanhar de forma regular os indicadores do fumo, diante disso determinou um sistema para vigiar o consumo do fumo. A criação do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, em 2006 foi instituída pelo Ministério da Saúde para estruturar a vigilância das DCNT através de investigações periódicas em todas as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal.

Os números da VIGITEL, segundo Brasil (2014), revelam que em 2011 a quantidade de usuários tabagistas acima de 18 anos de idade no Brasil foi de 14,8%, tendo uma queda em 2012 para 12,1%. Essa redução é otimista no país, pois resulta na melhoria do padrão de saúde populacional traduzindo nos óbitos por câncer de pulmão entre o sexo masculino, que geralmente em 90% dos casos ocorre em fumantes teve uma queda de 10% entre 1994-1998 e 2006-2010. Dessa forma, também observou-se diminuição nos dados de morte por outras doenças relacionadas ao tabagismo, como por exemplo, doenças do coração (31%) e respiratórias crônicas (38%) no período de 1996 e 2007.

Segundo Brasil (2015) uma pesquisa realizada no Reino Unido demonstrou que a atitude de cessar o tabagismo mesmo em idosos, aumenta a esperança de vida, pois os tabagistas que conseguiram parar de fumar aos 60 anos tiveram três anos de vida a mais na expectativa de vida, os de 50 anos tiveram mais seis e os de 40 anos conquistaram aproximadamente nove anos adicionais. Aqueles antes da meia idade ganharam uns dez anos de vida e suas curvas de sobrevida foram parecidas às de pessoas que nunca fumaram.

Políticas Públicas de Saúde

Figueredo, Turci e Camacho (2017) relatam que o hábito de fumar tem sido considerado umas das mais importantes causas de óbito precoce no mundo, sendo que aproximadamente 7,2 milhões de pessoas morrem por ano por problemas causados pelo fumo. Esses números, no Brasil, chegam a 156.200 pessoas, sendo que as despesas com assistência à saúde por causa do tabagismo são de R$ 57 bilhões por ano.

Entre os anos de 1990 e os primeiros anos do século XXI, conforme descrevem Teixeira, Paiva e Ferreira (2017) houve uma redução no predomínio do tabagismo no Brasil, sendo que essa diminuição foi atribuída a fortes estratégias de prevenção e determinação de leis que

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

proibiam o tabaco. Foi então que durante esse período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou um importante acordo internacional de Saúde Pública, para combater o tabagismo.

Nos anos de 1980 segundo Portes, Machado e Turci (2018) notou-se o interesse mundial no controle do tabagismo, sendo criado o Dia Mundial sem Tabaco em 1987 e também foi o momento de fortalecimento das discussões sobre o tratado para o controle do tabagismo. O Instituto Nacional de Câncer – INCA formou uma rede com várias instituições, comandando campanhas que foram organizadas para conscientizar a população acerca dos prejuízos do tabaco causados à saúde e, em meio a essas ações houve também a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF) e o estabelecimento do Dia Nacional de Combate ao Fumo.

Ainda, de acordo com os autores acima citados, em meados dos anos 90, foram sendo estabelecidas normas e leis que reduzissem o consumo do tabaco, como por exemplo, avisos nos maços de cigarro sobre os malefícios, proibição do fumo em locais coletivos fechados e regras para a comercialização.

Portes *et al.* (2018) relatam que em 2005 entrou em vigor a Convenção Quadro para Controle do Tabaco - CQCT, um acordo de nível internacional da Organização Mundial da Saúde – OMS, objetivando diminuir o consumo do tabagismo conferindo medidas que tratem das responsabilidades legais e de proteção ambiental.

Dessa forma, no Brasil, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco – CNCT, de acordo com Lencucha *et al.* (2017) foi criada em 1999, representada pelo Ministério da Saúde, outros setores e o INCA na secretaria executiva serviu para auxiliar o país nas negociações da CQCT/OMS. Logo após em 2003 formou-se a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CONICQ, encarregada de implantar a CQCT/OMS no Brasil.

Segundo afirmam Portes, Machado e Turci (2018) a CONICQ foi de grande importância na autenticidade das ações contra o tabaco. Com a validação da CQCT-OMS no Brasil, colocada em vigor em 2006, a Política Nacional de Controle do Tabaco – PNCT se torna um grupo de ações antitabagistas Inter setoriais colaborando para fortalecer o movimento contra o tabagismo.

Para o Brasil (2011) a PNCT foi estruturado pelo Ministério da Saúde com o Instituto Nacional de Câncer – INCA desde o ano de 1989 buscando cooperação dos setores de saúde

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

dos estados e municípios. Essa cadeia qualificou muitos profissionais de saúde para atender de forma rotineira a demanda de fumantes promovendo também espaços livres do tabaco nos serviços de saúde. No entanto foi somente em 2005 que o tratamento definitivo foi implantado no Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma organizada os trabalhadores puderam ser conscientizados nesse processo e oferecer assistência planejada de qualidade para parar de fumar.

Apesar da criação da PNCT, combater o uso do tabaco não é o único desafio enfrentado no Brasil.

Em relação ao cultivo, Rangel *et al.* (2017) mostram que no Brasil, as discussões acerca desse tema envolvem dois lados, de um o grupo a favor ao combate ao tabagismo formado pelas instituições do lado do governo e do outro o contra, formado pelos interesses locais dos produtores de fumo. O país foi apontado como sendo o segundo maior fabricante e maior vendedor de tabaco em folhas do mundo, abrangendo muitos produtores que trabalham em caráter familiar submetidos a um mercado explorador envolvendo até menor de idade.

Dessa forma, Brasil (2011) traz o objetivo da PNCT e a visão para melhorar a situação dos produtores do tabaco:

> O principal objetivo da Política Nacional para o Controle do Tabaco é implementar, em nível nacional, as obrigações assumidas pelo Brasil como Estado-Parte da CQCT e cooperar com outros países e organizações internacionais para o alcance dos seus objetivos. As diretrizes da política obedecem aos princípios norteadores da CQCT e suas obrigações gerais. A Política Nacional para o Controle do Tabaco tem a intenção de melhorar o nível de saúde da população e fortalecer mecanismos de proteção social para pequenos agricultores que plantam fumo, consolidando a agricultura familiar e contribuir para a promoção do desenvolvimento sustentável. Da mesma forma, une-se aos esforços nacionais para a redução das desigualdades sociais, para o alcance do equilíbrio macroeconômico, a recuperação e sustentabilidade do crescimento e distribuição de renda, geração de trabalho e emprego. (BRASIL, 2011, p. 34)

Para Brasil (2015), a criação de políticas públicas revela a importância do controle do tabagismo no Brasil como um avanço ao longo dos anos destacando, na legislação às proibições de propaganda de derivados de tabaco, determinação de ambientes livres de fumaça do tabaco, inclusão de advertências sanitárias e inclusão de tratamento do tabagismo no SUS.

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

2.1-Plano Operativo

Situação problema	Objetivos	Metas/ prazos	Ações/ estratégias	Responsáveis
Falta de conhecimentos dos profissionais quanto a abordagem no atendimento à saúde de pessoas tabagistas	Qualificar os profissionais que atuam na Atenção Básica para implementar as ações e serviços para o atendimento a pessoas tabagistas;	Capacitar todos os Profissionais quanto ao atendimento à saúde de pessoas tabagistas Prazo: 2 meses	Realizar treinamento para todos os profissionais da equipe de Saúde da Família	Coordenadora de educação permanente e Coordenadora da atenção básica
Ausência de dados da população tabagista no território	Realizar busca ativa de usuários fumantes a partir de 15 anos cadastrados nas equipes por cada Agente Comunitário de Saúde – ACS;	Realizar o levantamento de 100% dos fumantes a partir de 15 anos cadastrados nas equipes Prazo: 2 meses	Visitas domiciliares, levantamento de fichas cadastrais	ACS
Número de usuários que iniciam o hábito de fumar na adolescência	Conscientizar, a população fumante, através da informação, educação e comunicação sobre os prejuízos do tabagismo à saúde	Reduzir em 100% o número de casos novos de fumantes no município Prazo: 1 ano	Promover encontros nas unidades de saúde, ações de impacto em locais públicos de aglomeração de adolescentes e jovens (associações, escolas, praças, centro social)	Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), Gestor municipal, Secretaria de Assistência Social, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Elevado número de mortes e incapacidades	Incentivar a mudança no estilo de vida	Realizar acompanhamento com 100% dos	Promover reuniões periódicas com equipe	Equipe ESF, Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

por DCNT causadas pelo tabagismo	da população tabagista;	fumantes cadastrados nas equipes Prazo: 1 ano	multiprofissional para acompanhamento eficaz dos usuários fumantes	Atenção Básica (NASF-AB), CAPS
Falta de instrumento local para orientar os profissionais na abordagem e atendimento a pessoa tabagista	Criar protocolo municipal de ações e serviços para oferecer tratamento a pessoa tabagista;	Implantar 01 instrumento local para o atendimento a pessoa tabagista Prazo: 1 ano	Criar protocolo municipal atendimento a pessoa tabagista	Enfermeira da ESF, coordenadora de educação permanente, gestor municipal

Figura 1. Fonte: VILARINHO, 2019.

3. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O acompanhamento e gestão do plano operativo será realizado através de instrumentos específicos (livros de frequências de reuniões, aplicação de questionários), avaliação nos relatórios extraídos do sistema E-SUS e os resultados dos indicadores fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI.

Os dados coletados serão repassados para gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Amarante para que sejam analisados junto a coordenação da atenção básica, Equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF, Núcleo Ampliado de Apoio de Saúde da Família - NASF e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para que sejam planejadas ações estratégicas de promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população.

As equipes da ESF deverão realizar encontros, distribuição de material informativo, apresentação de vídeos e rodas de conversas, nas unidades de saúde e nos locais de aglomerações do público alvo. As ações serão registradas com fotos e vídeos que serão divulgadas em um painel de fotos exposto no posto de saúde.

4. CONCLUSÃO

O projeto de intervenção sobre a implantação do programa de combate ao tabagismo na ESF é de grande importância para o município, pois possui o intuito promover a melhoria da

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

qualidade de vida de pessoas tabagistas. Dessa forma, serão utilizadas estratégias através de ações de saúde como reuniões, encontros, grupos de apoio, impactos de grande movimento em locais acessíveis ao público alvo, de cunho preventivo e assim, espera-se alcançar as pessoas tabagistas para oferecer atendimento de qualidade e promover a saúde.

5. REFERÊNCIAS

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

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012 /Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). – Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

_____. **IBGE**. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/amarante/pesquisa/23/25888?detalhes=true. Acesso em: 30 de out. 2018.

CRUZ, J. da; CRUZ J. G. da; BORTOLI, C. de F. C. de. Percepções de gestantes tabagistas sobre malefícios do tabaco durante a gestação. **J Nurs Health**. v 7, n. 2, p.178-87.2017.

FIGUEIREDO, V. C.; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad. Saúde Pública**; 33 Sup 3. 2017.

LENCUCHA, R. et al. As instituições e a implementação do controle do tabaco no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Sup 3. 2017.

MALTA, D. C. et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. **Cad. Saúde Pública**. 33 Sup. 3. 2017.

Manual dia mundial sem tabaco e dia nacional de combate ao fumo 2018 / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organizado por Valéria Cunha. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. 24p.

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Información y Análisis de Salud (HSD/HA): situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington DC 2018; p. 11.

PORTES, L. H. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p.1837-1848. 2018.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V. TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 2. 2018.
RANGEL, E. C. et al. O processo decisório de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 33 Sup 3. 2017.

SÃO JOSÉ, Bruno Piassi de. et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Rev B ras Epidemiol**. mai. v. 20, Sup 1, p. 75-89. 2017.

TURCI, S. R. B et al. Observatório sobre as Estratégias da Indústria do Tabaco: uma nova perspectiva para o monitoramento da interferência da indústria nas políticas de controle do tabaco no Brasil e no mundo. **Cad. Saúde Pública**; 33 Sup 3. 2017.

TEIXEIRA, L. A. da S.; PAIVA, C. H. A.; FERREIRA, V. N. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. **Cad. Saúde Pública.** 33 Sup 3 .2017.

Mariana Martins Gramoza Vilarinho. Pós-graduanda em Saúde da Família. Universidade Federal do Piauí – UFPI. mariana100289@gmail.com
Lorena Uchôa Portela Veloso (professora, falta seus dados)