



Boletim Epidemiológico

Volume 26, número 4

Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde /Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Imunização/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (GVEDNT/ SUVEPI/ SES-GO)

O Programa de controle do tabagismo em Goiás no período de 2020 a 2024 - aspectos do tratamento

Leilinéia Pereira Ramos de Rezende Garcia¹, Selma Alves Tavares de Oliveira²

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Especialista em Vigilância em Saúde e Saúde do Adulto e do Idoso. GVEDNTPS/SUVEPI/SES-GO. Goiânia, GO, Brasil. Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/314909856711484>

²Educadora, mestre em Medicina Tropical e Saúde Pública. Especialista em Epidemiologia e Vigilância em Saúde. GVEDNTPS/SUVEPI/SES-GO. Goiânia. GO, Brasil. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/8240524319452166>

Recebido:24/03/2025
Aceito: 29/05/2025
Publicado: 30/05/2025
Email:
gvedtsuvisa.ses@gmail.com

Descritores: 1. tabagismo 2. controle do tabagismo 3. prevenção do hábito de fumar

INTRODUÇÃO

Segundo Diretriz publicada pela Organização Mundial de Saúde sobre cessação do tabagismo, a epidemia do tabaco é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. Atualmente há 1,25 bilhões de fumantes no mundo, sendo que 80% desse total vive em países de baixa e média renda, como o Brasil, impondo um pesado fardo econômico devido aos adoecimentos e mortes precoces¹.

No cenário brasileiro, estima-se que 428 pessoas morrem diariamente em consequência do tabagismo, e 12,6% de todas as mortes registradas no país estão relacionadas ao consumo de tabaco. Ademais, cerca de 156.216 mortes poderiam ser evitadas anualmente com a cessação desse hábito².

Levando em conta o tamanho continental do Brasil, os desafios decorrentes das disparidades regionais que abrangem aspectos socioeconômicos e culturais, bem como a vasta abrangência das táticas da indústria do tabaco para aumentar o consumo de seus produtos em todo o país, um dos componentes operacionais vitais para o programa de controle do tabagismo tem sido a sua descentralização segundo a lógica do SUS³.

Assim, no país, a abordagem, tanto de forma individual como em grupo, com enfoque no tratamento e prevenção do tabagismo ficam sob a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), regulamentada como local principal de acesso a pessoa tabagista, por suas características de promotora do cuidado integral e longitudinal, considerados componentes necessários para o manejo e controle do tabagismo de forma contínua⁴.

Para tal propósito, foi criado o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), o qual busca reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco, reduzindo o número de fumantes e consequentemente a morbimortalidade. Por meio de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, o PNCT estabelece que a abordagem e o tratamento devem ser realizados prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) devido sua capacidade de descentralização e capilaridade³. Nesse contexto, a Equipe de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia primordial de Atenção à Saúde e propõe-se a reorganizar a APS no Brasil, por oferecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencialidade de ampliação e resolução que possa impactar na situação de saúde dos indivíduos⁴.

Destacam-se como foco das ações a serem desenvolvidas pelo PNCT no âmbito da APS: reduzir a iniciação do consumo de tabaco; proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo; reduzir a aceitação social do tabagismo; aumentar o acesso ao tratamento do fumante; controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco; e monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Dessa forma, o PNCT tem investido no fortalecimento de uma base geopolítica, por meio da qual é articulada uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais para a expansão das suas ações, de forma equitativa e racional em todo o País⁴. Hoje, fazem parte da rede de gerenciamento descentralizado do PNCT, os 27 estados e mais de 3.900 municípios (sendo que em Goiás são 246).

O tratamento do fumante foi inserido na rede do SUS pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Esse plano prevê a inserção da abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso (reposição de nicotina e bupropiona) na rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, incluindo-se aí os seus Centros de Assistência Psicossocial (CAPS)^{5,6}.

A pactuação na CIT definiu, como papel do Ministério da Saúde, o repasse dos insumos (materiais educativos e medicamentos) para o atendimento nos municípios que já tenham unidades de saúde preparadas para essa atividade, o que implica em já terem profissionais

capacitados para esse tipo de atendimento e uma política de restrição ao fumo nas suas dependências⁵.

No Estado de Goiás a abordagem e o tratamento de tabagismo são desenvolvidos priorizando a técnica do aconselhamento estruturado/abordagem intensiva em formato de grupos de cessação. Esta técnica busca compreender os motivos que levam o indivíduo a fumar, e utiliza estratégias para que haja mudanças de crenças e comportamentos, visando não só a cessação do tabagismo, mas também a prevenção de recaídas em longo prazo⁶.

O objetivo deste estudo é descrever os resultados do Programa de Controle do Tabagismo em Goiás nos últimos 5 anos (de 2020 a 2024), verificando assim sua efetividade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa dos atendimentos realizados nos municípios que aderiram ao tratamento do Programa de Controle do Tabagismo no Estado de Goiás, no período de 2020 a 2024.

Considerando que os dados referentes ao Programa de Tabagismo são informados em períodos quadrimestrais pelos municípios e que essa prática foi adotada pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA a partir de setembro de 2017, optou-se por realizar o estudo contemplando os três quadrimestres de cada um dos anos acima referidos, 2020 a 2024.

As informações foram coletadas por meio dos formulários online, elaborados e preconizados pelo INCA/MS, que foram disponibilizados, por quadrimestre, ao Estado de Goiás, via e-mail, o qual repassou aos 246 municípios jurisdicionados para que os responsáveis pelo programa de cada município pudessem preencher ao abrir o link.

Essa ferramenta foi criada com o intuito de coletar os dados de atendimentos do ciclo/quadrimestre atual e estimativas de atendimentos para o ciclo seguinte. Ela não é de uso público e foi desenvolvida para atender aos objetivos do PNCT nos estados e municípios participantes do programa.

As variáveis utilizadas foram: “número de municípios e unidades de saúde que ofertaram atendimento”; “nível de complexidade das unidades de saúde que ofertaram atendimento”; “número de pessoas atendidas por sexo e faixa etária”; “adesão ao tratamento”; “abandono”; “cessação”; “pacientes que utilizaram alguma medicação”.

Para limpeza e análise dos dados, bem como construção dos gráficos e tabela, foi utilizado o software de planilhas eletrônicas da Microsoft - Excel(R). Foi realizada análise descritiva desses dados e os resultados comparados com a literatura padronizada utilizada pelo INCA e pelo Ministério da Saúde acerca desse tema.

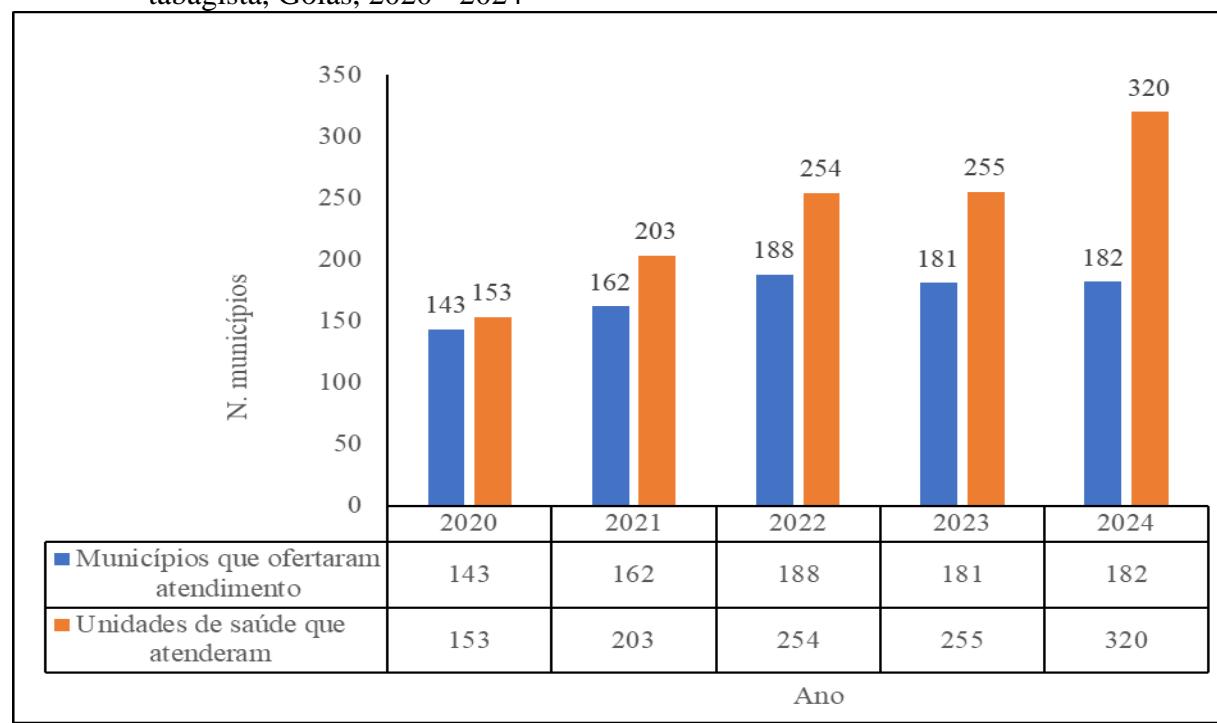
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos anos 2020 a 2024 houve atendimento pelo programa de tabagismo nos 246 municípios de Goiás, contudo, não houve quadrimestre em que todos os municípios estavam atendendo ao mesmo tempo. Houve um rodízio não-programado dos atendimentos.

O ano de 2020 foi o ano em que houve o menor número de municípios atendendo aos usuários tabagistas, consequentemente com menor número de unidades de saúde atendendo. Isso pode ser reflexo da pandemia, quando o programa de tabagismo foi bastante prejudicado⁷. Durante a pandemia da COVID-19, devido às recomendações de restrições e isolamento social, houve uma redução do acesso de toda a população aos serviços de saúde, incluindo ao programa de cessação do tabagismo³.

Com o passar dos anos, houve um crescimento contínuo de atendimentos e o ano de 2024 foi o ano em que mais unidades de saúde (320) ofertaram tratamento para o usuário. (Figura 1)

Figura 1 - Número de municípios e unidades de saúde que ofertaram o tratamento ao tabagista, Goiás, 2020 - 2024



Fonte: INCA/MS (2020-2024)

Há evidências de que o apoio ofertado para cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda é deficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013⁸, dos tabagistas com

idade de 18 anos ou mais entrevistados, 51,1% afirmaram que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores. Do total de fumantes, porém, apenas 8,8% afirmaram ter procurado tratamento com profissional da saúde para a tentativa de cessação. A PNS 2019⁹, aponta que entre os fumantes, quase a metade, ou 46,6% (10 milhões), tentou parar de fumar. Contudo, essa redução foi menor se comparada à de 2013.

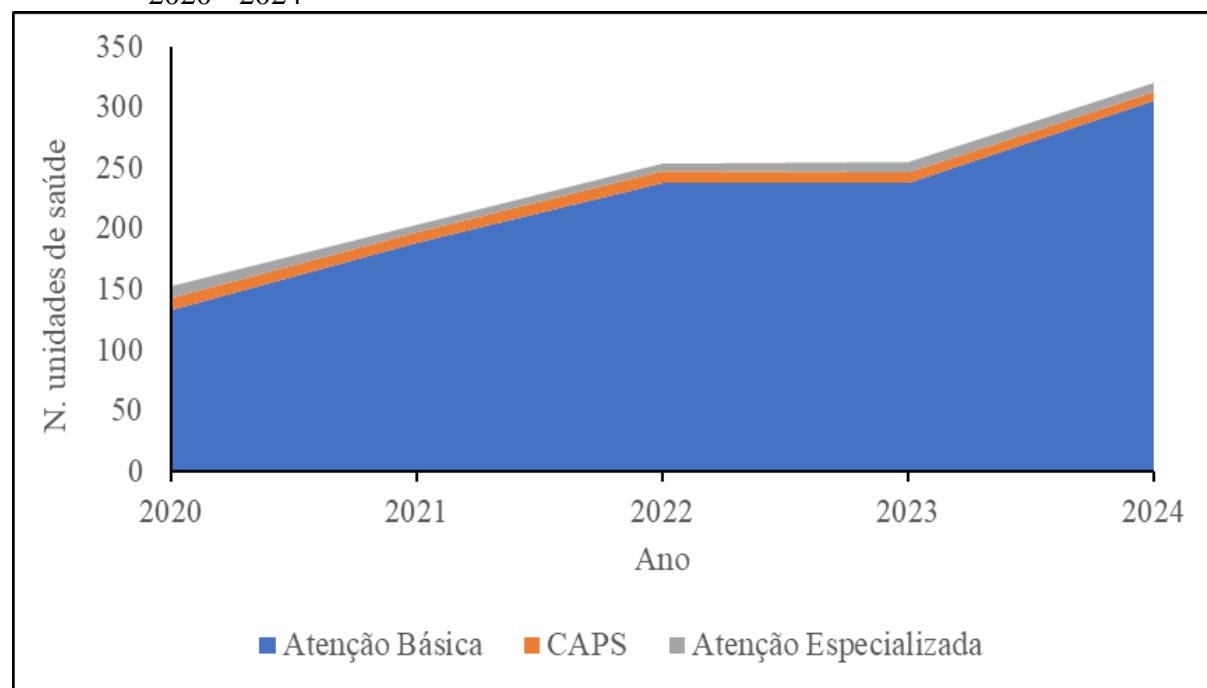
Como resposta a este problema, o acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil tem sido ampliado nos últimos anos, abrangendo as equipes da APS. Entretanto, durante a pandemia da COVID-19, devido às recomendações de restrições e isolamento social, houve uma redução do acesso de toda a população aos serviços de saúde, incluindo ao programa de cessação do tabagismo⁷.

Em Goiás, as ações para o controle do tabagismo vêm sendo descentralizadas do estado para os 246 municípios e fazem parte da rede de gerenciamento descentralizado do PNCT junto com outros 26 estados e mais de 3.800 municípios pelo Brasil. Nesse sentido, no período de 2020 a 2024, o número de unidades básicas de saúde onde houve atendimento variou de 153 em 2020 e foi aumentando até que em 2024 já haviam 320 unidades atendendo. (Figura 1).

O repasse dos insumos aconteceu primeiramente com o envio de informações municipais sobre as estimativas de atendimentos para os quadrimestres do período para o Ministério da Saúde, pela Secretaria de Estado da Saúde. Trata-se de um processo contínuo, onde se busca quadrimensalmente inserir essa ação de forma organizada e cuidadosa, permitindo a vigilância estadual e federal, bem como a avaliação da sua efetividade e de seu custo-benefício.

Com isso, criou-se, no Estado, uma ampla rede de acesso para a abordagem e o tratamento da dependência do tabaco que obedeça a um gradiente de intensidade nos diferentes níveis de complexidade das unidades de saúde que ofertam atendimento, como mostra a figura 2.

Figura 2 - Nível de complexidade das unidades de saúde que ofertaram atendimento, Goiás, 2020 - 2024



Fonte: INCA/MS (2020-2024)

A maior parte dos atendimentos aconteceram nas unidades de saúde da Atenção Básica (AB) do estado de Goiás, o que acontece, também, a nível nacional, pois o SUS prioriza a oferta de tratamento para a cessação do tabagismo, preferencialmente nas unidades da atenção básica de saúde dos municípios (UBS).^{2,3,5}

Como mostra a Figura 2, o tratamento é oferecido também, em CAPS e Unidades da Atenção Especializada (AES), por meio de acompanhamento psicológico, sessões de apoio cognitivo-comportamental e uso de medicamentos específicos, como a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e o cloridrato de bupropiona, conforme preconizado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo⁶. O tratamento é gratuito e visa apoiar a pessoa tabagista na superação da dependência e na melhoria da qualidade de vida.

Segundo a Portaria n.571/2013, § 4º, os medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário¹⁰.

Quanto à distribuição dos usuários do programa de controle do tabagismo em Goiás, segundo o desfecho do tratamento, foram atendidas quase 10 mil pessoas nos 5 anos de recorte do estudo (Tabela 1).

Quadro 1 - Distribuição dos usuários do Programa de Controle do Tabagismo segundo desfecho do tratamento para cessação do tabagismo, Goiás, 2020 - 2024

Desfecho do tratamento	N (%)					
	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Iniciação	1132 (11,36)	1345 (13,50)	2112 (21,20)	2407 (24,16)	2966 (29,77)	9962 (100)
Adesão ao programa	819 (72,34)	900 (66,88)	1476 (69,90)	1806 (75,03)	2022 (68,17)	7023 (70,49)
Abandono do programa	313 (27,65)	445 (33,09)	636 (30,11)	601 (24,97)	944 (31,83)	2939 (29,50)
Cessação do tabagismo	561 (49,59)	469 (34,84)	1112 (52,67)	1129 (46,92)	1239 (41,76)	4510 (45,28)
Uso de medicamentos	1059 (93,54)	1185 (88,11)	1996 (94,53)	2406 (99,96)	2698 (90,96)	9344 (93,80)
UBS que realizaram grupos	153	203	254	255	320	*

Fonte: INCA/MS (2020-2024)

Contudo, esse resultado não se manteve constante. Foram verificados aumentos progressivos nos percentuais de usuários que iniciaram o tratamento de 2020 a 2024 (Tabela 1).

Em 2020, 1132 pessoas iniciaram o tratamento, sendo que a taxa de adesão foi a menor do período (72,34% dos usuários) e 49,59% cessaram o uso de tabaco. Neste mesmo ano, 93,54% utilizaram o apoio medicamentoso e 27,65% dos participantes abandonaram o tratamento.

Apesar de a adesão ser a menor do período, ainda pode ser considerada alta¹¹, acima de 70%. Contudo, pode melhorar se observados e corrigidos alguns aspectos como mostra um estudo realizado no município de Maringá/PR no ano de 2018, que pontuou alguns motivos relacionados a falta de adesão aos grupos de cessação do tabagismo, como a dificuldade de locomoção até a UBS (73,43%), a falta de informação sobre o programa (26,56%) e a incompatibilidade com a rotina ou falta de tempo (17,18%).

Em relação ao ano de 2021, houve aumento no quantitativo de pessoas que iniciaram o tratamento (1.345 pessoas), no entanto houve aumento também no abandono do tratamento, que de 27,65% foi para 33,09%.

Em 2022, quando comparamos com os dois anos antecedentes, houve aumento de pessoas que iniciaram o tratamento, e a taxa de cessação foi a maior do período estudado.

No ano de 2023 foi observado uma maior taxa de adesão ao tratamento da cessação do tabagismo (75,03%). Contudo, não foi o ano em que a taxa de cessação foi a maior. Apenas 46,92% cessaram o consumo de tabaco, sendo que 99,96% utilizaram algum medicamento como apoio para cessação. Esse foi o ano em que mais se utilizou medicamentos para o tratamento do tabagismo no Estado de Goiás. Com relação a taxa de abandono, cerca de 24,97% não concluíram as sessões.

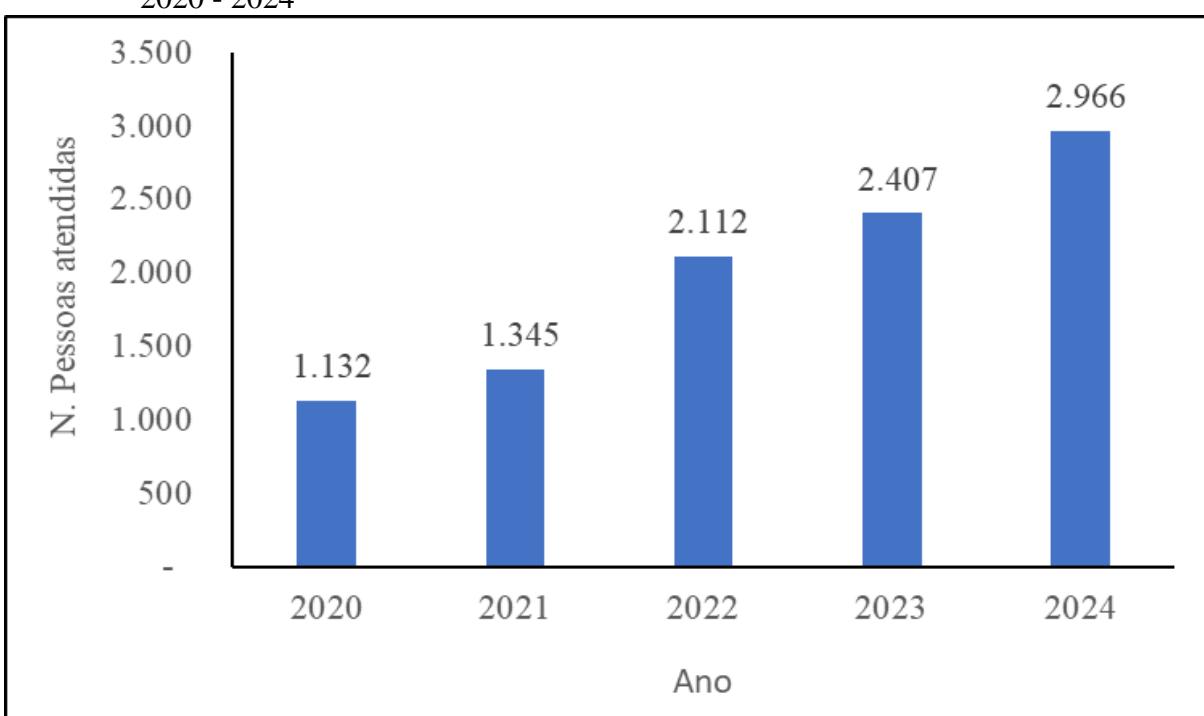
Com relação ao uso de medicação como auxílio ao tratamento, na verdade observou-se uma alta incidência em todos os anos analisados. Sabe-se que o tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de as pessoas tabagistas alcançarem a cessação, e desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo, contribuindo para o alívio e o controle dos sinais e sintomas das crises de abstinência^{2,3,5,7}.

Um estudo sobre os fatores motivacionais para a redução ou cessação do tabagismo e dificuldades enfrentadas neste período, refuta que os sintomas de abstinência são barreiras encontradas pelas pessoas que desejam cessar o consumo do tabaco, reforçando que o uso da terapia farmacológica, como suporte para a cessação do tabagismo é primordial para o sucesso do tratamento, principalmente quando associada as intervenções comportamentais¹².

Destaca-se que o número de pessoas que fizeram uso de algum tipo de medicamento é relativamente maior ao número de participantes que concluíram o tratamento e alcançaram a cessação do tabagismo. Isso mostra que essas pessoas iniciam, tiram o medicamento e em seguida abandonam o tratamento.

O ano de 2024 foi o que teve maior taxa de iniciação, talvez por ter sido o ano em que mais unidades de saúde ofereceram atendimento (Tabela 1). Dos 9.962 usuários atendidos em Goiás no período estudado, quase 3 mil usuários foram atendidos em 2024, ou seja 29,77% (Figura 3).

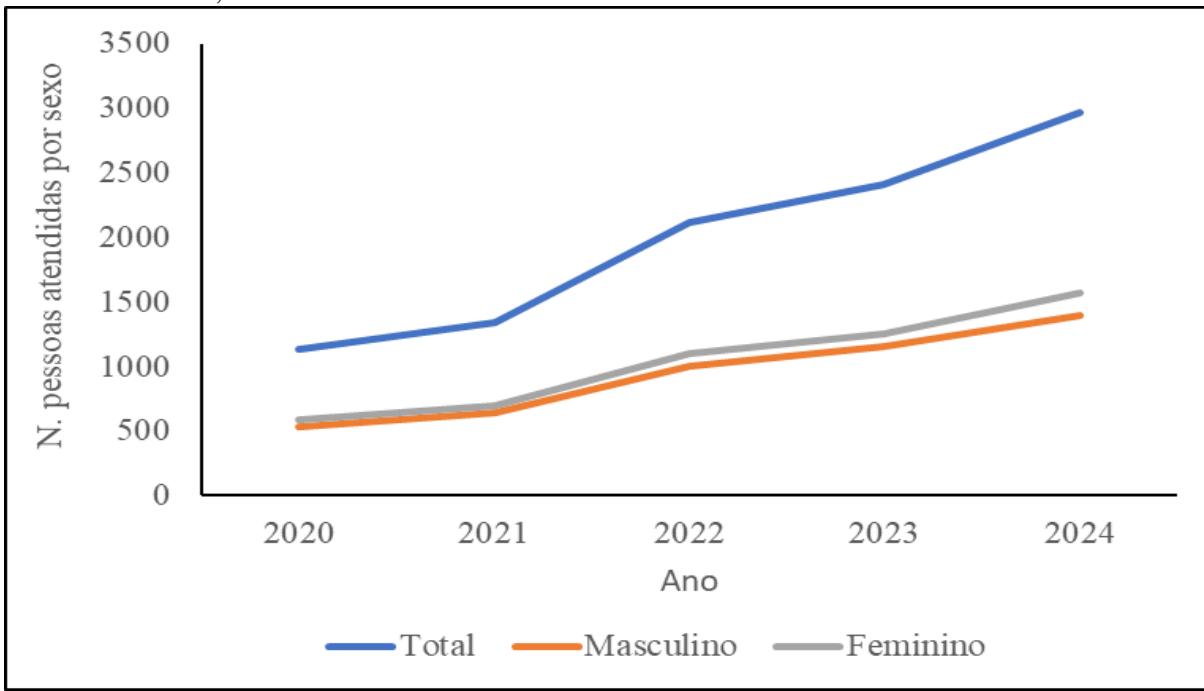
Figura 3 - Número de pessoas atendidas pelo Programa de Controle de Tabagismo, Goiás, 2020 - 2024



Fonte: INCA/MS (2020-2024)

A maioria desses usuários que procuraram atendimento foram do sexo feminino (Figura 4).

Figura 4 - Número de pessoas atendidas pelo Programa de Controle de Tabagismo por sexo, Goiás, 2020 - 2024



Fonte: INCA/MS (2020-2024)

A diferença entre os sexos, no que diz respeito à taxa de procura pelos serviços de saúde, ocorre devido a marcas culturais e sociais da concepção do gênero. Nesse viés, no que diz respeito ao sexo masculino, para muitos homens, a demonstração de fragilidade ou adoecimento físico produz consequências negativas, que podem acarretar em desmerecimento social¹³.

Pesquisas indicam que os homens são menos propensos a procurar serviços de saúde, particularmente em ambientes de atenção primária, devido ao fato de eles associam o comportamento de busca por saúde à fragilidade feminina e ao estigma do machismo^{13,14}. Fatores que contribuem para essa relutância incluem medo, impaciência, restrições de tempo e a crença de que são fortes o suficiente para lidar com problemas de saúde de forma independente. Esse comportamento geralmente faz com que os homens busquem atendimento médico apenas quando as doenças progrediram para estágios avançados, levando ao aumento da demanda por cuidados secundários e terciários^{14,15}.

Ademais, os fatores institucionais e estruturais representam barreiras significativas. A acessibilidade limitada aos serviços de saúde, com horários de funcionamento que frequentemente conflitam com a jornada de trabalho, contribui para o adiamento da busca por ajuda até estágios avançados de doenças¹⁵.

Já em relação as mulheres, tem-se que essas são ensinadas a cuidar da sua saúde desde cedo, devido, por exemplo, à concepção social de que o corpo feminino é frágil e mais predisposto ao adoecimento^{13,14}.

Tal contraste entre os sexos, segundo os mesmos autores, sinaliza a necessidade da implementação de medidas que visem o maior alcance da população masculina pelos serviços de saúde, sobretudo no que se refere a cessação do uso do tabaco. A análise desses determinantes revela a necessidade de estratégias que promovam a equidade de gênero no acesso aos serviços de saúde¹⁶. É fundamental desconstruir estereótipos de masculinidade, flexibilizar horários de atendimento, e considerar o contexto socioeconômico dos indivíduos.

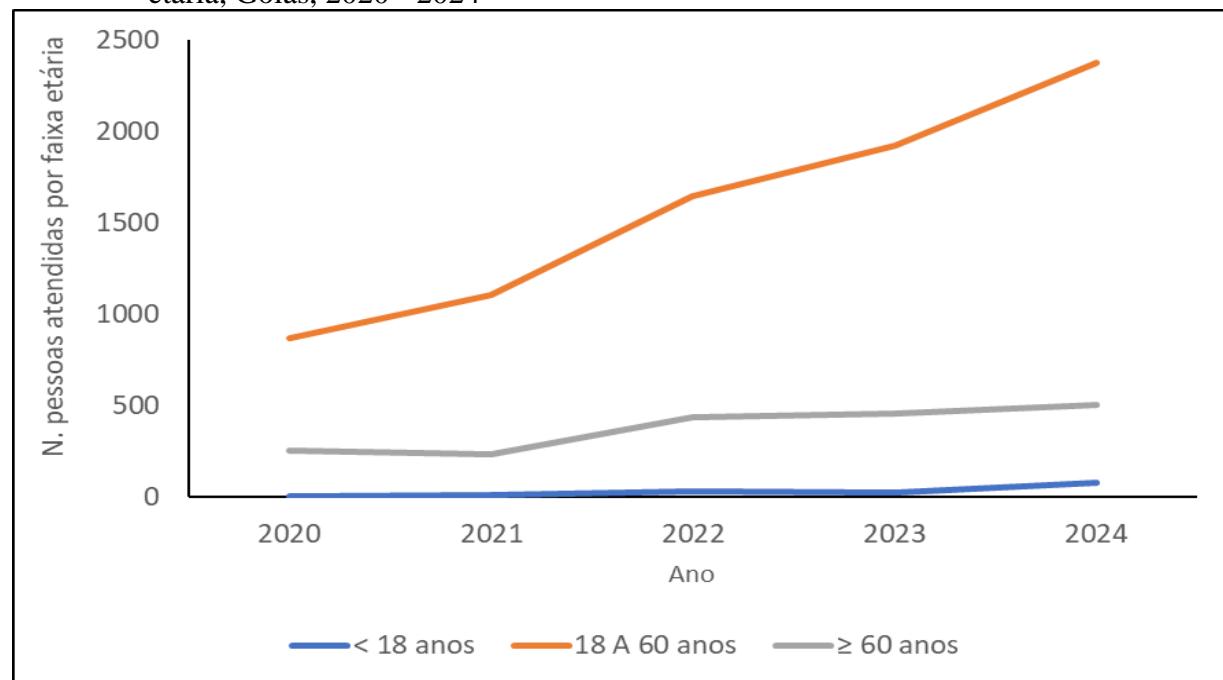
Além disso, somando aos fatos que motivam a organização e aplicação de ações voltadas para os homens, vale ressaltar que, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde⁹, a prevalência do uso do cigarro na população masculina é superior à da população feminina, fato que foi apontado por pelo MS no mesmo ano, 2019, com base em dados do Vigitel¹⁷.

Nesse cenário, dentre as medidas passíveis de serem tomadas, ganham destaque as ações de educação em saúde voltadas para a população masculina. Essas ações, dentre outras características, em seu planejamento e ao serem implementadas, devem levar em consideração toda complexidade sociocultural que norteiam a atenção a saúde aos indivíduos do sexo

masculino. Além disso, também devem lançar mão dos mais variados meios de comunicação e tecnologia da informação, assim como destacado por Pinto¹⁸ e Carlotto¹⁹, de maneira a atuar de forma efetiva na promoção da saúde masculina a partir da quebra de tabus/estigmas e ampliação da procura/acesso aos serviços de saúde.

No que se refere à idade, tem-se que a população que buscou o programa era majoritariamente composta por pessoas com idade entre 18 e 60 anos, em todos os anos estudados (Figura 5).

Figura 5 - Número de pessoas atendidas pelo Programa de Controle de Tabagismo por faixa etária, Goiás, 2020 - 2024



Fonte: INCA/MS (2020-2024)

Diante do exposto, cabe destacar que oferecer tratamento para as pessoas que desejam parar de fumar é uma das ações estratégicas do PNCT que tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de produtos derivados do tabaco no País. Desta forma é importante formar profissionais com base em evidências científicas para que possam oferecer o suporte necessário para a cessação do tabagismo no SUS.

A Secretaria de Estado da Saúde oferece capacitações periódicas aos profissionais de saúde de acordo com os protocolos estabelecidos pelo MS, abordando o contexto do tabagismo, o que incluem desde a abordagem ao usuário tabagista, a sintomatologia e as metodologias preconizadas para o tratamento e o desenvolvimento dos grupos. Além disso, os

profissionais de saúde são orientados quanto ao uso correto dos medicamentos, seguindo o protocolo clínico de diretrizes terapêuticas (PCDT).

CONCLUSÃO

A análise sobre os desfechos do tratamento para a cessação do tabagismo oferecido pelas UBS participantes do programa no Estado de Goiás permitiu identificar que o tratamento é centralizado na oferta de medicamentos, uma vez que quase todos os usuários fazem uso de pelo menos um tipo de medicação nos grupos de apoio a cessação do tabagismo conduzidos por profissionais de saúde capacitados.

Adicionalmente, apontou-se para uma boa efetividade, no entanto precisa melhorar o acesso, especialmente na APS. Observou-se também um aumento progressivo no abandono, ou seja, uma diminuição de usuários que iniciaram tratamento para o tabagismo nos municípios e não finalizaram as sessões até o fim do tratamento.

Foi verificado que as mulheres procuram mais o serviço de saúde para tratamento de tabagismo, e para abordar esta questão, os profissionais de saúde precisam implementar estratégias direcionadas, incluindo iniciativas educacionais e divulgação ativa, para incentivar a participação dos homens nos serviços de saúde primários. Além disso, políticas públicas que incentivem a participação masculina no cuidado à saúde familiar podem contribuir para a mudança desse cenário.

Desta forma, recomenda-se investimentos dos gestores e dos profissionais de saúde da APS na melhoria deste tratamento, considerando a necessidade emergente a assistência a população tabagista, visto as consequências que o hábito de fumar acarreta aos usuários e ao sistema de saúde a longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (WHO) clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [acesso 2025 Mar 28]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/377825>.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Brasília, DF; 2020 [acesso 2025 Mar 28]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>.
3. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para a pessoa com doença crônica, o cuidado da pessoa tabagista. Cadernos de Atenção Básica, n. 40. Brasília, DF; 2015. p. 55-60.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [acesso 2025 Jan 18]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

-
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1035, de 31 de maio de 2004. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS. Brasília; 2004.
 6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2016.
 7. Abreu ES, de Grillo LP, Mezadri T, Pagnossin DF, Moraes A de JP de, Kessler RMG. Prevalência de Tabagismo nas Macrorregiões Brasileiras no Período Pré e Pós Pandêmico. Rev. Contemp. [Internet]. 2024 Mar 26 [acesso 2025 Jan 15];4(3):e3110. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/3110>.
 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. p. 31-34.
 9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019 [Internet]. [acesso 2025 Mar 29]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.
 10. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. 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, DF; 2013.
 11. Pires GA, Charlo PB, Marques FR, Covre ER, Paiano M, Salci MA. Análise do programa de controle do tabagismo em um município de médio porte do Paraná. Saúde Coletiva (Barueri). 2021;11(67):6789-800.
 12. Pereira MO, Assis BCS de, Gomes N de MR, Alves AR, Reinaldo AM dos S, Beinner MA. Motivation and difficulties to reduce or quit smoking. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2025 Mar 20];73(1): e 20180188. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0188>.
 13. Costa-Júnior FMD, Couto MT, Maia ACB. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro). 2016; (23): 97-117.
 14. Silva PHG da, Santana VCL de, Pessoa RG dos S, Silva AIF da. Avaliação da resistência masculina na busca por serviços de saúde. RSD [Internet]. 2023 Mar 10 [acesso 2025 Mar 20];12(3): e19912340356. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/40356>.
 15. Lima AK de S, Helfstein DR. A não adesão aos serviços de atenção básica pelo público masculino. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2023 Oct 23 [acesso 2025 Mar 20]; 6(5): 25589-604. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/64157>.
 16. Claudino LMO, Abreu MNS. Analysis of smoke cessation rate and profile of former smokers living in Belo Horizonte and Metropolitan Region. Einstein (São Paulo). 2014; 12(1): 90-5.
 17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL): Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019. Brasília, DF; 2020.
 18. Pinto ACS, Scopacasa LF, Bezerra LL, Pedrosa JV, Pinheiro PN. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. Rev. enferm. UFPE on line. 2017; 11(2): 634-44.
 19. Carlotto IN, Dinis MA. Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na Promoção da Saúde: Considerações Bioéticas: Information and Communication Technologies (ICTs) in the health promotion: Bioethics considerations. Saber & Educar. 2018; (25): 1-10.