

TABAGISMO COMO IMPORTANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Melquíades Rebouças Lessa¹
Fabiana Pereira Campos²

RESUMO

O tabagismo é um importante fator de morbidade, sendo uma das causas de mortalidade evitáveis no mundo. Como principal precursor dos males pulmonares, o tabagismo, foi disseminado pelas tribos indígenas e depois pela sociedade mundial acreditando-se ser portador de efeitos medicinais, porém, posteriormente comprovado pela medicina um importante agressor ao aparelho respiratório, levando a instalação de lesões pulmonares irreversíveis. Um dos métodos utilizados com maior frequência para a realização de estimativas nacionais é o do custo da doença, que inclui os custos diretos e indiretos e podem ser analisados usando-se estudos de prevalência ou incidência, pois atualmente na sociedade o tabaco tem expressão significativa no seu consumo, apesar das várias campanhas políticas e de conscientização, quanto aos seus malefícios à população. O objetivo deste estudo é elucidar o envolvimento do tabagismo na saúde da população e principalmente suas repercussões na sociedade atual.

Palavras chave: Saúde Coletiva, Tabagismo e Sociedade.

ABSTRACT

Smoking is an important factor of mortality, one of the causes of preventable mortality in the world. As the main precursor of lung ailments, smoking has been disseminated by Indian tribes and later by the world society believed to be carrying medicinal effects, but later proved a major offender in medicine to the respiratory tract, leading to installation of irreversible lung damage. One of the most frequently used methods for the realization of national estimates is the cost of the disease, which includes direct and indirect costs and can be analyzed using studies of prevalence or incidence, as now carried on by tobacco has significant expression in consumption, despite various political campaigns and awareness as to their danger to the population. The aim of this study is to elucidate the involvement of smoking on health of the population and especially its impact on society.

Keywords: Health, Smoking and Society.

¹ Aluno do curso de Especialização em Saúde Coletiva, graduado em fisioterapia. Email: lessa.m@hotmail.com

² Enfermeira orientadora, Especialista em Saúde Coletiva. Email: fabiana.campos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Poderes maravilhosos, mágicos que levam a purificação, contemplação, proteção e ao fortalecimento dos ímpetus guerreiros, bem como o poder de predizer o futuro. Assim era o tabaco visto e difundido pelos Astecas nas cerimônias religiosas^{1,2}.

A história do tabaco inicia-se no século X a.C onde houve seu consumo pelos índios^{1,2,3}, e chegando na Europa, após longo tempo, no século XVI^{1,2}. Foi consumido sob diversas formas: cachimbo no século XVII; rapé e tabaco mascado no século XVIII; charuto no século XIX e finalmente o cigarro já no século XX^{4,5,6}. O uso do tabaco durante muitos séculos foi difundido das Américas para o mundo^{3,7,8}, onde acreditava-se, em muitas culturas antigas, como sendo remédio para males diversos, ou seja, pela crença de ser uma erva dotada de poderes medicinais^{7,8}. No início do século XX houve a explosão do consumo de cigarros associados à imagem de beleza, sucesso e riqueza, em um processo agressivo de propaganda e “marketing”^{3,6}, consolidando, com o passar dos tempos, a potência econômica das indústrias fumageiras³.

Até a primeira metade do século passado foram poucas as advertências sobre a nocividade de fumar, pois reinavam dúvidas ou mesmo descrenças sobre os perigos do tabagismo^{1,2}. Durante a década de 50 começou a aparecer relatórios sobre os perigos do tabaco e sua gravidade como problema de saúde pública, e hoje a medicina sabe por métodos científicos, que o tabagismo é fator de risco em graus variáveis ao aparelho respiratório², e a maior causa de morbidade e mortalidade^{7,9,10}.

O fumo, pela estatística, é responsável por 30% das mortes por câncer, 90% por câncer de pulmão, 25% por doenças coronarianas, 25% por doenças cerebrovasculares e 90% por mortes de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)¹¹. Tendo em vista todo este contexto e as evidências provenientes de estudos e dados demonstrando a efetividade de diferentes medidas para controle do tabaco, consolida que a epidemia do tabagismo é um problema de saúde coletiva globalizado, que transcende fronteiras de países onde evidenciam medidas intersetoriais comprovadamente efetivas para controlar a sua expansão, e de que a eficácia dessas medidas depende de uma ampla cooperação internacional¹².

O intuito desta pesquisa de revisão bibliográfica constituída por 32 artigos em português, inglês e espanhol é elucidar a relação do tabagismo na sociedade brasileira atual e como essa interação pode repercutir na saúde da população.

METODOLOGIA

Para respaldar esse estudo, foi feita uma pesquisa bibliográfica na fonte de livros, internet LILACS, BIREME que segundo Lakatos e Marconi (2001) tem como características uma revisão da literatura sobre o tema sem manipulá-los. Proporcionar maiores informações sobre determinado assunto, portanto a pesquisa, na maioria dos casos, constitui um trabalho preliminar ou preparatório para outro tipo de pesquisa, onde através dela será possível apresentar a importância do tabagismo na saúde pública.

REFERÊNCIAL TEÓRICO

DEPENDÊNCIA AO TABACO

O tabaco, a cada ano mata cerca de 3 milhões de pessoas em todo o mundo, e ainda permanece com prognóstico sombrio para o futuro. Se não for revista essa tendência nos próximos 30 a 40 anos, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo 70% delas nos países em desenvolvimento⁴.

Apesar do volume de cigarros queimados no país cair 32% em dez anos, segundo pesquisa do Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se atualmente no Brasil, que, a cada ano o cigarro mata precocemente cerca de 80.000 pessoas ou 8 a cada hora². Sendo assim, a mortalidade é associada ao grau elevado da dependência química do tabagista.

A fumaça do cigarro é um dos meios pelo qual essa dependência se estabelece. Possui mais de 6.700 componentes químicos, porém 4.720 identificados e bem conhecidos, onde essas substâncias químicas, isoladas do fumo e do condensado do cigarro, quanto aos seus efeitos biológicos e tóxicos, estão em cinco grupos: substâncias adventícias; monóxido de carbono; irritantes da mucosa respiratória; compostos cancerígenos e a nicotina e seus derivados como importantes entre outros^{13,14}.

A nicotina (nicotina tabacum) é um alcalóide vegetal e sua fonte principal é a planta do tabaco. É considerada como droga pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sendo psicoativa, reforçadora da motivação de fumar e com desenvolvimento de tolerância no fumante. Já o monóxido de carbono dificulta a oxigenação sanguínea, e diminui o aporte de

sangue para alguns órgãos por ter afinidade com a hemoglobina formando o complexo carboxihemoglobina. O alcatrão é composto por mais de 40 substâncias carcinogênicas entre elas o arsênio, níquel, benzopirena entre outras^{2,15,16}.

Ao cigarro ainda são incrementados vários expedientes como amônia, que aumenta a interação com os açúcares deste, elevando a liberação da nicotina².

Segundo o IV Manual de Diagnóstico Estatístico da Associação Psiquiátrica Americana os critérios para a dependência de substâncias psicoativas como a nicotina são: usar a substância em quantidades maiores ou por um período de tempo maior que o pretendido; tentativas ou desejo persistente em reduzir ou parar de usar a substância; gastar muito tempo para a obtenção da droga; prejuízo das atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais por causa do uso da substância; persistência no uso da nicotina a despeito do conhecimento de que está causando prejuízo físico e psicológico; desenvolvimento de tolerância, onde a mesma quantidade da dose torna-se menos eficaz com o uso continuado, e presença de sintomas de abstinência^{17,18}.

A dependência ao tabaco inicia-se um mês após as primeiras tragadas, devido às causas físicas e psicológicas. No organismo, a absorção da nicotina é em média 1,0mg por cigarro, fazendo com que após uma tragada a nicotina chegue ao cérebro rapidamente, atravessando a barreira hematoencefálica facilmente entre 7 a 19 segundos, e se distribui por todas as estruturas. Atingindo o sistema mesolímbico dopaminérgico, libera grandes quantidades de dopamina, produzindo o estado prazeroso que escraviza o tabagista. Chega simultaneamente no mesencéfalo e une-se a receptores pré-sigmáticos neuromusculares. Ocorre também ação sobre os receptores nicotínicos colinérgicos, podendo atuar sobre o desempenho cognitivo. Esse complexo todo caracteriza o estado nicotino dependência, definido pela OMS, podendo causar ainda distúrbio mental e do comportamento¹⁶.

A metabolização sofrida pela nicotina acontece em sua maior proporção no fígado e em menor grau nos pulmões. Sua excreção se dá naturalmente pelos rins por filtração glomerular e secreção tubular dependendo do pH².

O ato de deixar de fumar (suspensão da nicotina), imediatamente desenvolve a síndrome de abstinência, caracterizada por irritabilidade, distúrbio do sono, forte desejo de fumar, tonturas, entre outros. Os sintomas desaparecem após duas tragadas de fumo e se instala posteriormente um estado de euforia.

Sem qualquer dúvida, o fumo contribui muito no sentido de causar e exacerbar doenças pulmonares como o câncer de pulmão, DPOC, entre outras, pois aproximadamente

uma de cada duas pessoas que fumam 50% acabam desenvolvendo a doença. Porém, nunca é tarde para abster-se do fumo, visto que a nicotina com outros compostos produzem dependência e efeitos deletérios ao sistema respiratório, no entanto, sua suspensão, mesmo que tardia, pode trazer benefícios evidentes ao fumante e a sociedade.

SOCIEDADE E O FUMO

O fumo é, hoje, a principal causa de enfermidades evitáveis e incapacidades prematuras e chegará a ser a primeira causa de morte evitável no século XXI¹⁹.

Apesar de todo o conhecimento científico acumulado sobre o tabagismo como fator de risco de doenças graves e fatais, sobre a sua própria condição de doença crônica ligada à dependência da nicotina, e embora o consumo de tabaco, sobretudo de cigarros, venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o consumo global aumentou. Cerca de 50% foi durante o período de 1975 a 1996, às custas do crescimento do consumo em países em desenvolvimento. Nesse período, o consumo cresceu 8% na China, 6,8% na Indonésia, 5,5% na Síria e 4,7% em Bangladesh^{12,19}.

Atualmente, muito se tem discutido sobre o fumo²², porém mais de um bilhão de pessoas são fumantes no mundo e na década de 2030 estima-se que esse total poderá chegar a dois bilhões. A maioria destes fumantes estará nos países em desenvolvimento¹. O impacto sobre a saúde decorrente do uso do tabaco é bem conhecido: responsável por 90% dos tumores pulmonares, 75% das bronquites crônicas, 25% das doenças isquêmicas do coração entre outras^{20,21}.

Pesquisas realizadas pela Fundação Getúlio Vargas mostraram que a indústria do fumo movimentava aproximadamente US\$ 5,3 bilhões/ano no Brasil, produzindo receita fiscal de cerca de US\$ 3,8 bilhões, gerando faturamento e empregos, que não compensam os prejuízos causados à saúde dos fumantes e dos gastos com a assistência às suas vítimas. No país tem 30,6 milhões de fumantes, sendo que 2,7 milhões entre crianças e adolescentes até 19 anos²².

Segundo a legislação brasileira o país dispõe de um histórico amplo de diretrizes que regula o uso do fumo, constituindo leis para conter o avanço do tabaco. Dentre elas iniciadas pela Resolução Nº 440/71 de 26/03/1971 não permitindo o uso do fumo durante reuniões de Diretoria, do Plenário e Comissões do Conselho Federal de Medicina; Lei Federal Nº 7.488/86 instituiu o dia 29 de agosto como o "Dia Nacional de Combate ao Fumo";

Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, no seu Art. 220, § 4º, estabelece que "a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos, e terapias estará sujeita à restrição legal; 1987 o Brasil instituiu o "Dia Mundial sem Tabaco" em 31 de maio e em 1989 a Organização Mundial da Saúde estendeu a sua comemoração a todo o mundo; Lei Nº 8.069/90, no Art. 81, § 3º e no Art. 243, diz que "é proibida a venda a crianças ou adolescentes de produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida", como os produtos do fumo; 8/8/1990, o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.050/90, estabelece medidas advertindo os malefícios do fumo à saúde, dispõe sobre sua publicidade, proíbe ou restringe o seu consumo em determinados locais; Lei Federal Nº 9.294/96 busca a preservação do ar nos ambientes internos e a proteção aos não fumantes, proibindo o fumo em recinto privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente; Portaria Nº 2.818/98 de 28/5/1998 do Ministério da Saúde, institui o Programa "Ministério da Saúde Livre do Cigarro"; 27/8/1999 o Presidente da República através do Decreto Nº 3.157, dá nova redação ao Art. 5 da Lei Nº 9.294/96, sendo: "nas aeronaves e veículos coletivos, somente será permitido fumar, em cada trecho, após uma hora de viagem e desde que haja nos referidos meios de transporte área que atenda a especificação do inciso IV do Art. 2 deste Decreto"; Lei Nº 10.167 de 27/12/2000, altera dispositivos da Lei Nº 9.294/96, que dispõe sobre restrição ao uso e a propaganda de produtos fumígenos; 3/4/2003 a Medida Provisória do Governo Federal Nº 118, para atender a questões definidas na Lei Nº 9.294 de 15/06/1996, que dispõe sobre restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, suspendeu até 31/7/2005, em eventos esportivos internacionais, que não tenham sede fixa em um único país e sejam organizados ou realizados por instituições estrangeiras, a proibição do patrocínio e da vinculação de propaganda de tabaco nas competições^{22,23,24}. Assegurando assim, uma forte arma a favor da redução do consumo do fumo no país.

As Leis, estabelecidas pelos poderes executivos e legislativos, devem ser acatadas e obedecidas, para que realmente faça valer o respeito e a cidadania em toda sua magnitude^{23,25}. Cabe ressaltar ainda que a legislação visa prevenir, além das consequências à saúde, os enormes custos sociais, econômicos e ambientais, principalmente nas economias em desenvolvimento como o Brasil^{24,26,27}.

Ademais, há dificuldades de se obter os dados de morbidade e de custos, pois o hiato entre o início da exposição e o diagnóstico da patologia pode levar vinte anos^{28,29,30}.

Na tentativa de desagregar todos os custos atribuídos ao tabagismo, duas grandes categorias - tangíveis e intangíveis - foram definidas a fim de estimar a amplitude do seu impacto sobre a economia, a sociedade e os indivíduos individualmente. Os custos tangíveis (mensuráveis) recaem sobre o sistema de saúde, a produtividade laboral, o sistema previdenciário (devido às pensões e aposentadorias precoces) e o meio ambiente (devido à poluição ambiental gerada pela fumaça e ao processo de cura da folha de tabaco, e ao uso intensivo de agrotóxicos, responsáveis pela degradação de florestas e do solo). No que se refere aos custos intangíveis, são com frequência eleitos como os mais importantes a morte e o sofrimento de fumantes, ex-fumantes e de seus familiares^{28,31}.

Portanto, a magnitude dos custos devido ao consumo de derivados do tabaco é significativa e impõe uma carga importante tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. Estimativas conservadoras indicam que os custos em saúde atribuíveis às doenças associadas ao tabagismo alcançam em termos globais cerca de US\$ 200 bilhões por ano, sendo a metade em países em desenvolvimento. Ainda, os custos gerados somente pela prestação de serviços de saúde podem variar de 0,1% a 1,5% do Produto Interno Bruto (PIB) em países de alta renda. Ademais, tais custos variam de 6% a 15% das despesas nacionais com saúde e, para todas as faixas etárias. O custo médio da assistência aos fumantes supera o de não-fumantes. Nas economias menos desenvolvidas essas informações estão pouco disponíveis, porém estima-se que proporcionalmente os custos da assistência médica são tão elevados quanto os verificados nas economias industrializadas²⁵.

Considerando a política pública de controle do tabagismo, é necessário que seus formuladores ampliem o reconhecimento sobre a extensão da carga atribuída a esse fator de risco^{30,31}, auxiliando no planejamento e na tomada de decisão sobre a alocação de recursos no interior do sistema de saúde³¹.

Muitas das ações comprovadamente eficazes e recomendadas pela Assembléia Mundial de Saúde para o controle do tabagismo fogem ao escopo da governabilidade direta do Ministério da Saúde. Dessa forma, embora o setor saúde não tenha o poder direto de realizar muitas dessas ações, tem trabalhado para promover e mediar ações intersetoriais para controle do tabaco pela mobilização de medidas legislativas, econômicas, educativas e promoção de apoio à cessação de fumar^{31,32}.

DISCUSSÃO

Mesmo sendo o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco, o Brasil tem conseguido desenvolver ações para controle do tabagismo fortes e abrangentes, o que tem lhe conferido o reconhecimento de liderança internacional nessa área (American Cancer Society, 2003).

O inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizado pelo Ministério da Saúde em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal entre 2002 e 2003 mostrou que a prevalência total na população acima de 15 anos foi de cerca de 19%, variando de 13% em Aracaju a 25% em Porto Alegre (Ministério da Saúde, 2004a). Em 1989, a prevalência de fumantes era de 32%, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição do IBGE.

Corroboram esses dados o monitoramento do consumo per capita de cigarros no Brasil, realizado pelo INCA, que caiu em torno de 33% entre 1989 e 2004, mesmo computando-se as estimativas de consumo de produtos provenientes do mercado ilegal.

Por outro lado, muitas ainda são as dificuldades a serem enfrentadas. Dados do Inquérito sobre Tabagismo entre escolares (Vigescola), realizado pelo INCA entre 2002 e 2003 envolvendo estudantes de 13 a 15 anos de idade em 12 capitais brasileiras, mostraram que a experimentação de cigarros até os 13 anos de idade variou no sexo masculino de 58% em Fortaleza a 36% em Vitória, e, no sexo feminino, de 55% em Porto Alegre a 31% em Curitiba. A prevalência de experimentação foi maior entre meninos do que entre meninas em todas as capitais pesquisadas exceto em Porto Alegre e em Curitiba, onde se observou uma relação inversa. O Vigescola também demonstrou que 40% a 50% dos escolares relataram que compram cigarros em lojas, botequins ou em camelôs e que entre 76% a 97% deles não foram impedidos de comprar cigarros nesses espaços devido a sua pouca idade (Ministério da Saúde/INCA 2004b).

Essas informações, somadas ao fato de que o cigarro brasileiro é um dos mais baratos do mundo, colocam grandes desafios que precisam ainda ser enfrentados para o controle do tabagismo no Brasil. O fácil acesso físico e o preço baixo são, juntos, fatores potencializadores da iniciação (Guindon *et al.*, 2002).

Esse cenário é agravado pelo amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por cerca de 35% do consumo nacional, inserindo no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

Ainda morrem no país cerca de 200.000 pessoas por ano, provavelmente como consequência dos efeitos tardios da expansão do consumo de tabaco, que teve início nas décadas de 50 e 60

do século passado, e atingiu o seu apogeu na década de 1970 (PAHO, 2002). O câncer de pulmão é o tipo de câncer que mais mata homens no Brasil, e a segunda causa de morte por câncer entre as mulheres. As taxas de mortalidade por câncer de pulmão têm aumentado em maior velocidade entre as mulheres do que entre os homens (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

Constantes desafios colocados por grandes corporações transnacionais de fumo instaladas no Brasil

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou os efeitos deletérios do tabagismo no sistema respiratório e na sociedade, e é certamente um hábito passível de modificação. Assim, são essenciais as campanhas educativas e a legislação no que diz respeito à mudança no estilo de vida que se constitui em hábitos e comportamentos socialmente determinados, e não é uma questão apenas de responsabilidade individual, e sim coletiva.

Aprimorar a qualidade e aumentar o quantitativo de pesquisas pode fortalecer os argumentos dos gestores acerca da carga econômica, e os prejuízos a saúde que o tabagismo impõe ao país. Subsidiar a implantação de novas ações e estratégias, como a responsabilização da indústria do tabaco, é um importante fator a considerar no combate ao fumo no mundo.

Entretanto, a relevância do tabagismo reporta a construção de novos estudos em que na sociedade possa ser apontado não só como um problema a nível curativo, mas sim de repercussão também prevencionista e inteiramente social.

REFERÊNCIAS

1-ROSEMBERG, J. **Alguns aspectos marcantes e pitorescos da fabulosa trajetória do tabagismo**: s.n.t., p.26, 1996.

2-ROSEMBERG,J. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: S.E.S., p.184, 2002.

3-BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE CÂNCER (COMPEV). **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Rio de Janeiro, p. 23, 2001.

4- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA) COORDENAÇÃO NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO E PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE CÂNCER (CONTAPP). **Falando sobre tabagismo**. 3ed. Rio de Janeiro, p.71, 1998.

5-COSTA, M. **Tabagismo: principal fator de risco da doença pulmonar obstrutiva crônica e suas prevenções**. Recife de: C.M., p.14, 2001 (TCC de conclusão de curso de pós graduação em fisioterapia cardiopulmonar UFPE).

6-PERSHAGEM, G. Smokeless tobacco. **British Medicinal Bulletin**, v.52, n.1, p.50-56,1996.

7-GIGLIOTTI, A. BONETTO, D. ALVES, J. et al. Pulmão e tabagismo. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.77, n.2, p.54-56, agosto, 1999.

8-PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Smoking and health in the Americas**. A 1992 report of the surgeon general in collaboration with the Pan American Health Organization. Atlanta, 1992.

9-CONSELLERIA DE SANIDADE E SERVIÇOS SOCIAIS. DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Programa para deixar de fumar por correo**. Santiago, p.1-11, 1999.

10-HALL, Weight gain prevention na smoking cessation: cautionary findings. **American Journal of Health Public**, v.82, n.799-803, jun, 1992.

11-DE CARVALHO, J. **O tabagismo visto sob vários aspectos. Medsi**, p.142, 2000.

12-CAVALCANTE, M. T. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, n.5, set/out, 2005.

13-ACHUTTI, A. **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro comunicação, p.92, 2001.

14-ROSEMBERG, J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. 2ed., São Paulo, Almed, 1987.

15-POLL, W. GOSIN, C. CROOKS, P. et al. Nicotine recemisation during cigaret smoking. **Toxicologist**, v.5, p.232, 1985.

16-ROSEMBERG, J. Nicotina. **Lab. Biossintético**, p.32, 1996.

17-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

18-LARANJEIRA, R. A. Dependência da nicotina. **Psiqu. Prat. Med.**, v.33, n.2, p9-16, 2000.

19-MALCON, M. C. MENEZES, A. M. CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1 São Paulo, Fev. 2003.

20-MACKAY J. ERIKSEN, M. The tobacco atlas. Geneva: **World Health Organization**; 2002.

21- FILHO V. W. MIRRA A. P.LÓPEZ V.M.et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectiva. **Rev. bras. Epidemiol.** V.13, n.2, São Paulo, jun, 2010.

22-FILHO F. M. A legislação e o fumo. **Arq. Bras. Cardiol.**, vol.82, n.5, São Paulo, Maio, 2004.

23- BIALOUS S. A. PRESMAN, S. G. GLIOTTI A.; MUGGLI M.; HURT R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil **Rev Panam Salud Publica** vol.27, n.4 ,Washington abril, 2010.

24- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package.** Genebra: WHO; 2008.

25- SEBRIÉ E.M.; GLANTZ S.A. **Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America.** Tob Control. 2007,16(5).

26. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: Inca; 2004. 2002-2003. Rio de Janeiro: Inca; 2004.

27- BORTOLUZZI M. C. KEHRIG R. T. LOGUERCIO A. D. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16 n.3, Rio de Janeiro, Mar. 2011.

28. OSTER G, COLDITZ G. A, KELLY N. L. The Economic costs of smoking and benefits of quitting for individual smokers. **Prev Med** 1994; 13:377-89.

29. Manning W. G, Keeler E. B, Newhouse J. P. et al. The cost of poor health habits. Cambridge: **Harvard University Press**,1991.

30- PINTO M. UGÁ M. A. D. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** v.26, n.6, Rio de Janeiro, junho, 2010.

31-COLLINS D. J, LAPSLEY H. **Estimating and disaggregating the social costs of tobacco**. In: Abedian I, van der Merwe R, Wilkins N, Jha P, editors. The economics of tobacco control: towards an optimal policy mix. Cape Town: Applied Fiscal Research Centre, University of Cape Town, 1998.

32-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). - *Tobacco & the Rights of the Child*, 2001.