

Equidade racial e controle do tabagismo: análise da inserção da população negra e quilombola nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde

Fabiana da Gloria Pinheiro Nogueira Ferreira¹ (Orcid: 0009-0005-4342-481X) (fnogueira@inca.gov.br)

Édnei César de Arruda Santos Junior² (Orcid: 0000-0002-6956-6139) (edneicesar2@gmail.com)

Lucas Manoel da Silva Cabral³ (Orcid: 0000-0001-6144-8050) (lucas.manoel@fiocruz.br)

Maria José Domingues da Silva Giongo¹ (Orcid: 0000-0001-5566-1488) (mgiongo@inca.gov.br)

¹ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

² Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

³ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazonas. Manaus-AM, Brasil.

Resumo: **Introdução:** Os Planos Estaduais de Saúde (PES) e Planos Municipais de Saúde (PMS) constituem a base da organização das prioridades, metas e ações dos entes federativos. A incorporação das agendas de equidade racial e de controle do tabagismo nesses instrumentos é estratégica, sobretudo diante das desigualdades que afetam a população negra e quilombola no acesso, nos desfechos e no impacto dos determinantes sociais e comerciais da saúde. Apesar de diretrizes normativas consolidadas, permanecem lacunas importantes na integração entre raça/cor da pele e políticas de controle do tabaco, situando essa discussão como importante questão no âmbito da equidade em saúde. **Objetivo:** Analisar a inclusão de ações, diretrizes e indicadores referentes ao controle do tabagismo relacionados às populações negra e quilombola nos PES (2020-2023; 2024-2027) e nos PMS das capitais e dos municípios com maiores contingentes quilombolas (2018-2021; 2022-2025), avaliando seu grau de institucionalização, continuidade e transversalização. **Métodos:** Realizou-se análise documental qualitativa de 178 instrumentos de planejamento, incluindo 54 Planos estaduais, 54 planos das capitais e 72 Planos municipais com elevada presença quilombola. A avaliação seguiu um quadro metodológico estruturado em três dimensões para leitura e análise: (A) análise situacional e diretrizes de equidade; (B) institucionalização do tabagismo e estrutura programática do PNCT; (C) presença, evolução e continuidade dos temas entre ciclos. **Resultados:** Observou-se baixa institucionalização da variável raça/cor e menções ainda limitadas à população quilombola. A maioria dos planos apresenta referências descritivas, sem metas, indicadores. O tabagismo aparece de forma fragmentada, predominantemente como fator de risco para outras doenças. Raríssimos documentos integram tabagismo e equidade racial. **Conclusão:** A análise revelou que as ações de controle do tabagismo voltadas à população negra e quilombola estão pouco articuladas ao diagnóstico de saúde, com baixa menção a planejamentos que consideram as questões étnico-raciais.

► **Palavras-chave:** Tabagismo. População negra. População quilombola. Planejamento em saúde. Determinantes sociais.

Recebido em: 19/08/2025

Revisado em: 24/11/2025

Aprovado em: 24/01/2026

Todos os dados da pesquisa estão disponíveis neste texto.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-733120263604303pt>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Ronaldo Teodoro e Daniela Oliveira do Vale Tafner

Introdução

A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturada por instrumentos de planejamento que orientam prioridades, metas e responsabilidades nos diferentes níveis federativos (Brasil, 2013). Dentre esses instrumentos, os Planos Estaduais de Saúde (PES) e os Planos Municipais de Saúde (PMS) desempenham papel fundamental, pois definem as direções estratégicas da gestão em cada território e estabelecem as ações que serão executadas ao longo da sua vigência. Os planos são documentos essenciais para estabelecer as políticas públicas de saúde que serão operacionalizadas nos diversos contextos que constituem o território brasileiro (Brasil, 2016a). Além disso, sua relevância decorre do fato de que materializam diretrizes nacionais e compromissos assumidos pelo ente federativo, permitindo identificar quais temas serão priorizados em cada território, e como os recursos serão distribuídos. Assim, a presença ou ausência de determinadas temáticas nos planos revela tendências, silêncios e escolhas de gestão que impactam diretamente alguns grupos populacionais, em especial, a população negra e quilombola.

A agenda de equidade racial no SUS, em suas diretrizes fundamentais, vai ao encontro dessa necessidade tanto nos marcos constitucionais quando na própria legislação do SUS, que consolidou a universalidade e a equidade como princípios basilares do sistema (Brasil, 1988; 1990a; 1990b). Outros marcos normativos vêm dando corpo às ações de equidade e expandindo o alcance das políticas e programas de igualdade racial no SUS. Programas como o Brasil Quilombola reconhecem as especificidades territoriais e socioculturais dessas comunidades (Brasil, 2004); a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) estabelece a obrigatoriedade do recorte étnico-racial no planejamento e na gestão (Brasil, 2009); a Portaria nº 344/2017 tornou obrigatória a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação (Brasil, 2017) e, mais recentemente, o Decreto nº 11.447/2023 instituiu o Programa Aquilombola Brasil, ampliando o compromisso estatal com direitos territoriais, sociais e culturais, e fortalecendo ações intersetoriais voltadas às comunidades quilombolas (Brasil, 2023a). Esses marcos normativos representam avanços significativos, mas também impõem a necessidade de avaliar sua efetiva incorporação nos instrumentos de planejamento em saúde.

Nesse contexto normativo e político, a interface entre a agenda de equidade racial e as políticas de controle do tabagismo emergem como eixo central deste estudo.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (Brasil, 2020) indicam que o tabagismo apresenta prevalências mais elevadas entre pessoas pretas (13,5%) e pardas (13,3%), em comparação com pessoas brancas (11,6%), além de maior exposição ao fumo passivo (10,4% e 10,1% contra 7,9%). Considerar essas dinâmicas no planejamento das políticas de saúde é essencial para compreender como fatores estruturais moldam o risco, o adoecimento e o acesso ao cuidado.

O tabagismo no Brasil, do ponto de vista histórico, vem colecionando excelentes resultados com curvas decrescentes de uso entre a população geral. Nesse processo, um importante marco foi a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, ocorrida no ano de 2003. Essa Convenção foi efetivamente adotada em 2006, com a publicação do decreto presidencial, e serve de base para a orientação da implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) no Brasil (Brasil, 2023b). A Convenção reconhece que desigualdades sociais e econômicas moldam padrões de consumo e devem ser enfrentadas por meio de políticas públicas integradas e orientadas pela equidade, reforçando a responsabilidade do Estado brasileiro de considerar as desigualdades em suas estratégias de controle do tabaco (OMS, 2005).

A partir desses marcos, analisar como o tabagismo é descrito nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde permite identificar de que maneira esse agravo é priorizado. Do mesmo modo, permite verificar se os planos incorporam ações específicas para grupos historicamente vulnerabilizados e atentam para as implicações do tabagismo enquanto doença socialmente determinada.

Os estudos sobre tabagismo relacionado aos grupos mais vulnerabilizados abordam o tema de forma tangencial, geralmente circunscrito aos riscos para outras doenças crônicas ou descrevendo usos tradicionais (Buti, 2022; Cardoso *et al.*, 2018). Faltam estudos que pontuam de forma específica o tabagismo a partir de sua relação com os determinantes sociais e comerciais e do grau de institucionalização da política com ações de equidade (Silva, 2022). Portanto, este estudo é um esforço de análise diante da escassez de estudos mais abrangentes sobre o tabagismo e a população negra e quilombola no Brasil.

Metodologia

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa. A seleção dos documentos abrange três grupos: (i) Planos Estaduais de Saúde (PES) e Plano Distrital

(PSDF), referentes aos ciclos 2020-2023 e 2024-2027; (ii) Planos Municipais de Saúde (PMS) das capitais, para os ciclos 2018-2021 e 2022-2025; e (iii) PMS de municípios com os maiores contingentes quilombolas, também relativos aos ciclos 2018-2021 e 2022-2025.

As capitais foram incluídas devido à sua centralidade político-administrativa, e os municípios com maior população quilombola foram selecionados para capturar dinâmicas territoriais relevantes. A escolha dos municípios com maior população quilombola baseou-se no Censo Demográfico de 2022 e considerou três faixas populacionais: acima de 10 mil, entre 5 mil e 10 mil, e abaixo de 5 mil habitantes (Brasil, 2022a; 2022b; 2023c). No total, foram analisados 178 documentos: 54 PES (incluindo o DF), 52 PMS das capitais e 72 PMS de municípios com maior população quilombola. Todos os documentos foram obtidos por meio do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – Digital (DigiSUS) (Brasil, 2024a).

A análise dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde seguiu um quadro metodológico estruturado em três dimensões (Quadro 1): (A) análise situacional; diretrizes, objetivos, metas e ações; (B) dimensões específicas do tabagismo; e (C) presença do tema e continuidade entre ciclos, sempre considerando a transversalidade da variável raça/cor da pele, das referências à população quilombola e das ações relacionadas ao tabagismo. Em todas as dimensões, analisaram-se o grau de detalhamento de cada categoria e a forma como estas se articulam com as agendas de saúde da população, quilombolas e sua relação com o tabagismo.

A análise enfrentou limitações decorrentes do grande volume de documentos e da falta de padronização entre os Planos Estaduais e Municipais de Saúde, o que tornou o processo de extração e comparação das informações mais complexo.

Quadro 1. Dimensões de análise dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e do Distrito Federal

Bloco de Análise	Dimensões	Categorias	Objetivo da Análise
A) Dimensões gerais do Plano de Saúde	Análise situacional por raça/cor e população quilombola	Dados gerais, morbimortalidade, aspectos demográficos e socioeconômicos, violência e saúde e institucionalização da pauta racial	Identificar a presença e a qualidade das informações desagregadas por raça/cor e das menções à população quilombola, avaliando se essa dimensão integra o diagnóstico territorial e orienta a compreensão das condições de saúde
	Diretrizes e ações de equidade	Diretrizes, objetivos e metas e ações estratégicas, Política de Promoção da Equidade, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), Recursos e responsabilidades	Avaliar se a equidade racial está institucionalizada no planejamento, considerando ações, metas, responsabilidades e previsão de recursos destinados à população negra e quilombola
B) Dimensões específicas do tabagismo	Tabagismo e outros fatores de risco, estrutura e financiamento	Fatores de risco, estratégias de prevenção e promoção, Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), Estratégia Saber Saúde, medicamentos e insumos, recursos estaduais para o controle do tabagismo e recursos	Verificar a institucionalização das ações de controle do tabagismo nos planos
C) Presença do tema e continuidade	Qualidade da menção e evolução entre ciclos	Ausência de menção, menção descritiva, menção programática, menção institucional e continuidade entre ciclos (ausência, estagnação, avanço ou recuo)	Avaliar o grau de institucionalização da pauta racial, quilombola e do tabagismo ao longo dos ciclos de planejamento, identificando avanços, permanências e retrocessos

Fonte: elaboração própria.

Resultados

Análise situacional por raça/cor e população quilombola (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)

Dados gerais de saúde

Nos ciclos 2020-2023 e 2024-2027, indicadores desagregados por raça/cor da pele estiveram presentes em aproximadamente 40% dos estados, refletindo que, embora haja um reconhecimento da importância dessa variável, ela não está ainda consolidada como um elemento estruturante dos planos de saúde. O aumento de 15% para 26% nas menções à população quilombola entre os ciclos é um avanço, mas ainda assim restrito a pouco mais de um quarto das unidades federativas. Isso aponta para uma institucionalização desigual e fragmentada dessa variável nos planos estaduais. Os estados de Alagoas e Paraná se destacam por estabelecerem metas claras para aprimorar os registros sobre a saúde da população negra e quilombola, algo que ainda está ausente em muitos outros estados.

Causas de morbimortalidade

No que se refere às causas de morbimortalidade, a análise revelou um crescimento modesto na inclusão da raça/cor da pele e da população quilombola nos planos, que passou de 37% para 41%, enquanto a inclusão da população quilombola aumentou de 7% para 19%. Esse avanço, embora positivo, é ainda limitado, sem uma inflexão estruturada nos diagnósticos de saúde e proposição de ações programáticas.

Estados como Maranhão e Pernambuco mencionaram especificamente os altos índices de mortalidade entre jovens negros e as desigualdades raciais nas causas de morbimortalidade, mas, novamente, sem o aprofundamento necessário nas políticas de enfrentamento.

Aspectos demográficos e socioeconômicos

No aspecto demográfico e socioeconômico, a incorporação da variável raça/cor da pele nos planos estaduais mostrou leve aumento, mas ainda se manteve de forma fragmentada. A menção à população quilombola apresentou avanço mais relevante, especialmente nos estados de Pernambuco e Maranhão, que evidenciaram as condições socioeconômicas dessa população.

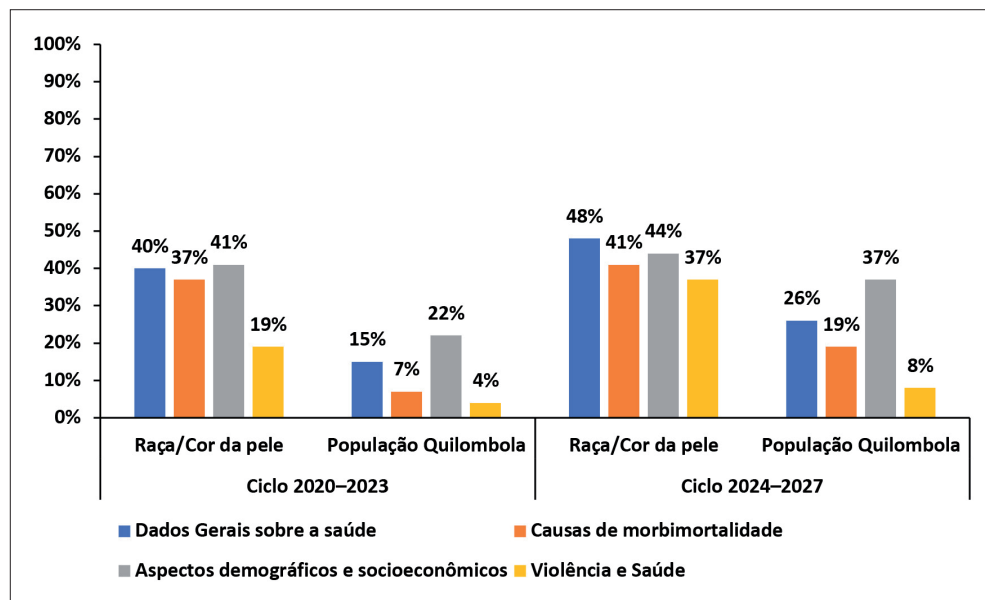
Violência e saúde

Dentre as categorias analisadas, a violência em saúde se destaca pela escassez de menções nos planos estaduais de saúde. Esta categoria, embora de extrema relevância, especialmente no contexto das populações negras e quilombolas, permanece sub-representada. Nos estados que apresentam maior detalhamento, como Rio de Janeiro e Minas Gerais, as informações sobre violência sugerem certo grau de incorporação desse indicador no planejamento das ações e monitoramento. Além disso, pontuam a violência como determinante social da saúde e fator preponderante das desigualdades no acesso, especialmente em contextos de racismo institucional.

Os estados de Alagoas e Paraná destacam-se por estabelecerem metas para aprimorar os registros de violência. Um passo importante para visibilizar esse grave problema de saúde. Pernambuco e Rio Grande do Sul apontam a maior prevalência de violência contra pessoas pretas e pardas, algo que remete a um quadro de racismo estrutural presente nas relações sociais e no sistema de saúde. Maranhão detalha um aumento alarmante nos homicídios entre jovens negros. O estado de Goiás, por sua vez, expõe denúncias de preconceito institucional, intolerância religiosa e homicídios em comunidades quilombolas, apontando uma dimensão territorial mais ampla da violência, associada ao racismo étnico-racial e à exclusão social.

Esses achados revelam que o tema ainda está marginalizado nos planos de saúde, mesmo diante da sua centralidade nos estudos sobre saúde e racismo estrutural. Nenhum dos Planos Municipais de Saúde analisados estabelece relação explícita entre tabagismo e violência na população negra e quilombola. Os documentos mencionam ambos os temas separadamente, sem articulação entre determinantes sociais, vulnerabilidades territoriais ou impactos combinados sobre esses grupos. O Gráfico 1 apresenta a distribuição em termos percentuais das menções em cada uma das categorias analisadas.

Gráfico 1. Temáticas abordadas nos Planos Estaduais e do Distrito Federal de Saúde (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)



Fonte: Elaboração própria, com base nas informações dos PES (2020-2023 e 2024-2027).

Diretrizes e ações de equidade (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)

A maioria dos planos apresentam menções de caráter mais descritivo, com vinculação genérica às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esses estados mencionam a política, mas sem apresentar metas, recursos ou mecanismos operacionais claros, o que sugere uma implementação ainda incipiente.

As menções também se mantêm em um estágio mais descritivo, com ênfase na identificação de desafios como a dificuldade na coleta de dados sobre raça/cor da pele, sem indicadores claros de estratégias e previsão orçamentária.

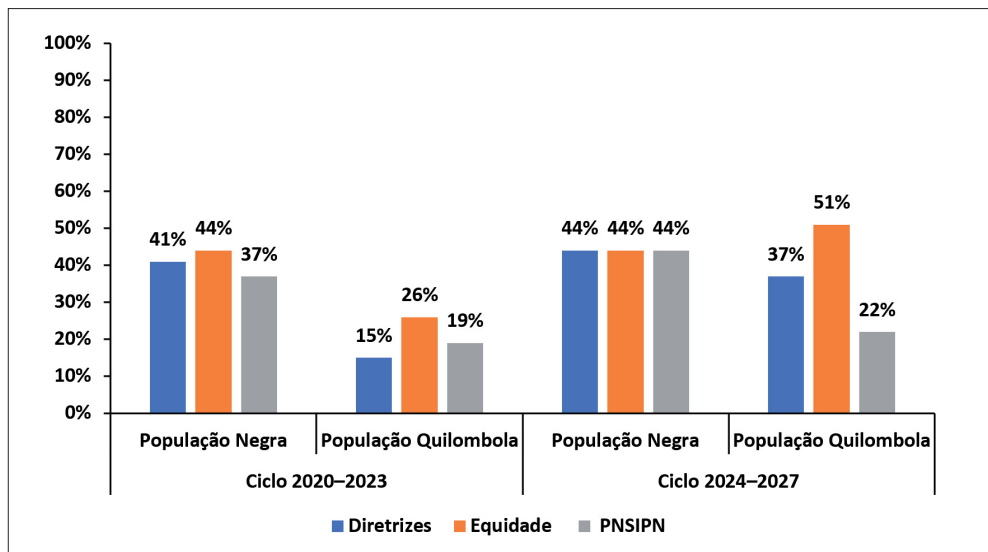
Alguns estados se destacam por apresentar menções de caráter programático e institucional, evidenciando esforços concretos para adaptar e operacionalizar a PNSIPN. Entre esses estados estão Paraíba, Pernambuco, Maranhão, Rio Grande do Sul e Goiás, que reportam a criação de comitês técnicos, fóruns estaduais, protocolos de enfrentamento ao racismo institucional. Além disso, Maranhão e Minas Gerais possuem políticas próprias e comitês específicos para promover diretrizes antidiscriminatórias e a saúde integral da população negra. Outro exemplo relevante é o estado de Goiás, que instituiu formalmente o Comitê Técnico de Saúde

da População Negra, adotando um posicionamento estruturado na formulação de ações e estratégias contra o racismo institucional.

Os resultados indicam uma estagnação na maioria dos estados quanto à adoção de diretrizes e ações para a população negra, que ficou com cerca de 40% dos estados em ambos os períodos. Para a população quilombola, o crescimento das menções foi expressivo, subindo de 15% para 37% nos planos, refletindo um avanço entre 2020-2023 e 2024-2027. No que diz respeito à Política de Promoção da Equidade em Saúde, houve estagnação nas menções à população negra, com 44% dos estados, o que indica uma incorporação parcial do tema. No entanto, na população quilombola, houve avanço considerável, com as menções passando de 26% (2020-2023) para 51% (2024-2027) (nos planos estaduais, refletindo maior inserção da equidade nos processos de planejamento e gestão. A PNSIPN também teve avanço entre os ciclos, com 37% (2020-2023) dos estados mencionando a política e subindo para 44% (2024-2027) no ciclo seguinte. Para a população quilombola, a presença da PNSIPN apresentou avanço com um crescimento discreto, de 19% para 22%.

Abaixo, o Gráfico 2 traz os percentuais de estados que fazem menção a essas categorias em seus respectivos planos.

Gráfico 2. Diretrizes étnico-raciais nos Planos Estaduais e do Distrito federal de Saúde (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)

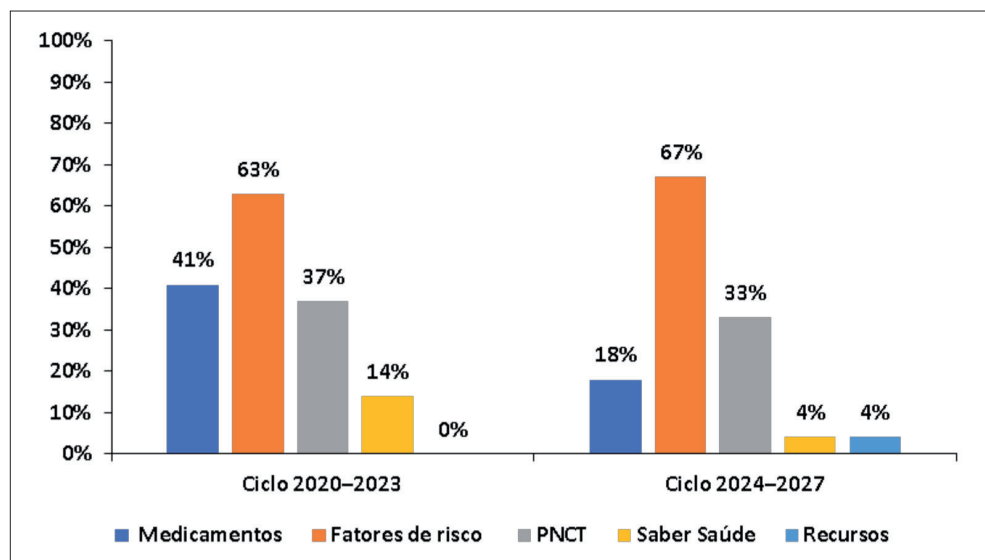


Fonte: Elaboração própria, com base nas informações dos PES (2020-2023 e 2024-2027).

Tabagismo e outros fatores de risco e estrutura e financiamento do tabagismo (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)

Os fatores de risco para doenças não transmissíveis foi o mais mencionado, aparecendo em 63% dos documentos no primeiro ciclo e em 67% no segundo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi citado por 37% dos estados no ciclo 2020–2023 e por 33% no ciclo 2024–2027. Os resultados apontam uma redução expressiva na menção à aquisição de medicamentos e insumos para cessação, de 41% dos estados no primeiro ciclo para 18% no segundo. Por fim, o Programa Saber Saúde, mesmo sendo um dos eixos estruturantes do PNCT, apresenta baixa visibilidade nos instrumentos de planejamento estadual: apenas 14% dos planos o mencionam no primeiro ciclo (2020-2023) e 4% no segundo (2024-2027).

Gráfico 3. Tabagismo nos Planos Estaduais de Saúde (Ciclos 2020-2023 e 2024-2027)



Fonte: Elaboração própria, com base nas informações dos PES (2020-2023 e 2024-2027).

Aspectos étnico-raciais e do tabagismo nos Planos Municipais de Saúde das capitais brasileiras (Ciclos 2018-2021 e 2022-2025): resultados e destaques por regiões

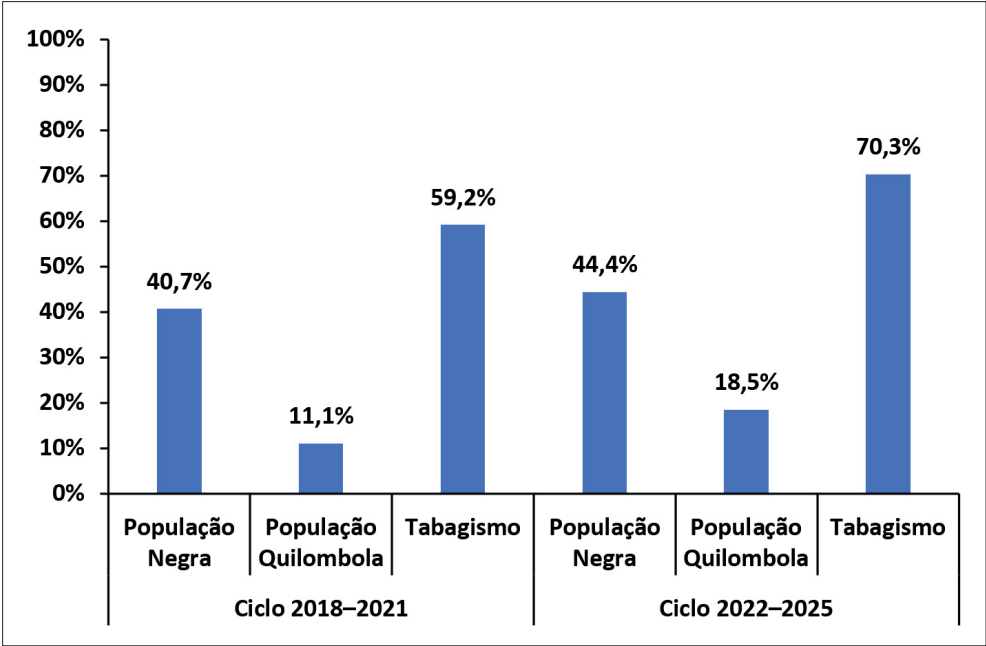
Os registros sobre os tabagismos evidenciam que o tema possui adesão nos documentos, sendo registros de caráter descritivos e programáticos. O tema é abordado geralmente como fator de risco para doenças não transmissíveis e no

contexto de ampliação do percentual de Unidades Básicas de Saúde e de fornecimento de medicamentos e insumos farmacêuticos para cessação.

- Região Norte: em Macapá, destaca-se a proposta de criação de um comitê de saúde voltado à população negra. A cidade de Rio Branco também se destaca, com uma área técnica voltada para a saúde da população negra, com o objetivo de combater o racismo, promover o acesso à saúde e qualificar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Esses exemplos mostram a institucionalização das políticas.
- Região Nordeste: no Recife, o plano se apresenta como um dos exemplos mais robustos, propondo uma série de ações institucionais voltadas para a equidade racial na saúde. Entre as iniciativas, destacam-se a capacitação de profissionais sobre a política da população negra, a criação de fóruns de saúde da juventude negra nos territórios, além do monitoramento da implementação de políticas para populações em situação de maior vulnerabilidade. A cidade também se compromete com a apresentação de relatórios sobre a variável raça/cor da pele no Conselho Municipal de Saúde, além de boletins com recortes sobre a situação de saúde da população negra. Na capital Salvador, destacam-se as oficinas voltadas ao atendimento à população quilombola e ações de controle do tabagismo nas áreas de quilombos urbanos, sendo um dos poucos planos a integrar o controle do tabagismo com políticas específicas para essa população. Já nas capitais Maceió, Aracaju e Natal, há o reconhecimento da significativa composição de pretos e pardos na população, mas as ações concretas não estão expressas nos planos municipais, limitando-se a menções descritivas.
- Região Centro-Oeste: a capital de Campo Grande se destaca por mencionar a promoção da equidade para a população negra e quilombola de forma institucionalizada, incorporando a política à sua estrutura organizacional com uma área técnica voltada para a saúde integral da população negra e quilombola.
- Região Sudeste: as capitais São Paulo e Rio de Janeiro trouxeram dados detalhados sobre a população negra. Porém, a maioria das capitais desta região trazem a população negra e quilombolas no contexto do conjunto de grupos minoritários e sem maiores detalhamentos de como a política será implementada.
- Região Sul: as capitais desta região se destacam pela criação de comitês técnicos de saúde da população negra e pela transversalização da PNSIPN nos planos municipais.

O Gráfico 4 apresenta os percentuais das capitais em relação as menções sobre população negra, população quilombola e tabagismo.

Gráfico 4. Aspectos étnico-raciais e do tabagismo nos Planos Municipais de Saúde das capitais brasileiras (Ciclos 2018-2021 e 2022-2025)



Fonte: Elaboração própria, com base nas informações dos Planos Municipais de Saúde (2018-2021 e 2022-2024).

Análise dos Planos de Saúde Municipais no Brasil: políticas de atenção à saúde da população negra, quilombola e tabagismo

Para a análise dos municípios com maior concentração de população quilombola de acordo com os dados do Censo de 2022, foram selecionados: Senhor do Bonfim (BA), Campo Formoso (BA), Feira de Santana (BA), Vitória da Conquista (BA), Alcântara (MA), Itapecuru Mirim (MA), Santa Rita (MA), Abaetetuba (PA), Baião (PA), Cametá (PA), Macapá (AP), São Mateus (ES), Cavalcante (GO), Berilo (MG), Janaúba (MG), Bom Conselho (PE), Custódia (PE), Garanhuns (PE), Cacimbas (PB), Conde (PB), Laranjeiras (SE), Santa Luzia do Itanhy (SE), Campos dos Goytacazes (RJ), Cabo Frio (RJ), Magé (RJ), Armação dos Búzios (RJ), Ubatuba (SP), Lapa (PR),

Palmas (PR), Araquari (SC), Capivari de Baixo (SC), Canguçu (RS), Formigueiro (RS), Corumbá (MS), Vila Bela da Santíssima Trindade (MT) e Poconé (MT). Esses municípios representam realidades diversas em termos de densidade quilombola, capacidade institucional, características territoriais e organização das redes de saúde, constituindo um panorama heterogêneo e relevante para a compreensão da incorporação do tema nos instrumentos de planejamento municipal.

- a) Os municípios que apresentaram avanço evidenciam as seguintes ações:
- Elaboração de planos municipais voltados à população quilombola;
 - Capacitações de equipes sobre o cuidado étnico-racial;
 - Criação ou fortalecimento de mecanismos de participação quilombola em conselhos;
 - Mapeamento territorial e reconhecimento formal das comunidades;
 - Integração das comunidades quilombolas como público prioritário em programas de vigilância, promoção da saúde e atenção primária.

Esses avanços refletem maior densidade técnica, com explicitação de metas, indicadores e responsabilidades institucionais. São descrições mais consistentes da dimensão territorial, socioeconômica e histórica da população quilombola que avançam do caráter meramente descritivo para a formulação de respostas estruturadas e contextualizadas.

- b) Os municípios que mantiveram o tema presente nos dois planos geralmente reproduzem as mesmas informações dos ciclos anteriores com abordagens fragmentadas, dispersas e com pouca ou nenhuma articulação com objetivos, metas ou diretrizes programáticas. Os planos municipais citados anteriormente tendem a:
- Limitar-se a apresentar descrições socioeconômicas das comunidades quilombolas;
 - Aplicar menções pontuais em anexos de conferências ou diagnósticos participativos, sem incorporar o conteúdo ao corpo estrutural do plano;
 - Não estabelecer metas claras, mecanismos de monitoramento ou previsão de recursos;
 - Não aprofundar o diálogo entre o diagnóstico e as ações propostas.

c) O terceiro grupo é composto por municípios que recuaram nas menções aos temas abordados seja pela ausência persistente, seja pela redução da qualidade e densidade das referências. Verificou-se, nesses municípios que:

- Há ausência de diagnósticos específicos, mesmo em territórios com forte presença quilombola;
- O tema aparece de forma diluída, associado a outros grupos vulnerabilizados sem identificação de especificidades;
- Há redução de metas ou ações presentes no ciclo anterior;
- O planejamento se mantém desconectado da realidade territorial, ignorando desigualdades historicamente documentadas;
- Não há articulação com a PNSIPN, com políticas de equidade ou com processos de participação comunitária.

Tais recuos comprometem a institucionalização da pauta e revelam uma tendência de invisibilização das necessidades sanitárias, socioeconômicas e territoriais das comunidades quilombolas.

d) No âmbito do tabagismo, as menções são descritivas ou programáticas:

- Inclusão explícita de metas de ampliação da oferta de tratamento;
- Detalhamento de ações como campanhas educativas, grupos de cessação e integração do tabagismo a linhas de cuidado (saúde mental, saúde do idoso etc.);
- Reconhecimento do tabagismo no contexto da assistência farmacêutica;
- Referência a unidades de saúde específicas como polos de atendimento estruturado;
- Vinculação do tema a ações de promoção da saúde nas escolas ou ao Programa Saúde na Escola (PSE);
- Integração de ações de tabagismo ao contexto de vigilância de fatores de risco.

Em poucos casos, observou-se referência ao tabagismo vinculado à estruturação de unidades especializadas, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD) ou Unidades de Saúde da Família. É ainda menos frequente a menção a equipamentos vinculados diretamente aos territórios quilombolas. Número significativo de

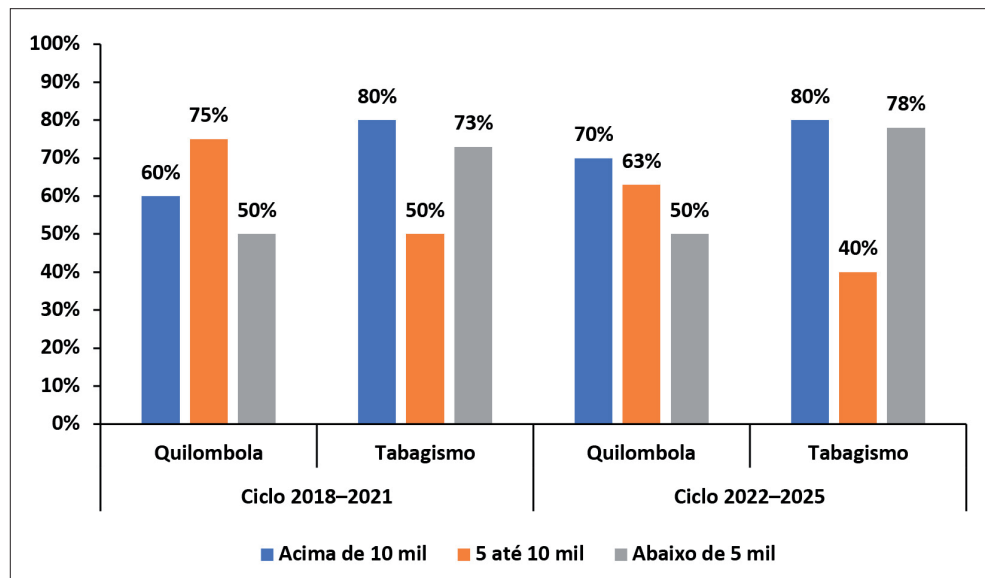
municípios manteve o mesmo padrão de menção em ambos os ciclos, em geral de caráter descritivo, com pouca ou nenhuma vinculação programática. Nesses casos o tabagismo aparece:

- Como um dos fatores de risco;
- Associado às doenças crônicas não transmissíveis;
- Mencionado em listagens gerais de agravos;
- Sem metas ou ações específicas, sem detalhamento operacional;
- PNCT desarticulado da Estratégia Saber Saúde.

Desse modo, o tabagismo muitas vezes surge em alguns casos como parte das campanhas, como por exemplo, de saúde do homem, da mulher ou da pessoa idosa, o que é bastante positivo, porém dispersos na atenção básica, sem continuidade programática. A ausência de metas, indicadores ou ações estruturadas e reforça uma posição cristalizada do PNCT nos planejamentos. Em alguns municípios, o tabagismo está ausente nos dois ciclos ou aparece de maneira programática no primeiro ciclo, mas perde densidade ou desaparece no plano seguinte. Nos municípios que seguem essa tendência, as principais características são:

- O tabagismo deixa de ser mencionado;
- Desaparecem as menções às ações relacionadas a grupos de cessação ou campanhas educativas;
- São removidas referências ao PNCT;
- Há retorno a menções exclusivamente descritivas;
- O tema passa a ser tratado apenas como componente da assistência farmacêutica, de forma restrita e descontextualizada;
- Há ruptura entre diagnóstico e programação.

Gráfico 5. Abordagem do tabagismo nos Planos Municipais brasileiros com maiores concentrações de população quilombola (Ciclos 2018-2021 e 2022-2025)



Fonte: Elaboração própria, com base nas informações dos Planos Municipais de Saúde (2018-2021 e 2022-2024).

Discussão

A análise dos Planos evidencia fragilidades estruturais na incorporação de dados desagregados por raça e cor da pele, apesar das determinações normativas que exigem diagnósticos sensíveis às desigualdades territoriais e sociais existentes no país (Felicelli, 2021; Lima; Cortes; Castro, 2022). Em grande parte dos documentos, raça/cor da pele, população quilombola e tabagismo aparecem de forma dispersa ou ausente, dificultando a identificação de grupos em maior vulnerabilidade e restringindo a capacidade dos planos de orientar ações compatíveis com os determinantes sociais e comerciais que estruturam as iniquidades em saúde.

No caso das comunidades quilombolas, as menções restringem-se, em sua maioria, à caracterização territorial, com apresentação de dados populacionais ou localização das comunidades, sem articulação com perfis de morbimortalidade, condições socioeconômicas ou determinantes ambientais específicas. Essa limitação compromete a institucionalização de diretrizes voltadas à equidade, uma vez que

dimensões fundamentais como racismo ambiental, barreiras geográficas, insegurança alimentar e desassistência sanitária não são incorporadas aos diagnósticos.

A violência constitui o eixo mais negligenciado, mesmo sendo reconhecida como determinante social central das condições de vida e saúde. Os planos apresentam baixíssima frequência de informações sobre violência, ainda que estudos demonstrem sua relevância para compreender vulnerabilidades, especialmente no caso das mulheres quilombolas (Alves *et al.*, 2023). Diante disso, essas mulheres enfrentam barreiras estruturais, desigualdades de acesso a serviços, violências domésticas e discriminações associadas ao racismo institucional, elementos amplamente documentados pela literatura (Bunchaft *et al.*, 2024).

A invisibilidade desse tema compromete a capacidade de resposta dos planos e reforça a reprodução das desigualdades que atingem essa população, inclusive daqueles relacionados aos padrões de consumo de tabaco e possibilidades de acessar tratamento do tabagismo.

No campo das diretrizes e ações de equidade, observam-se lacunas importantes. A institucionalização da pauta racial permanece incipiente, com pouca integração da PNSIPN, ausência de metas específicas, indefinição de responsabilidades e previsão de recursos.

Essa limitação é influenciada por processos e padrões de desigualdades raciais históricos na conformação da sociedade brasileira. Ademais, as políticas de corte étnico raciais foram atravessadas pela descontinuidade e retrocessos institucionais motivadas pela ampla polarização política vivenciada no país (El País, 2020). Pode-se citar, como exemplo, a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que restringiu investimentos públicos e afetou políticas sociais (Brasil, 2016b), encontrando adesão no governo subsequente, quando se verificaram iniciativas de desmonte institucional que atingiram diretamente estruturas relacionadas à equidade racial. Exemplo emblemático foi a interferência nos processos conduzidos pela Fundação Cultural Palmares, cuja condução no período foi marcada por ataques públicos às agendas de direitos da população negra e por paralisação de processos de reconhecimento de comunidades e territórios quilombolas. Esses acontecimentos possivelmente contribuíram para o esvaziamento das políticas de equidade e repercutiram diretamente na capacidade dos entes federativos de incorporar essa dimensão em seus instrumentos de planejamento no referido período.

Com a mudança no panorama político-governamental no âmbito federal, houve uma retomada da agenda da equidade racial no SUS, sobretudo a partir de 2023. Nesse contexto, verificou-se a reconstituição de ministérios e secretarias de estado, voltadas para a questão da igualdade racial onde antigas e novas iniciativas foram retomadas. É o caso do Programa Saúde sem Racismo e a reorganização das instâncias de monitoramento da PNSIPN. Esse esforço, embora relevante, ainda não se expressa plenamente nos planos analisados, revelando a defasagem temporal entre o avanço normativo nacional atual e sua incorporação na gestão dos estados e municípios.

Outro ponto estrutural são as disparidades territoriais que atravessam o SUS e, consequentemente, a população a população mais vulnerabilizada como a quilombola. Esses atravessamentos se colocam como barreiras de acesso importantes e revelam a necessidade de estratégias intersetoriais e de fortalecimento da formação profissional para atuação em contextos étnico-raciais (Amador *et al.*, 2024; Almeida *et al.*, 2019; Franchi *et al.*, 2018).

O tabagismo aparece de forma diluída nos planos de saúde, principalmente em subconjuntos de morbidade, fatores de risco e, ocasionalmente, associados a indicadores de mortalidade e doenças crônicas, reforçando práticas generalistas. A análise consolidada revela que no tema do tabagismo, mesmo diante do forte arcabouço normativo nacional e da existência de uma política estruturante como o PNCT, predomina o caráter descritivo, com poucos municípios estabelecendo ações programáticas claras em seus planos, muitas vezes de forma fragmentada. Citam-se campanhas ou ações pontuais, sem vínculo com linhas de cuidado, metas municipais ou estrutura de acompanhamento, reproduzindo aspectos já observados em documentos estaduais. Isso sugere que a estratégia de controle do tabagismo carece de maior territorialização, interculturalidade e articulação com determinantes sociais. Constatou-se, assim, que raramente os entes federativos apresentaram estratégias específicas para população negra ou quilombola no âmbito do tabagismo em seu planejamento, mesmo diante de evidências que demonstram padrões de exposição diferenciados e vulnerabilidades historicamente constituídas.

Embora o PNCT seja um programa estruturado e presente em todos os estados brasileiros, essa capilaridade não se refletiu em maior visibilidade programática nos Planos de Saúde. Nenhum dos planos analisados previu recursos de outras fontes para o controle do tabagismo, e as menções a insumos farmacêuticos ou a ações estruturadas permaneceram escassas. O recuo dessas menções pode estar

relacionado ao contexto da pandemia de Covid-19, período em que houve queda de 66% na procura por tratamento para cessação em 2020, em comparação a 2019 (Brasil, 2021). Esse cenário impactou a organização e planejamento de todo o conjunto de ações da saúde.

Nas comunidades quilombolas, o uso do tabaco não é apenas um fator de risco para doenças, mas parte de trajetórias históricas de resistência, sociabilidade e desigualdade (Buti, 2022). O uso de fumo de rolo, cachimbo e rapé possui valor cultural relevante, ao mesmo tempo que implica riscos que demandam abordagens interculturais e territorializadas.

Entre adolescentes quilombolas, mesmo em percentual aparentemente baixo de experimentação de tabaco, não significa menor vulnerabilidade. Esses dados precisam ser lidos à luz das condições sociais que estruturam o cotidiano desses jovens, no qual a presença do tabaco é naturalizada por práticas domésticas e comunitárias, pela convivência com adultos fumantes e pelo uso tradicional (Gomes *et al.*, 2022; 2024; Cardoso *et al.*, 2018). Nesse ambiente, a iniciação tende a ocorrer de forma precoce e há limitações no acesso à informação e cuidado.

É possível que a baixa menção ao tabagismo, quando comparado a outras doenças nos PES, esteja relacionada à ausência de um indicador pactuado com definição de metas específicas e monitoramento sistemático. Ademais, há uma generalização do tabagismo enquanto fator de risco para outras doenças, e não doença crônica. Esse fator provavelmente repercute na priorização programática de temas abordados nos planos analisados.

Conclusão

Nos últimos anos, observaram-se avanços institucionais importantes em relação à inclusão da população negra e quilombola nas políticas públicas de saúde, com destaque para a inclusão da população quilombola no Censo Demográfico de 2022 (Brasil, 2022a). Além desse aspecto, um número crescente de estados adota medidas para incorporação da saúde da população negra e quilombola em suas agendas.

O enfrentamento do tabagismo entre populações negras e quilombolas requer um conjunto articulado de medidas integradas ao arcabouço institucional existente. É imprescindível aprimorar os diagnósticos situacionais mediante incorporação sistemática da variável raça/cor pele com base nos dados produzidos pelos grandes

inquéritos populacionais, os boletins de vigilância em saúde da população negra e o monitoramento da adesão à PNSIPN. Nesse sentido, é fundamental a inclusão de recortes étnico-raciais nos programas de treinamento PNCT junto aos estados e DF e municípios no fomento de produção de adaptações que incorporem especificidades étnico-raciais e territoriais, a prevenção, promoção e cuidado do tabagismo. Ademais, é urgente estimular investigações intersetoriais que cruzem informações epidemiológicas, socioeconômicas e culturais para revelar as múltiplas dimensões do consumo de tabaco e de seus desfechos na saúde da população negra e quilombola.

Há, portanto, limites a serem superados no âmbito do controle do tabagismo, quando falamos em ações focadas em grupos mais vulnerabilizados. Os resultados demonstram que ainda persistem abordagens dissociadas de fatores como desigualdades socioeconômicas, precariedade habitacional, maior exposição ao fumo passivo e acesso desigual aos serviços de saúde.¹

Agradecimentos

Este artigo foi publicado com recursos do Projeto Sustentabilidade do PNCT, coordenado pela Divisão de Controle do Tabagismo (DITAB), da Coordenação de Prevenção e Vigilância, do Instituto Nacional de Câncer, com apoio da Vital Strategies, da Bloomberg Philanthropies e do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (Cepesc) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Referências

- ALMEIDA, C. B. de; SANTOS, A. S. dos; VILELA, A. B. A. Reflexão sobre o controle do acesso de quilombolas à saúde pública brasileira. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 37, n. 1, p. 92-103, 2019.
- ALVES, H. J.; SOARES, M. R. P.; COSTA, R. R. S. Saúde da Família, territórios quilombolas e a defesa da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 21, 2023.
- AMADOR, E. O.; PINHEIRO, P. N. Q.; SILVA, P. A. Determinantes sociais em saúde como fator de impacto na assistência em saúde para populações quilombolas: uma revisão sistemática. *Revista Acervo Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, e14721, 2024.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 3 jun. 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.447, de 21 de março de 2023. Institui o Programa Aquilomba Brasil e o seu Comitê Gestor. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 21 mar. 2023a. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/8889>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 15 dez. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil Quilombola: Resultados do Censo 2022. Brasília: IBGE, 2023c. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/brasil-quilombola/>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: Resultados preliminares. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101985.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em: 28 maio 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. *Tabagismo e coronavírus*. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-dotabagismo/tabagismo-e-coronavirus>. Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=208299. Acesso em: 24 maio 2024.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 17 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. DigiSUS: Downloads. DigiSUS, 2024a. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/v1.5/transparencia/downloads>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para Monitoramento e Governança da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao_negra.pdf. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para elaboração dos instrumentos do planejamento no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 set. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 14 mar. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 27 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 17 abr. 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2020/poc0010_24_04_2020.html. Acesso em: 13 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2023b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0502_13_06_2023.html. Acesso em: 13 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Indicadores de Saúde: conceitos e aplicações. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Planejamento no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fiocruz, 2016a. Série Articulação Interfederativa, v. 4. 138 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 13 nov. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília: SEPPPIR, 2004. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2018/julho/programa-brasil-quilombola-promove-a-cidadania-das-comunidades-no-brasil>. Acesso em 2 jul. 2025.

BUNCHART, Maria Eugênia; SILVA, Leonardo Rabelo de Mattos; MENDONÇA, Gustavo Proença da Silva. Violência contra mulheres quilombolas: uma reflexão sobre a aplicação de uma perspectiva interseccional à luz da ideia de contra públicos subalternos de Fraser. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, v. 10, n. 2, p. 359–382, 2024. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/6766>. Acesso em: 17 ago 2025.

BUTI, Rafael Palermo. O tesouro, a cerca, o fumo, os mortos e a guerra no quilombo Linha Fão (RS): relatórios antropológicos e os sentidos da história quilombola. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, 2022. Disponível em: <https://www.scienceopen.com/document?vid=2cdaacf1-d35a-4665-a3b2-007499fcab7b> . Acesso em: 9 jul. 2025.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 12, n. 2, p. 329-339, 2018.

EL PAÍS. Fundação Palmares sob Sergio Camargo: desmonte institucional e ataques ao movimento negro. *El País Brasil*, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com>. Acesso em: 15 nov. 2025.

FELICIELLO, E. A determinação social do processo saúde-doença e a vigilância em saúde: bases para o planejamento no SUS. *Cadernos de Pesquisa em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 90, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 15 fev. 2025.

FRANCHI, E. P. L. P.; TERRA, M. F.; NASCIMENTO-ROCHA, J. M.; MARQUEZAN, R. F.; ODORIZZI, V. F. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1620>. Acesso em: 27 set. 2025.

GOMES, R. F.; OLIVEIRA, P. S. D.; SILVA, M. L. O.; MIRANDA, S. V. C.; SAMPAIO, C. A. Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas rurais no norte de Minas Gerais, Brasil. 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/itinerarios-terapeuticos-no-cuidado-em-saude-em-comunidades-quilombolas/18776?id=18776>. Acesso em: 12 ago. 2025.

GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. *Serviço Social & Sociedade*, v. 143, p. 140-161, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1357441>. Acesso em: 10 jun. 2025.

LIMA, R. T.; CORTES, S. V.; CASTRO, A. L. Planejamento em saúde e capacidades estatais: reflexões para o fortalecimento da gestão no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Articulação Interfederativa. *Articulação interfederativa no SUS: manual de planejamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. p. 33-54. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 15 fev. 2025.

Brasil. Ministério da Igualdade Racial. Relatório de Ações e Políticas do biênio 2023-2024. Brasília, DF: Ministério da Igualdade Racial, 2024. 26 p. Disponível em: https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/assuntos/copy2_of_noticias/mir-apresenta-relatorio-de-acoes-e-politicas-desenvolvidas-no-bienio-2023-2024. Acesso em: 13 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco*. Genebra: OMS, 2003. Ratificada pelo Brasil em 2005.

SILVA, A. L. O. da; MOTA, C. de L.; PEREIRA, R. A.; NOGUEIRA, S. M.; MOREIRA, J. C. As cores do Tabagismo: relação entre raça e consumo de tabaco no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 68, n. 1, e-151552, 2022. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1552>. Acesso em: 5 jun. 2024.

TOMASIELLO, D. *et al.* Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. *Texto para Discussão Ipea*, n. 2832, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/11454>. Acesso em: 9 set. 2024.

Nota

¹ F. G. P. N. Ferreira, E. C. A. Santos Junior, L. M. S. Cabral e M. J. D. S. Giongo: levantamento bibliográfico, desenvolvimento da metodologia, coleta e análise dos dados, elaboração do manuscrito, revisão bibliográfica, discussão dos resultados, revisão crítica.

Abstract

Racial equity and tobacco control: an analysis of the inclusion of Black and Quilombola populations in State and Municipal Health Plans

Introduction: State Health Plans (PES) and Municipal Health Plans (PMS) are the foundation for organizing priorities, goals, and actions across federative levels in Brazil. The incorporation of racial equity and tobacco-control agendas into these instruments is strategic, especially given the persistent inequalities affecting Black and quilombola populations in terms of access, health outcomes, and exposure to social and commercial determinants of health. Despite well-established national guidelines, significant gaps remain in the integration of race/skin color and tobacco-control policies, underscoring the relevance of this discussion within the broader field of health equity. **Objective:** To analyze the inclusion of actions, guidelines, and indicators related to tobacco control aimed at Black and quilombola populations in PES (2020-2023; 2024-2027) and in PMS from state capitals and municipalities with the largest quilombola populations (2018-2021; 2022-2025), assessing their level of institutionalization, continuity, and mainstreaming. **Methods:** Qualitative documentary analysis was carried out using 178 planning instruments, including 54 State Plans, 54 capital-city plans, and 72 municipal plans from areas with substantial quilombola populations. The assessment followed a three-dimensional methodological framework: (A) situational analysis and equity guidelines; (B) institutionalization of tobacco control and PNCT programmatic structure; and (C) presence, evolution, and continuity of these themes across cycles. **Results:** Low institutionalization of the race/skin color variable was observed, along with limited references to quilombola populations. Most plans present descriptive mentions without associated goals or indicators. Tobacco control appeared in a fragmented manner, primarily as a general risk factor for chronic diseases. Very few documents integrated tobacco control with racial-equity considerations. **Conclusion:** The analysis revealed that tobacco control actions targeting the Black and Quilombola populations are poorly linked to health diagnoses, with little mention of planning that considers ethnic-racial issues.

► **Keywords:** Tobacco control. Black population. Quilombola population. Health planning. Social determinants of health.

