

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA:
A ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO NA
ATENÇÃO BÁSICA

Hélia Maria Dias

Juiz de Fora

2011

Hélia Maria Dias

**PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO
MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA:
A ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob a orientação da Prof^a. Dra. Leda Maria Leal de Oliveira.

Juiz de Fora
Faculdade de Serviço Social da UFJF
2011

Dias, Hélia Maria.

Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na atenção básica / Hélia Maria Dias. 2011.

124 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Tabagismo. 2. Tratamento. 3. Atenção Básica. I. Título.

Hélia Maria Dias

**Programa de controle do tabagismo no município de Juiz de Fora: a
especificidade do tratamento na atenção básica.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Área de Concentração Questão Social, Território, Política Social e Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 05 de janeiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Leda Maria Leal de Oliveira.
Universidade Federal de Juiz de Fora.

Profa. Dra. Maria Helena Costa Couto.
Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Profa. Dra. Édina Evelyn Casali Meireles de Souza.
Universidade Federal de Juiz de Fora.

À minha família de origem, exemplo de integridade.

À família que estou construindo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecimento: pela colaboração, pelo carinho, pela presteza, pela paciência, pela contribuição e pelo compartilhamento, de alguma forma, de algum sentimento ou atitude que foram importantes na construção e concretização deste trabalho. A todos que estiveram comigo nesta trajetória, meu sincero OBRIGADO!

Ao Pai Celestial, que sempre está com todos nós, mesmo que, às vezes, a gente não perceba.

Aos meus pais e irmãos, sempre serão exemplos, cada um a seu modo.

Ao meu marido, Leo, pelo companheirismo.

Aos meus pequenos, Letícia e Heitor. Ainda bem que vocês fazem parte da minha vida. Minhas inspirações!

Aos amigos de trabalho, aos amigos sociais, aos colegas da turma do mestrado, a todos vocês que, de alguma forma, contribuíram nesta caminhada.

À Profa. Leda, por compartilhar seus conhecimentos e propiciar a consolidação deste estudo.

Aos professores da minha banca, pelas contribuições valiosas a este trabalho: Profa. Édina Evelyn, pelo carinho e por dividir este momento precioso. Profa. Maria Helena, pelo carinho, orientações, amizade.

Aos entrevistados, por disponibilizarem tempo e conhecimento.

À equipe da Coordenação de Planejamento em Saúde, em especial, ao Ivan Chebli.

RESUMO

Esta dissertação trata do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) no município de Juiz de Fora, enfatizando, dentre as demais ações do Programa, a oferta do tratamento do tabagismo na rede de serviços da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Aborda toda dinâmica que envolve a questão do tabagismo em seus diferentes aspectos: sócio-econômico, ambiental e saúde pública. Apresenta as medidas de combate e controle do tabagismo em âmbito mundial, com destaque para o Programa Brasileiro de Controle do Tabagismo, sua organização, resultados e a estratégia de descentralização do Programa para os entes federados (estados e municípios). A metodologia utilizada teve como base a abordagem qualitativa e a pesquisa de campo foi realizada com dez gestores de diferentes níveis hierárquicos da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora. Mediante a baixa adesão das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para ofertar o tratamento do tabagismo, a pesquisa identificou, através da visão dos gestores, um conjunto de fatores que interferem no desenvolvimento do Programa e, portanto, na oferta do tratamento. Os resultados do estudo demonstraram que é necessário maior envolvimento da Secretaria de Saúde em relação a este Programa e o fato de o mesmo não ter financiamento próprio, fundo a fundo, reflete no comportamento do gestor em relação a qualquer programa, inclusive este, ocasionando a não oficialização do mesmo e falta de cobrança das UAPS que não aderem à oferta de tratamento. A rotatividade de profissionais, inclusive dos gestores, e o tipo de contrato também aparecem como fator dificultador à adesão ou continuidade do tratamento. A organização do Programa Nacional também reflete no desenvolvimento da Política de controle do tabagismo nos estados e municípios. Há ausência de interação entre os diferentes níveis de coordenação, meios de comunicação e avaliação adequados e a própria questão do não financiamento do programa. A realização deste estudo propiciou uma reflexão sobre o Programa de Tabagismo em âmbito nacional e local e possibilitou algumas sugestões, a partir dos resultados apresentados, para garantir a continuidade do programa e o acesso da população ao tratamento.

Palavras-chave: Tabagismo; Políticas Nacional e Municipal de Controle do Tabagismo; tratamento do tabagismo; Atenção Básica.

ABSTRACT

This dissertation is about the Municipal Tobacco Control Program (MTCP), in the city of Juiz de Fora, emphasizing, among other actions of the Program, the offering of tabagism treatment in the basic services from the public health system care (Sistema Único de Saúde - SUS). This paper approaches the whole dynamic involving the tabagism issue, in all its different aspects: social, economical, environmental and public health. It presents the fighting and controlling tabagism measures world wide, focusing on the Brazilian tabagism Control Program, its organization, results and decentralization strategy in order to involve states and cities. The methodology used was based on the qualitative approach and a field research was made with ten managers of different hierarchical levels from the Juiz de Fora Secretary of Health. Facing the lack of support from the Primary Unit Health Care (Unidades de Atenção Primária à Saúde – UAPS) to offer the tabagism treatment, the research identified, by the point of view of the managers, a gathering of factors that interfere with the development of the Program, there for on interfering with the treatment offers. The results of this study show that a bigger commitment from the Secretary of Health is required regarding this Program, this is due to the fact that the former doesn't have its own founding, reflects on the behavior of the managers regarding any program, including this one, leading to a non- officialization of it and demanding initiatives from the others UAPS that don't support the treatment offering. The rotativity of the staff, including the managers, and the type of contract also appears as a drawback, making more difficult the support and the continuity of the treatment. The organization of the National Program reflects on the development of the tabagism control Policy in the states and cities. There is a lack of interaction between the different coordination levels, means of the communication, an accurate evaluation system and financing the program. The realization of this paper lead to a reflection about the Tabagism Program in both levels, national and local, from the results presented some suggestions are given in order to assure the continuity of the program and its accesses for all the population.

Key-words: Tabagism; National and Municipal Tabagism Control Policy; Tabagism Treatment; Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ATC	American Tobacco Company
ALT	Ambiente Livre de Tabaco
ACTBR	Aliança para Controle do Tabaco no Brasil
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CF	Constituição Federal
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNCT	Comissão Nacional para Controle do Uso do Tabaco
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPCT	Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo
COP	Conferência das Partes
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DIC	Doença Isquêmica Cardíaca
EUA	Estados Unidos da América
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPI	Instituto Nacional de Propriedade Industrial
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPLAN	Instituto de Planejamento Nacional
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério de Educação e Cultura
NOBs	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONI	Organização de Negociação Intergovernamental
ONG	Organização Não Governamental
PTA	Poluição Tabagística Ambiental
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PMCT	Programa Municipal de Controle do Tabagismo
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PDR	Plano Diretor de Regionalização
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Financeira
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA	Sistemas de Informações Ambulatoriais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SECOPTT	Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UAPS	Unidade e Atenção Primária à Saúde
UE	União Europeia
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 – O TABAGISMO NO MUNDO	19
1.1 A disseminação do tabaco pelo mundo	19
1.2 Os primeiros estudos acerca dos malefícios do cigarro	21
1.3 Tabagismo: a sincronia entre aspectos econômicos, saúde e pobreza	25
1.4 Medidas de Controle do tabagismo	30
1.4.1 Convenção Quadro para Controle do Tabaco – CQCT	35
2 – O TABACO NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, LEGAIS E ASSISTENCIAIS	39
2.1 Panorama nacional	39
2.2 O Sistema Único de Saúde/SUS e o tabagismo	43
2.2.1 Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT	51
2.2.2 Tratamento e apoio ao fumante na rede SUS	56
3 – O PROGRAMA DE TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA	59
3.1 Situando a política de saúde do município de Juiz de Fora	59
3.2 Implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) em Juiz de Fora	65
4 – A ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: A REALIDADE DE JUIZ DE FORA	74
4.1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa	74
4.2- Análise do Processo de implantação do PMCT no município	76
4.3 – Secretaria Municipal de Saúde e PMCT: encontros e desencontros	78
4.4 - Especificidade do tratamento na Atenção Básica à Saúde	87
4.5 - Estratégias e mecanismos da Coordenação/SECOPTT para viabilizar o tratamento do tabagismo na ABS	91
4.6- Avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo	94
4.7- Avaliação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e perspectivas futuras	99
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Oriundo das Américas, o tabaco era utilizado, inicialmente, pelos povos indígenas em rituais religiosos. Os europeus, a partir das grandes navegações, disseminaram o uso do tabaco fumado (cachimbo, charutos, cigarrilhas e cigarros) e não fumado (aspirado: rapé; mascado: fumo-de-rolo) pelos continentes (INCA, 1998a; CARVALHO, 2001; SILVA E SESTELO, 2007).

Até o final do século XIX, a fabricação do cigarro era artesanal, o que tornava seu preço elevado. Por consequência, o mercado consumidor era pequeno. O desenvolvimento das máquinas para fabricação de cigarro, no início do século XX, aumentou a produtividade, tornando-o mais barato e acessível (CARVALHO, 2001; BOEIRA, 2002).

Paralelamente ao investimento na produção, as estratégias de marketing das companhias de tabaco, através de associações do hábito de fumar com sucesso, juventude, vitalidade, luxo, charme e até saúde, resultaram numa aceitação social, criando um contexto favorável à expansão do consumo de tabaco.

A partir da década de 1950, foram realizadas muitas pesquisas e estudos relacionados aos malefícios causados pelo tabagismo. O resultado destes estudos evidenciou que o tabagismo é um significativo fator de risco para quase 50 doenças diferentes, destacando-se as cardiovasculares, o câncer e a doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC (INCA, 1998b; OMS, 2003; IGLESIAS *et. al.*, 2007).

A exposição involuntária à fumaça do cigarro pelos não fumantes, chamada de “tabagismo passivo”, também provoca doenças e morte prematura em adultos e crianças. O tabagismo passivo está associado a uma incidência aumentada de câncer de pulmão, doença arterial coronariana em adultos e transtornos respiratórios em crianças. Fumar durante a gestação pode provocar parto prematuro, assim como um baixo peso ao nascimento. As crianças que convivem com adultos fumantes ou estão expostas à fumaça do tabaco apresentam um risco aumentado de episódios de asma e infecções respiratórias (BRATS, 2010; SILVA E SESTELO, 2007).

À medida que os malefícios do tabagismo passaram a ser divulgados, muitos países desenvolvidos passaram a adotar políticas de controle do tabagismo, o que ocasionou a transferência de atuação das companhias transnacionais de tabaco para os países pobres e em desenvolvimento – América do Sul, Ásia, Europa Oriental e África (BOEIRA, 2002; OMS,

2005). Agrega-se a este fator a liberalização do comércio, que acarretou mais pressão sobre essas regiões. “Estudos realizados em mais de 80 países indicam que a liberalização do comércio aumenta o consumo de tabaco, especialmente nos países com rendas baixa e média” (OMS, 2005:07).

Embora o resultado dos estudos relacionados ao uso do tabaco sejam amplamente divulgados pela comunidade científica e, por conta de legislações, contido até nos maços de cigarros vendidos em muitas nações, ainda assim quase 1,3 bilhão de pessoas fumam. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2003), o tabagismo é responsável por 6 milhões de mortes ao ano, 12 mil mortes por dia e está em quarto lugar entre as causas de morte prematura no mundo.

O fato de haver no cigarro uma substância aditiva, a nicotina, com os mesmos efeitos de drogas que causam dependência, é um dos motivos da rápida expansão do uso do tabaco e das dificuldades enfrentadas para se parar de fumar. A OMS classifica o tabagismo entre os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa. Entretanto, além da nicotina, o cigarro contém outras 4720 substâncias tóxicas, responsáveis por causar inúmeros e diferentes tipos de doenças.

O tabagismo não traz implicações somente no âmbito da saúde pública. Nas últimas décadas, surgiram estudos que tratam de repercussões socioeconômicas e ambientais. Dentre as repercussões socioeconômicas pode-se mencionar o desvio de renda. “Fome e desnutrição agravam-se quando os recursos escassos são usados com tabaco. Muitos países com renda baixa ou média possuem grandes bolsões de pobreza e altas taxas de tabagismo” (OMS, 2005:08). Outro aspecto relacionado é quanto à perda de produtividade por causa de doenças e morte prematura relacionadas ao tabaco: retenção de leitos hospitalares, absentismo no trabalho, pensões, acidentes, invalidez (MIRRA *et al*, 2009).

O reflexo no meio ambiente também é alarmante. Florestas são derrubadas para dar lugar a lavouras de tabaco e para fornecer o carvão vegetal utilizado no seu curtimento. Isso sem contar o empobrecimento do solo e a contaminação da água com o uso de pesticidas e fertilizantes, além do elevado número de incêndios (30%) provocados por restos de cigarros (MIRRA *et al*, 2009; OMS 2005).

O consumo do tabaco vem gerando preocupações que estão relacionadas com o desenvolvimento como um todo, uma vez que traz implicações sociais, econômicas e

ambientais. Neste sentido, muitos países vêm renovando ou até mesmo implementando políticas de controle do tabagismo.

Durante os anos de 1999 e 2003, os 192 países considerados Estados-Membro da OMS elaboraram o primeiro tratado internacional de saúde pública, denominado Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). A elaboração deste tratado visa a controlar a pandemia do tabagismo no mundo e “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (MEIRELLES E CAVALCANTE, 2006:188).

A partir de fevereiro de 2005, após entrar em vigor, muitos países passaram a orientar suas medidas de controle do tabaco com base nas determinações nele contidas.

No Brasil, parte das medidas já havia sido implementada, fato que colocou o país em destaque, propiciando-lhe posição de líder nas negociações à época das discussões e aprovação da CQCT.

A política de controle do tabagismo no Brasil passou a ser organizada, a partir de 1989, pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), através de diferentes medidas, objetiva reduzir a prevalência de fumantes no país e a conseqüente morbimortalidade causada por doenças relacionadas ao tabaco. Para tanto, inclui ações legislativas, econômicas e educativas. De acordo com Meirelles e Cavalcante (2006), o Brasil possui uma das legislações mais avançadas, com leis que determinam informações aos cidadãos sobre os malefícios do cigarro e proteção contra a exposição da fumaça do cigarro e a indução ao consumo.

Para que as ações alcancem todo o território, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento do Programa em âmbito Federal, Estadual e Municipal. Seguindo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização foi o mecanismo utilizado para disseminar e propiciar o alcance das ações para todo o país.

À medida que as ações passaram a ter mais visibilidade, principalmente as educativas, que buscam levar mais informações à população, e as leis que determinam os Ambientes Livres de Tabaco (ALT), ocorreu uma diminuição da aceitação social do tabagismo e uma maior conscientização sobre seus malefícios. O resultado foi um crescente número de fumantes desejando parar de fumar. Pesquisas mostram que cerca de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, mas apenas 3% conseguem a cada ano sem ajuda. Os demais precisam de suporte. Para oferecer este suporte, os profissionais de saúde devem estar aptos a

lidar com esta nova demanda de tratamento, o que pressupõe, também, que o tabagismo deve ser entendido como doença. “A conscientização do profissional de saúde sobre a importância de valorizar o tratamento do fumante deve ser priorizada como uma estratégia fundamental no controle do tabagismo” (MEIRELLES E CAVALCANTE, 2006:179).

A demanda para o tratamento, mediante avanço contínuo das políticas de controle e combate ao tabagismo, levou o Ministério da Saúde a investir no tratamento do tabagismo como uma das ações do PNCT, no intuito de promover a cessação.

A partir de 2004, o tratamento começou a ser oferecido pelo SUS, por meio de portaria ministerial que estendeu o tratamento para a rede de atenção básica e de média complexidade. Em 2006, foi aprovada a Política de Promoção da Saúde, contida no Pacto pela Saúde 2006, no qual as atividades de controle do tabagismo fazem parte das propostas de promoção da saúde.

Em Juiz de Fora, o primeiro passo para propiciar o tratamento através da atenção básica foi a criação da Coordenação Municipal, denominada Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT), responsável pelas ações do Programa de Tabagismo em âmbito local. Em abril de 2005, foi estruturada a Coordenação, situada no Departamento de Clínicas Especializadas (DCE) e a ele vinculada. Este Departamento faz parte da Subsecretaria de Atenção Secundária.

O primeiro passo para a implantação da Coordenação/SECOPTT foi conseguir espaço físico e uma infra-estrutura adequada para iniciar os trabalhos. O segundo passo foi agregar novos profissionais de suporte administrativo e um médico (pneumologista), além das duas assistentes sociais que já compunham a Coordenação. O passo seguinte foi iniciar as capacitações exigidas pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer (MS/INCA), no intuito de descentralizar a assistência para as Unidades de Atenção Básica, conforme orientações do próprio MS/INCA. Contando com a colaboração de outros profissionais de saúde do município e da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que eram capacitados, experientes e engajados neste trabalho, foram oferecidas as primeiras capacitações, ainda no ano de 2005, para algumas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

A Coordenação/SECOPTT foi organizada em dois segmentos: administrativo e assistencial. Inicialmente, a equipe assistencial ficou responsável pelo atendimento à população que reside em áreas onde não existem UAPS e pelos usuários de unidades que não tinham profissionais com a capacitação exigida pelo Ministério da Saúde. À medida que os

profissionais de saúde das UAPS foram sendo capacitados, os usuários não mais poderiam utilizar o SECOPTT para receberem o tratamento, devendo se dirigir à sua Unidade de referência.

O município de Juiz de Fora conta, atualmente, com 59 UAPS, divididas entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e tradicionais, cobrindo áreas rurais e urbana. Ao longo destes seis anos de existência do Programa no Município, os profissionais das Unidades de Saúde foram sendo capacitados de forma que pelo menos um profissional de cada Unidade tenha a capacitação exigida pelo MS. Entretanto, a adesão das UAPS para oferecer o tratamento do tabagismo tem sido muito baixa e, até a presente data, somente 26 Unidades oferecem o tratamento para os usuários de sua respectiva área de abrangência. Os demais não estão recebendo este tratamento, apesar do empenho constante por parte da Coordenação/SECOPTT.

Por estar inserida na Coordenação desde o momento de sua criação, ter atuado como coordenadora por 8 meses (abril a dezembro de 2006) e, posteriormente (até a presente data), na área assistencial, venho acompanhando o processo de construção da política de combate e controle do tabagismo no município, o que me permitiu perceber algumas contradições existentes na execução do Programa de Tabagismo, em especial no que se refere à oferta do tratamento na atenção básica do SUS. Nestes anos de trabalho junto à Coordenação, percebi que houve avanços na parte legislativa e educativa (campanhas realizadas nas datas pontuais), porém, considero que a oferta do tratamento nas Unidades de Atenção Primária ainda é bastante precária.

Esta precariedade – que tem dificultado o acesso da população ao tratamento do tabagismo e, com isso, limitando o direito do usuário ao serviço – vem, ao longo destes anos de atuação, levando-me a refletir sobre questões como: quais são os entraves e/ou fatores que justificam a baixa adesão das UAPS para oferecer este tratamento? Qual o compromisso e o entendimento dos gestores a respeito do Programa Municipal de Controle do Tabagismo?

O incômodo provocado por estas questões me levou a propor este estudo, que tem como objeto: “O Programa Municipal de Controle do Tabagismo e a oferta do tratamento na atenção básica”.

Estas inquietações advindas do espaço profissional vieram ao encontro da oportunidade de dar continuidade à minha formação no curso de mestrado. Ao cotidiano profissional foram acrescentados os debates ocorridos durante o mestrado, em especial na

disciplina Estado e Gestão Pública. As discussões se pautaram em um referencial teórico que contemplou o desenvolvimento e o papel do Estado como propositor e gestor de políticas públicas, possibilitando uma análise do gerenciamento das políticas sociais do macro ao micro. Esta disciplina adensou o desejo de conhecer e refletir sobre as possíveis implicações do modo de gestão na política municipal de saúde voltada para o controle e combate ao tabagismo, em especial por se tratar da minha área de atuação profissional.

Pretendo, com este estudo, refletir sobre o Programa de Tabagismo em Juiz de Fora, caracterizando a especificidade do tratamento na atenção básica. Proponho uma reflexão em torno da implantação e desenvolvimento do Programa, bem como uma avaliação da percepção dos gestores quanto à oferta do tratamento e fatores dificultadores para operacionalização do tratamento na Atenção Básica à Saúde.

Para a construção do estudo, optei pela abordagem qualitativa como forma de me aproximar do meu objeto, buscando não respostas prontas, acabadas, mas pistas que possam contribuir para a discussão do acesso ao tratamento do tabagismo na atenção básica. Conforme Turato (2005), a pesquisa qualitativa permite ao pesquisador entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo e, a partir daí situar sua interpretação. Decorrente de um processo em construção, o método qualitativo busca entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta.

O cenário deste estudo constituiu-se na instituição Prefeitura de Juiz de Fora/Secretaria de Saúde, especificamente os diferentes setores hierárquicos que compreendem a Secretaria de Saúde e que são responsáveis pela dinâmica dos Serviços de Saúde.

Os sujeitos que colaboraram para a construção deste estudo são profissionais que ocuparam e/ou ocupam cargos estratégicos no desenvolvimento e planejamento da política de saúde no município. Estes sujeitos foram ou são determinantes no processo de implantação do Programa de Tabagismo e a questão do tratamento. Conforme aponta Duarte (2002), na pesquisa qualitativa é importante privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer.

Assim, trabalhei com um total de 10 sujeitos, distribuídos em duas gestões municipais,¹ a saber: gestão 2005/2008 – Secretário de Saúde, Subsecretário de Atenção Primária, Subsecretário de Atenção Secundária, Coordenadora do SECOPTT, Coordenadora

¹ O PMCT, até a presente data, passou por duas gestões. A primeira, momento de sua implantação, refere-se à gestão 2005/2008, administração do Prefeito Carlos Alberto Bejani (PTB). A atual administração, 2009/2012, tem como chefe do Executivo o Prefeito Custódio Mattos (PSDB).

da Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo (CIPCT); gestão atual (2009/2012) – Subsecretário de Atenção Primária, Subsecretário de Atenção Secundária, Coordenadora do SECOPTT, Referência Técnica do Tabagismo da Gerência Regional de Saúde (GRS) e Secretário do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Para selecioná-los, defini um critério de exclusão, qual seja: sujeitos com menos de 12 meses de experiência no cargo. Tal critério se fez necessário a partir do levantamento dos sujeitos e da constatação da rotatividade de profissionais que ocupam estes cargos estratégicos na Secretaria de Saúde. De um modo geral, os profissionais convidados para assumirem estes cargos não permaneceram durante toda administração. Partindo do pressuposto de que menos de 12 meses não seria o suficiente para os sujeitos se inteirarem de toda dinâmica da Secretaria de Saúde.

Com base neste critério, selecionei onze sujeitos, porém, como mencionado anteriormente, trabalhei com 10. Esta mudança no total de entrevistados selecionados ocorreu por motivo de férias de um dos participantes que, ao retornar, pediu exoneração do cargo. Os sujeitos foram abordados através de entrevista semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada é uma técnica de coleta de dados que supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador e que deve ser dirigida por este de acordo com seus objetivos (DUARTE, 2002).

As entrevistas foram orientadas a partir de um roteiro (Anexo 1). O roteiro, como instrumento que direciona a entrevista, se apoia nas variáveis e nos indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos e que podem ser organizados em tópicos temáticos. Para a entrevista semi-estruturada, estes tópicos funcionam apenas como lembretes, uma orientação e guia para o andamento da interlocução entre entrevistado e entrevistador. Na entrevista semi-estruturada, o roteiro é construído de forma a permitir flexibilidade na conversa e absorção de novos temas de interesse do entrevistado (SOUZA *et al*, 2005).

Para verificar a adequação do roteiro da entrevista, realizei o pré-teste, com o intuito de avaliar possíveis falhas ou necessidade de reformular o roteiro. Como orientam Martins e Bógus (2004), o pré-teste permite ao pesquisador perceber se o roteiro proposto está inadequado, retirando ou acrescentando itens. Para Souza (2005), o pré-teste é uma forma de submeter o instrumento aos diferentes atores sociais, buscando sua contribuição para avaliar sua adequação e inteligibilidade.

Os entrevistados foram contatados por telefone, ocasião em que lhes expliquei o objetivo da pesquisa e agendei dia, horário e local, conforme a disponibilidade dos mesmos. As entrevistas ocorreram durante os meses de julho e agosto de 2011 e foram autorizadas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), com cópia assinada e fornecida a cada entrevistado. Nesta pesquisa, foi mantido o anonimato dos sujeitos e os mesmos foram identificados por números.

Para maior fidedignidade das falas e interpretação das respostas, as entrevistas foram gravadas e seu conteúdo foi transcrito para posterior análise dos dados. De acordo com Minayo (2008), a expressão mais usual para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo, que apresenta diferentes modalidades. Neste estudo, optei pela modalidade análise temática, que significa:

Descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado [...] denota a presença de estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2008:316).

Seguindo as orientações da autora, a análise ocorreu em três fases. Na primeira, denominada pré-análise, realizei uma leitura exaustiva do material coletado, aprofundando no conteúdo e elaborando pressupostos que sustentem a análise e a interpretação dos dados. A segunda refere-se à exploração do material, na qual realizei a classificação dos dados por meio de categorias, recortando, no texto, as unidades de registro, que podem ser palavras, frases ou expressões significativas, ou seja, temas considerados relevantes para o pesquisador. Na terceira, tratamento e interpretação dos resultados, busquei inferências e interpretações, relacionando-as aos pressupostos teóricos utilizados anteriormente e outros que favoreceram a análise.

Percorrido este caminho, parti para a elaboração do relatório, com apresentação dos resultados da pesquisa, ressaltando os pontos relevantes do estudo e as contribuições do mesmo.

É necessário registrar que esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, sob autorização do parecer 246/2010, emitido em 18/11/2010.

A apresentação da dissertação foi organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, foi realizado um resgate histórico sobre a questão do tabagismo em escala mundial:

sua origem, disseminação, estudos sobre seus malefícios, reflexos econômicos, sociais e ambientais e as medidas adotadas pelas nações para seu controle.

No segundo capítulo, foi contextualizada a questão do tabagismo no Brasil. Foram apresentados alguns dados epidemiológicos, os avanços obtidos na política nacional de combate e controle ao tabagismo e sua inserção no Sistema Único de Saúde, com destaque para oferta do tratamento do tabagismo como uma das estratégias para propiciar a cessação.

No capítulo três, abordei a política de combate e controle ao tabagismo no município de Juiz de Fora, sobretudo a partir da implantação do Programa Municipal de Controle ao Tabagismo (PMCT), e a especificidade do tratamento nas UAPS.

Para finalizar, no capítulo quatro, apresentei a análise dos dados a partir da visão dos sujeitos deste estudo. Identifiquei o processo de implantação e desenvolvimento do Programa no município e os fatores que justificam a baixa adesão das UAPS na oferta do tratamento. Demonstrei as possibilidades e os aspectos negativos e positivos do Programa Municipal e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

O propósito deste trabalho é trazer à tona um conjunto de reflexões sobre o Programa Municipal de Controle do Tabagismo e a questão do tratamento do tabagismo na atenção básica, de maneira que todos os aspectos apresentados a partir da realização desta pesquisa sejam elementos para repensarmos novos caminhos e alternativas que viabilizem e garantam o tratamento aos usuários do SUS.

1 – O TABAGISMO NO MUNDO

O consumo de cigarros é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história. O tabagismo representa um dos mais graves problemas de saúde pública da humanidade, configurando uma epidemia que compromete não só a saúde da população mundial, como também as economias dos países e o meio ambiente (INCA, 1996). Este capítulo traz um resgate histórico sobre a origem e disseminação do tabaco pelo mundo, bem como o resultado dos primeiros estudos relacionados ao seu uso crescente. Apresento um conjunto de informações que demonstra o quanto o tabagismo se tornou um grande problema de saúde e indica seu rebatimento nos aspectos econômicos, sociais e ambientais, além de apontar quais medidas estão sendo tomadas para controlar e combater o tabagismo em âmbito global.

1.1- A disseminação do tabaco pelo mundo

O consumo do tabaco surgiu por volta do século X a.C., nas sociedades indígenas da América Central, relacionado aos rituais mágico-religiosos. O tabaco era utilizado como meio para obtenção de experiências transcendentais, constituindo parte dos ritos religiosos da população indígena (INCA, 1998a).

De acordo com Boeira (2002), o uso do tabaco com finalidades transcendentais nas sociedades indígenas difere de seu uso nas sociedades urbanas. Nesta, o consumo está associado ao prazer social, devido às suas propriedades estimulantes ou tranquilizantes, em pequenas doses.

O autor salienta que a percepção dos efeitos de longo prazo provocados pelo cigarro só aconteceu na medida em que as sociedades se desenvolveram e investiram em saneamento e, ao mesmo tempo, na medida em que a sociedade começou a perceber que a expectativa de vida entre os não fumantes é superior à dos fumantes. Até as primeiras décadas do século XX, nem as sociedades indígenas nem a moderna tinham condições de fazer este tipo de distinção.

Derivado da planta *Nicotiana Tabacum*, o tabaco disseminou-se pela Europa a partir do século XVI, através do diplomata francês Jean Nicot,² que teve uma úlcera de perna

² A Nicot se deve o nome científico dado à planta, *Nicotiana*, adotado por médicos e boticários ainda no final do século XVI (NARDI, 1996).

cicatrizada pela folha do tabaco (INCA, 1998a). Em 1560, “Nicot exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo. A partir daí, o tabaco espalhou-se pela Europa e começou-se a fumar cachimbo, tornando-se uma das principais fontes de renda de alguns países europeus” (SILVA e SESTELO, 2007:11).

Antigamente, era comum atribuir algumas funções terapêuticas ao tabaco. Conforme Rosemberg (2002:6), “até o fim do século XVIII o tabaco figurava nas farmacopéias de todos os países como medicamento isolado ou associado a mais de três dezenas de outros medicamentos”.

As primeiras formas de comercialização da folha de tabaco foram o fumo para cachimbo, o rapé, o tabaco para mascar e o charuto. (INCA, 1998a). Esses eram os meios de uso do tabaco, difundidos até o século XIX. De acordo com Carvalho (2001:35), “o que mudou a história do fumo foi o uso do papel para enrolá-lo e a sua produção em massa”. O consumo em grande escala só foi possível após a difusão do cigarro manufaturado.

O processo de urbanização e a invenção da primeira máquina de enrolar cigarro,³ no ano de 1881, foram fatores decisivos tanto no aumento do consumo quanto na popularização do cigarro. Conforme Boeira (2002:51), “fumar cigarro tornou-se mais prático do que fumar charuto ou cachimbo, o que induziu muitos à experimentação, ocasionando o hábito ou dependência”.

A primeira e segunda guerras mundiais foram determinantes na difusão do cigarro pelo mundo. Durante a primeira guerra, o tabaco foi amplamente distribuído aos soldados norte-americanos. A necessidade do tabaco no período de guerra está sintetizada na fala do General Pershing, comandante das tropas americanas na Europa, que afirmava que o fumo era tão importante para vencer a guerra quanto as balas. Até mesmo o Exército da Salvação e a Associação Cristã de Moços, entidades que combatiam o fumo, ficaram incumbidos de distribuir cigarros nos acampamentos. Existia até um fundo para compra de cigarros para os

³ “Em 1881 – portanto na passagem do período do capitalismo liberal para o capitalismo organizado – James Bonsak anuncia a invenção de sua máquina de confeccionar cigarros. A família Duke resolve aperfeiçoá-la e, em 1884, o modelo já produzia 200 cigarros por minuto ou 46,8 milhões ao ano. Calcula-se que vinte dessas máquinas poderiam satisfazer a demanda estadunidense de 1885. Antes do invento, as carteiras de cigarros são vendidas por dez centavos de dólar, cada uma com dez unidades; depois, o preço cai para cinco centavos. De 1885 a 1886, a família Duke aumenta sua produção de 09 para 30 milhões de cigarros. Percebe-se com esses números a importância decisiva da industrialização no aumento do consumo. Em 1890, a empresa da família Duke passa a se chamar American Tobacco Company (ATC), principal fabricante da época. Entre 1895 e 1905, a ATC é a segunda empresa industrial em termos de capitalização, atrás da U.S. Steel, e é três vezes maior que a General Electric Company, a terceira em ordem de importância” (BOEIRA, 2002:49).

soldados, constituído pelo dinheiro que, antes, era utilizado em determinadas comemorações. Um exemplo disso é o dinheiro que seria usado, em 1917, para a compra de fogos de artifício para a comemoração da independência norte-americana, que foi revertido para esse fundo (CARVALHO, 2001).

Com a primeira Guerra, o cigarro sofreu uma conversão – “o pequeno diabo branco” transformou-se em símbolo de civismo, de democracia e, sobretudo, de heroísmo, imagem plasmada no soldado que triunfara na Europa, o efeito foi imediato. Entre 1918 e 1928, as vendas de cigarro quadruplicaram nos EUA. O cigarro deixara o gueto dos vanguardistas, dos trabalhadores e dos imigrantes e transformara-se em produto de massa (CARVALHO, 2001:40).

A Segunda Guerra e o cinema deram continuidade à disseminação do cigarro. Durante a Segunda Guerra, o cigarro continuou sendo distribuído entre os soldados e as produções cinematográficas de Hollywood foram, sem dúvida, um mecanismo eficiente para propagar ideologias, hábitos e opiniões. Através do cinema, a indústria do tabaco ganhou inúmeros adeptos, influenciados por grandes ícones que gravaram cenas fumando.

Para Carvalho (2001:61), “o cigarro talvez tenha conquistado o mundo não por seus efeitos fisiológicos, mas pelo simbolismo que carrega. Ele é o mais ocidental dos símbolos da passagem da infância para um mundo mais autônomo”. Este é um fator determinante para o aumento do consumo entre os adolescentes e as mulheres, para quem o cigarro é um forte símbolo de emancipação.⁴

1.2- Os primeiros estudos acerca dos malefícios do cigarro

O aumento do consumo do cigarro e sua disseminação não significa que havia apenas adeptos ao seu uso e comercialização. Na mesma proporção que aumentou o hábito de fumar, também cresceram o número de pesquisas acerca dos riscos envolvendo o tabagismo.

⁴ O cigarro só virou acessório chique para as mulheres após um golpe mercadológico no final dos anos 20. “Edward Bernays, sobrinho de Freud, que tinha ideias diabólicas de marketing, constatou que as poucas mulheres que fumavam o faziam em casa, escondidas, como se o cigarro fosse a ante-sala da depravação – e era mais ou menos assim que as fumantes eram vistas. Para quebrar a resistência a fumar em público, Bernays contratou moçoilas magérrimas para desfilarem com um cigarro nos dedos. Junto com a imagem, espalhou o boato de que cigarro era dietético. Fez tudo isso como funcionário da American Tobacco. ‘Troque o doce por um cigarro’. Recomendava um dos anúncios da empresa na época” (CARVALHO, 2001:61).

De acordo com Boeira (2002), a primeira obra antitabagista de que se tem conhecimento foi publicada em 1604, intitulada *Counterblast to tobacco*. (Oposição ao tabaco). Esta obra foi escrita pelo rei da Inglaterra, Jaime I (1556-1625). Nela, o monarca nega o valor medicinal do fumo e caracteriza o costume de fumar como prática depreciável.

Também considerado um dos mais antigos registros sobre malefícios do cigarro, os estudos do médico londrino John Hill, de 1761, associaram tumores no nariz ao consumo de rapé, no caso, o tabaco em pó aspirado. Em 1859, outro médico, o clínico francês M. Brusson, realizou uma análise comparativa com 68 pacientes com câncer nos lábios e boca e percebeu que, destes, 66 fumavam cachimbo. Outro registro interessante refere-se ao livro de 1885 intitulado *The tobacco problem* (O problema Tabaco), de Meta Lander, que apresenta o depoimento de 6 médicos que já faziam vínculo entre o tabaco e vários tipos de câncer (CARVALHO, 2001).

O aumento de casos de câncer de pulmão ao longo do século chamou a atenção dos médicos e, nas décadas de 1950 e 1960, foram realizados uma série de estudos mais consistentes que revelaram a prevalência de câncer de pulmão, de doenças coronárias e outras doenças entre fumantes.

Nos estudos epidemiológicos realizados neste período, destacam-se dois métodos: os retrospectivos e os prospectivos.⁵ Utilizando o método prospectivo, foram realizados, na década de 1950, os estudos de Doll, Hill e Peto, na Inglaterra, e, nos Estados Unidos, o estudo de Hammond e Horn. No estudo dos americanos, foram entrevistados 187.782 homens de nove estados, ao longo de 44 meses. Posteriormente, em 1959, 1.078.894 homens e mulheres foram entrevistados, envolvendo mais de 68 mil voluntários e abrangendo 25 Estados norte-americanos. Após três anos de observação, chegou-se à conclusão de que o maior índice de câncer de pulmão e de mortalidade era de fumantes (ROSEMBERG, 1987).

Já o estudo dos especialistas ingleses foi baseado no acompanhamento de informações de saúde e comportamento de todos os médicos do Reino Unido, através da distribuição de questionários entre estes profissionais, a partir de 1951, e que se estendeu por vários anos.

⁵ “Nos estudos retrospectivos a relação dos casos de determinada doença, são relacionados em função do histórico dos indivíduos, divididos em dois grupos, um de fumantes e outro de não fumantes, analisando, portanto o maior grau de incidência entre os grupos. Já nos estudos prospectivos determina-se previamente o estado de saúde e outros dados pessoais de grande número de fumantes, registrando diversas características acerca do hábito. Esse grupo é comparado a outro, de número semelhante, porém de não fumantes. Após alguns anos se realiza a comparação entre os dois grupos, observando a prevalência de doenças e mortes” (ROSEMBERG, 1987:31)

Este estudo influenciou na produção do relatório “Fumo e Saúde” do Royal College of Physicians, em 1962 (ROSEMBERG, 1987).

Em 1957, através de um inquérito retrospectivo, Schwartz e Denoix observaram três grupos de 500 indivíduos. No primeiro grupo, de não cancerosos, 8% eram fumantes. No segundo grupo, de cancerosos não pulmonares, verificou-se que 11% eram fumantes. Por fim, no terceiro, de portadores de câncer de pulmão, 99 % eram fumantes (MIRRA, 2006).

Outro estudo emblemático ocorreu no ano de 1953, quando o médico alemão Ernst Wynder deu início a uma experiência em que pincelou o dorso de 86 ratos, ao longo de dois anos, com uma substância obtida a partir da condensação da fumaça do cigarro. Cada rato recebeu, neste período, 40 gramas de alcatrão destilado (o que equivale à quantidade de alcatrão e nicotina encontrada em um maço de cigarros). “O resultado foi assustador. Dos 62 ratos que sobreviveram, 58 % tinham desenvolvido tumores cancerígenos. Entre os ratos pintados, 90% morreram nos vinte meses seguintes. No grupo de ratos que não foram pintados, 58% sobreviveram durante esse mesmo período” (CARVALHO,2001:14).

Entretanto, foi um relatório confeccionado pelo Ministério da Saúde dos EUA, no ano de 1964, que oficializou todos os estudos realizados até então. Conforme Carvalho (2001:44), “pela primeira vez, um documento oficial americano reconhecia o que os cientistas estavam cansados de saber – que o cigarro causa câncer de pulmão”. Este documento, chamado relatório Terry,⁶ foi elaborado por uma comissão consultiva sobre o fumo e saúde, patrocinada pelo governo federal. Esta Comissão examinou trinta mil textos científicos sobre o fumo e selecionou sete mil que serviram de base para as conclusões. O relatório demonstrou que a taxa de morte por câncer de pulmão era dez vezes maior entre fumantes em relação aos não fumantes e ainda citou bronquite crônica e enfisema pulmonar como mais incidentes em fumantes.

Para Carvalho (2001), o relatório de 1964 trouxe um diferencial: além de ter oficializado a relação entre cigarro e câncer, fez com que o Estado americano adotasse as primeiras medidas para uma política de combate ao fumo, que se alastraria pelo mundo.

A primeira medida adotada nos Estados Unidos após o relatório de 1964 foi a impressão de rótulos de advertência nos maços de cigarro, a partir de 1965. Pouco incisivo, o texto impresso apenas informava: “Fumar cigarro pode ser prejudicial a saúde”. Neste mesmo

⁶O relatório recebeu este nome em homenagem a Luther Terry, Diretor Geral do Serviço de Saúde Pública dos EUA, cargo semelhante ao de Ministro da Saúde no Brasil. Terry foi o responsável pela divulgação dos resultados das pesquisas realizadas pela Comissão Consultiva sobre Fumo e Saúde (BOEIRA, 2002).

ano, foi editado o Código de Publicidade do cigarro, no qual foram proibidos anúncios que alimentassem as fantasias sexuais, o uso de atletas ou que contivessem qualquer conotação terapêutica. O desrespeito às regras do Código implicava em multa de US\$ 100 mil (CARVALHO, 2001).

Em 1967, foi produzido um novo relatório, com ênfase nas doenças do coração. Nesta publicação, ficou evidenciado que a nicotina aumenta a demanda de oxigênio e o gás carbônico (ambos contidas no cigarro) reduz o fluxo de oxigênio, testando os limites físicos do coração (CARVALHO, 2001).

Um interessante estudo veio no ano de 1972, no qual o Ministério da Saúde dos EUA apresentou dados referentes ao fumo passivo. Carvalho (2001:50) ressalta a importância deste estudo:

Pela primeira vez um organismo oficial atribuía à fumaça do cigarro dispersa no ambiente a capacidade de matar. O fumo passivo seria responsável por 15% das mortes provocadas por câncer de pulmão – exatamente o mesmo percentual de não fumantes que morriam por causa desse tipo de tumor.

A sequência de relatórios com ênfase nos malefícios causados pelo cigarro, produzidos pelo MS dos EUA, provocou a reação da indústria do tabaco,⁷ que rebatia com diferentes argumentos, inclusive comparando os supostos malefícios da Poluição Tabagística Ambiental (PTA) ao uso de agrotóxicos em alimentos. Para comprovar os estudos sobre esse tema, em 1986, o MS dos EUA dedicou o relatório anual exclusivamente ao fumo passivo e o resultado foi contundente: “Fumo involuntário pode causar câncer de pulmão em não fumantes”.

⁷ Segundo Carvalho (2001:18), a indústria do tabaco sempre esteve ciente dos malefícios provocados pelo cigarro. Além de esconder os resultados de estudos que encomendava, também tentava deturpar os resultados dos estudos oficiais. Conforme o autor, “os fabricantes de cigarro já sabiam, desde os anos 50, que o cigarro provoca câncer de pulmão, mas só admitiram 40 anos depois. Também negaram que o cigarro fosse uma droga que causa dependência “pior até que aquela provocada pela cocaína e heroína, porque nenhum usuário dessas duas drogas consome-as com a mesma frequência que um fumante”. No ano de 1914, teve início o dismantelamento da fraude da indústria, pela justiça. Advogados tornaram públicos documentos secretos. Havia dois tipos de documentos, os científicos e os memorandos do alto escalão. Um dos textos científicos é de 1953, em que o pesquisador Claude Teague associa ao câncer o uso de cigarro por longos períodos. Outra pesquisa encomendada pela indústria foi relativa aos componentes da fumaça do cigarro. Realizada em 1961, o resultado define: “Há materiais biológicos ativos na fumaça do tabaco do cigarro, eles são causadores de câncer, promotores de câncer, tóxicos, estimulantes e prazerosos”. Quanto aos memorandos, dois receberam destaque. Um do no de 1963, que cita a dependência: “Nosso negócio é vender nicotina, droga viciante que é eficaz no relaxamento dos mecanismos de estresse”. Um outro, de 1965, trazia: “Determinar o mínimo de nicotina para manter o fumante normal viciado”. Este memorando era do pesquisador Ron Tamol, da Philip Morris, produtora do cigarro mais vendido no mundo, o Marlboro.

De acordo com Rosemberg (1998), na atualidade, já existem mais de 120 mil artigos sobre os efeitos do tabagismo passivo. Boeira (2002:80) afirma que “nas últimas décadas o tabagismo tem sido apontado em pesquisas médicas como o fator mais relevante ou decisivo em certas doenças – o que está relacionado ao conhecimento específico das substâncias contidas na fumaça do cigarro”.⁸ Conforme este autor, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já registra, atualmente, mais de 60 mil pesquisas em diversos grupos populacionais sobre o assunto.

Este processo evolutivo de pesquisas e estudos a respeito da epidemiologia do tabagismo deslocou a discussão para outro campo, o da economia. Nas últimas décadas, o debate também está em torno do custo das doenças relacionadas ao tabaco para os Sistemas de Saúde, colocando em pauta o papel contraditório dos governos nesta questão: fomento de produção versus o combate aos efeitos do consumo do tabaco.

1.3 – Tabagismo: a sincronia entre aspectos econômicos, saúde e pobreza.

O tabagismo⁹ é considerado uma das principais causas de óbito no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 30% da população adulta mundial é fumante e cerca de 6 milhões de pessoas morrem anualmente por doenças tabaco-relacionadas. Deste total, 10% ou 600 mil pessoas são fumantes passivos. A cada dia, 12 mil pessoas morrem no mundo em decorrência do tabagismo.

⁸ São encontradas na fumaça do cigarro cerca de 4720 substâncias químicas diferentes. “Para fins de estudos da composição química e propriedades biológicas, a fumaça é separada em fase particulada e fase gasosa. Entre os constituintes da fase gasosa destacam-se o monóxido de carbono, e na particulada, a nicotina. Além dos radicais livres e substâncias carcinógenas. A nicotina é uma substância psicoativa responsável pela adicção ao fumo. Seu papel mais importante é reforçar e potencializar a vontade de fumar. O monóxido de carbono interfere na habilidade do organismo em obter e utilizar o oxigênio. O alcatrão concentra 43 substâncias comprovadamente cancerígenas (arsênico, níquel, benzopireno, cádmio, agrotóxicos, polônio 210 e carbono 14, dentre outras). As substâncias da fumaça causam câncer principalmente nos locais por onde passa, como boca, faringe, laringe e pulmões. Absorvidas pelo sangue atingem a circulação e excreção, órgãos mais distantes, o que explica a relação do tabaco com cânceres de bexiga, rins, pâncreas e colo de útero.” (INCA, 1998b; BOEIRA,2002; SILVA e SESTELO,2007).

⁹ O tabagismo é uma doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando inserido na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10/ F17) da Organização Mundial de Saúde, no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2004a).

O tabagismo também representa o maior fator evitável de câncer e de outras doenças, como as cardiovasculares e pulmonares.¹⁰ O fumo é responsável por 30% das mortes por câncer; 25% das mortes por infarto do coração; 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (bronquite e enfisema); e 90% das mortes por câncer de pulmão. Este quadro é resultante da ação das diferentes substâncias químicas contidas na fumaça do tabaco (INCA, 1998b).

Conforme Iglesias *et al* (2007:3), “até recentemente, a epidemia de doenças crônicas e de óbitos prematuros causados pelo fumo afetava principalmente as economias industrializadas, ainda que essa tendência esteja rapidamente sendo transferida para o mundo em desenvolvimento”.¹¹

As estimativas de mortes anuais relacionadas ao tabagismo comprovam a transferência dos óbitos para os países em desenvolvimento. Ocorrem cerca de 2 milhões de mortes anuais nos países desenvolvidos, com perspectivas de 3 milhões a partir de 2020. Nos países em desenvolvimento, as mortes vão passar de 3 para 7 milhões a partir de 2020 (INCA,1998a; OMS, 2003).

Em todo o mundo, cerca de 1,1 bilhão de pessoas estão fumando, sendo que 900 milhões (84%) de fumantes vivem nos países em desenvolvimento e economias em transição e 16% moram nos países desenvolvidos, onde o consumo teve queda considerável durante as últimas décadas. Nos países em desenvolvimento, o consumo vem crescendo desde 1970, especialmente entre os grupos populacionais mais pobres e com menor nível educacional (IGLESIAS, *et al*, 2007).

De acordo com a OMS (1998a), não existe mais nenhuma dúvida de que o uso do tabaco mundialmente alcançou a proporção de uma epidemia global, atingindo seu ápice entre homens na maioria dos países desenvolvidos (42% de homens e 24% de mulheres) e disseminando-se para os países em desenvolvimento (48% dos homens e 7% das mulheres).¹²

¹⁰ “No mundo inteiro, aproximadamente 80% dos óbitos que ocorrem entre 2,7 bilhões de adultos com mais de 30 anos relacionam-se às doenças vasculares, respiratórias e ao câncer. O fumo aparece associado com um aumento da frequência de muitas dessas enfermidades, ainda que existam importantes diferenças entre as populações e mesmo no interior delas.” (IGLESIAS, *et al*:2007:05).

¹¹ Em 1964, o governo americano publicou o relatório apontando os malefícios do cigarro. Em 1972, aprofundou as investigações sobre os riscos do tabagismo passivo. Estas publicações provocaram um grande impacto na opinião pública e o conseqüente recuo nas vendas de cigarro. Dentre as reações das grandes corporações do setor, destaca-se a criação de novos espaços. Para a OMS, o estancamento do mercado interno americano após reconhecimento público da relação entre tabaco e problemas de saúde foi um dos fatores determinantes que forçou as indústrias de tabaco a buscarem novos mercados consumidores (BOEIRA, 2002).

¹² “Nas economias em desenvolvimento, a prevalência de tabagismo para mulheres é menor que a observada entre homens, mas esse quadro tende a mudar. Dados da Pesquisa Global sobre Tabaco entre Jovens mostram

Embora a expectativa de vida para ambos os sexos esteja aumentando em vários países, a diferença entre eles está crescendo significativamente devido ao maior número de homens que fumam e morrem de doenças causadas pelo tabaco.

Em algumas regiões do planeta, as consequências para a saúde devido ao uso do tabaco têm sido devastadoras. Durante o século XX, ocorreram 100 milhões de mortes atribuíveis ao uso do tabaco, a maior parte delas em países desenvolvidos e economias socialistas. Este número aumentará, de modo que, até o ano 2030, mais de 22% de todas as mortes nestes países serão devidas ao tabaco. De acordo com Sogócio (2008:51), “com a redução gradual do tabagismo, principalmente nos países ricos, e, em menor grau, nos países de menor renda, as expectativas tornaram-se melhores, mas a mortalidade causada pelo tabaco ainda é extremamente elevada”.

Os maiores aumentos no impacto de doenças tabaco-relacionadas são esperados para a Índia e China, onde o uso do tabaco tem crescido. Só na China existem cerca de 300 milhões de fumantes, com um consumo estimado em cerca de 1900 cigarros por adulto/ano. A perspectiva é que 50 milhões de chineses que tem agora menos de 20 anos de idade morrerão pelo tabaco (OMS, 1998a).

Algumas estimativas também indicam que aproximadamente 300.000 pessoas morreram na América Latina e Caribe devido ao tabagismo (IGLESIAS *et al*, 2007). De acordo com dados da OMS, estima-se que 150.000 mortes por ano são causadas pelo tabaco somente na América Latina, mas estes números continuam subindo e a perspectiva é que, para os próximos 25 anos, tripliquem.

A rapidez de transição epidemiológica na América Latina está entre as mais altas dos países em desenvolvimento. Na América Latina, mais pessoas morrem de doenças não transmissíveis, muitas das quais causadas pelo tabaco, que doenças transmissíveis, condições perinatais e maternas e deficiências nutricionais (OMS, 1998b).

que, no mundo em desenvolvimento, muitas meninas começam a fumar nos primeiros anos da adolescência. As estimativas indicam que em muitos países, os pobres são o grupo populacional que provavelmente fumarão mais. Qualquer que seja a renda do país são esses indivíduos que tem maior probabilidade de usar o tabaco, o que explica grande parte da diferença de mortalidade entre ricos e pobres.” (IGLESIAS, 2007:05). A iniciação ao uso dos derivados do tabaco é fortemente influenciada pela publicidade. Além dos jovens, as mulheres vêm sendo claramente identificadas como um importante grupo-alvo desta publicidade, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Como resultado das estratégias de marketing, em vários países o tabagismo é atualmente mais comum entre adolescentes do sexo feminino (INCA, 1996).

Mesmo com todo o acúmulo científico acerca dos graves riscos do consumo do tabaco, a dinâmica globalizada de expansão do consumo vem impondo uma forte carga econômica e social para os países em desenvolvimento (INCA, 2004b). Estudos têm demonstrado que, na maioria dos países, existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade.

Um relatório organizado pela Comissão Europeia, OMS e Banco Mundial, em 2003, demonstra esta relação. Em Bangladesh, nos lares em que pelo menos um dos membros da família fuma, gasta-se, em média, 2.8% do total de despesas em produtos derivados do tabaco.

No Egito, em 1997, os produtos derivados do tabaco respondiam por pouco menos de 2% do total de despesas de quase todos os lares. A pesquisa nacional sobre gastos domiciliares na Índia, 1986-87, verificou que entre 2.5% e 4% de toda a despesa familiar iam para produtos derivados do tabaco. Para todos os lares com pelo menos um fumante, o quartil com menor renda na África do Sul gastava 4.7% da sua renda em cigarro em 1995. O relatório ainda destaca:

Existem muitos países onde a proporção total de despesas do lar destinada a produtos derivados do tabaco é muito mais elevada: lares de baixa renda com pelo menos um fumante na Bulgária gastaram 10.4% da sua renda total em produtos derivados do tabaco, em 1995. Lares urbanos no Tibet gastaram 5.5% da sua renda mensal em produtos derivados do tabaco, em 1992. Na Indonésia, em 1981, o grupo de menor renda gastou 9% da sua despesa total em produtos derivados do tabaco, e 15% em 1996. Na China, fumantes de 2.716 lares pesquisados no distrito de Minhang disseram gastar 17% da renda familiar com cigarros (COMISSÃO EUROPEIA, *et al*, 2003:09).

Assim como a renda, a escolaridade também tem vínculo com o uso do tabaco. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de 7 vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. “No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade essa probabilidade é 5 vezes maior” (INCA, 2004a).

Esta situação é agravada pelo fato de que, em muitos países, como o Brasil, o preço do cigarro é muito baixo, inclusive mais acessível que o valor de muitos alimentos. De acordo com o INCA (2004c:3), a relação entre o consumo acentuado do tabaco nos grupos de menor poder aquisitivo¹³ e baixa escolaridade pode ser justificada em função de:

¹³ A relação do tabaco com a pobreza tem sido alvo de preocupação da OMS. No ano de 2004, o tema escolhido para o dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) foi “Tabaco e pobreza: um ciclo vicioso”. O objetivo foi alertar para o fato de que o consumo do tabaco no mundo é um fator agravante da pobreza, da fome e da desnutrição,

(...) fatores sociais como o menor acesso à informação, à educação e a assistência à saúde, gerados pela condição de pobreza, associados a estratégias de mercado que estimulam o consumo ao mesmo tempo em que facilitam o acesso da população de baixa renda e escolaridade aos produtos de tabaco, sobretudo os cigarros.

Embora a indústria do tabaco e alguns políticos de diferentes nações insistam em enaltecer a importância econômica da produção de tabaco na geração de empregos e renda, os gastos gerados nos sistemas de saúde¹⁴ superam a arrecadação de impostos ou oferta de empregos.

Mas o problema tabaco não se limita somente ao campo da Saúde Pública, “o uso do tabaco é um dos maiores escoadouros dos recursos financeiros mundiais e foi considerado uma ameaça significativa ao desenvolvimento sustentável e equilibrado”. Um estudo do Banco Mundial realizado em 1993, denominado “Os custos e benefícios econômicos de se investir em tabaco”, estimou que o uso do tabaco resulte numa perda líquida global de US\$ 200 bilhões por ano, sendo que metade dessas perdas são de países em desenvolvimento (OMS, 1998b). Entretanto, existem custos imensuráveis, impossíveis de serem quantificados por referirem-se à redução da qualidade de vida e ao sofrimento dos fumantes e seus familiares.

Em muitos países, existem programas governamentais de subsídio ao cultivo do tabaco, entretanto, estes subsídios não têm respaldo no aspecto econômico. Estudos mostram que, se os plantadores de tabaco dos países da União Europeia recebessem quantia equivalente à renda líquida para não mais cultivarem o tabaco, haveria considerável economia. Outro aspecto a ser acrescentado é que os enormes lucros gerados vão principalmente para as multinacionais. Apenas uma pequena parcela é canalizada para os

ampliando desigualdade entre ricos e pobres. No Brasil, no mesmo ano, optou-se por trabalhar com o mesmo tema no dia Nacional de Combate ao Fumo, 29 de agosto (INCA, 2004a).

¹⁴ Os Estados americanos entraram com uma ação coletiva contra a indústria do tabaco, tentando recuperar o dinheiro gasto pelo sistema de saúde para tratar os fumantes. Em 1997, a indústria concordou em pagar a maior indenização da história: US\$ 246 bilhões durante 25 anos. “Em troca os Estados americanos desistiram de processo que moviam por fraude contra a saúde pública. Os US\$ 10 bilhões que a indústria se comprometeu a pagar por ano até 2023 equivalem ao Produto Interno Bruto (PIB) de um país como Moçambique (...)” (CARVALHO, 2001:22). Também no Brasil, tramita na Câmara dos Deputados o projeto de lei 2549/07, do deputado Jorge Tadeu Mudalen, que prevê que os fabricantes de cigarros indenizem o Sistema Único de Saúde – SUS – pelos gastos com doenças relacionadas ao uso de derivados do tabaco (actbr.com.br/noticias, consulta feita em 10.03.11). “O custo anual para a economia global – em serviços de saúde diretos e indiretos – foi estimado em US\$ 500 bilhões em 2009 pela Fundação Mundial do Pulmão – custo que será cada vez mais carregado pelos países emergentes” (www.folha.com.br. Acesso em novembro/2010).

países em desenvolvimento. Os fumicultores, por sua vez, recebem muito pouco proporcionalmente aos lucros gerados¹⁵ (OMS, 1998b).

Também é um sério agravante para as nações os prejuízos causados ao meio ambiente. A grande quantidade de madeira que poderia ser utilizada como combustível ou destinada à calefação é, geralmente, utilizada para a cura do tabaco. Esse momento da produção é responsável pelo consumo de 12% das árvores que são cortadas mundialmente ao ano. Para a produção de quinze maços, ou 300 cigarros, é necessária uma árvore. Além disso, também ocorre a depleção do solo devido ao uso de produtos químicos na plantação do fumo, isso sem contar os incêndios causados por bingas¹⁶ de cigarro. Segundo a OMS, 20% dos incêndios mundiais são causados por pontas de cigarros descartadas em lugares incorretos (EBERSPACHER, 2010). Conclui-se, portanto, que as contribuições do tabaco para a economia são superadas pelos seus custos às famílias, à saúde pública, ao meio ambiente e às economias mundiais.

O estudo do Banco Mundial sobre os Custos e Benefícios do Tabaco concluiu que a prevenção do tabagismo está entre as intervenções de saúde que apresentam a maior relação custo/benefício (OMS, 1998b). A redução do consumo reflete em todos os campos já mencionados, a saber: saúde, desenvolvimento econômico e meio ambiente. Comparado ao que acontece nos países desenvolvidos, as políticas de controle do tabagismo nos países em desenvolvimento ainda são incipientes, mas vêm acontecendo gradativamente.

1.4 - Medidas de controle do tabagismo.

Atualmente os programas de controle do tabaco sugerem que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem a elevação dos impostos sobre os

¹⁵ Como as principais empresas da indústria do tabaco são transnacionais, os lucros auferidos nos países onde se localizam suas subsidiárias são enviados às suas matrizes, localizadas em países desenvolvidos, como é o caso da Souza Cruz, no Brasil, subsidiária da grande transnacional de tabaco British American Tobacco, que remete seu lucro para o Reino Unido, e a Philip Morris, que o remete para os EUA (INCA, 2004).

¹⁶ Binga é o toco de uma coisa que não presta, ponta de chifre, lasca de pedra. Por extensão, é também o toco do cigarro. Igualmente está correto o termo “guimba”. Segundo o dicionário Houaiss, guimba é a parte restante de um charuto, cigarro ou baseado já fumado. Também é conhecida como bituca a parte formada pelo filtro e um resto de tabaco. Apesar de ser o fim do cigarro, as bitucas ou bingas criam um grande problema. “São descartadas 12 bilhões de bitucas de cigarro diariamente no mundo. O meio ambiente recebe 4,5 trilhões de filtros de cigarro a cada ano. De acordo com relatório da OMS intitulado “Lixo nos oceanos: um desafio para o mundo”, 40% do lixo encontrado no mar mediterrâneo é composto por embalagens e restos de cigarros. No Equador, esse número foi ainda maior e somou metade dos resíduos encontrados na costa, no ano de 2005.” (EBERSPACHER, 2010: 46).

cigarros, e aquelas que independem de preços, tais como: informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos, e acesso aos programas de cessação. Para Iglesias *et al* (2007:7), as intervenções governamentais são de fundamental importância e são justificadas por vários motivos:

Primeiro, porque os fumantes mais jovens e os pobres, não têm consciência dos riscos causados à saúde e o conhecimento adequado do processo de dependência. Em segundo lugar, o tabagismo afeta também os não-fumantes, implicando em prejuízos à saúde. Finalmente, os fumantes acabam impondo custos a outras pessoas, como é o caso das despesas mais elevadas com serviços de saúde. Quando a saúde é financiada por impostos, os não-fumantes terminam por arcar com parte dos custos de saúde dos que fumam.

Dentre os mecanismos voltados para redução da demanda, ainda que aplicados de maneira heterogênea entre os países, destaca-se o aumento de preços e impostos, informações sobre as consequências do uso do tabaco para fumantes e não fumantes, regulamentação e restrições dos produtos de tabaco e investimento nas intervenções voltadas para cessação.

No que se refere ao aumento de preços e impostos, estudos têm demonstrado que a elevação da carga tributária é o principal instrumento para o controle da demanda na redução do consumo e consequente aumento nas taxas de abandono. A elevação de impostos e preços é uma medida que desencoraja os jovens e evitariam uma possível instalação do hábito de fumar e dependência. Algumas estimativas revelam que um aumento de 10% nos preços do cigarro resultaria numa redução de 2 a 9% no consumo, no caso de países de renda baixa e média¹⁷ (OMS 1998b; COMISSÃO EUROPEIA *et al*, 2003; IGLESIAS *et al*, 2007).

A informação, usada como mecanismo voltado para reduzir a demanda, permite criar um ambiente favorável à implantação de políticas destinadas ao controle do tabaco. Em muitos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), a divulgação de pesquisas com as consequências e custos do uso de tabaco fez com que as pessoas se tornassem mais conscientes sobre os riscos do tabagismo.

¹⁷ “(...) a probabilidade é que o aumento da carga tributária sobre os cigarros tenha diferentes tipos de impacto de acordo com o nível de renda: os grupos de baixa renda tendem a fumar mais, mas são mais suscetíveis à redução do consumo como resposta aos aumentos de impostos e de preços.” (IGLESIAS *et al*, 2007:8).

Em países como EUA e Reino Unido a informação de massa gerada de maneira constante desempenhou um papel importante na redução do tabagismo e a divulgação das consequências do fumo contribuiu também para implementar outros instrumentos para o controle do tabaco. Por exemplo, uma maior conscientização pública sobre as consequências da fumaça do tabaco ajudou a fazer com que a legislação relacionada ao “ar limpo” fosse auto-implementada em muitas regiões desses países, sendo que a consciência e o reconhecimento dos benefícios da cessação contribuíram para uma maior demanda por tratamentos para auxiliar as pessoas a pararem de fumar (IGLESIAS *et al*, 2007:09 *apud* Jha, 2000).

Quanto às proibições de propagandas, de qualquer espécie, “existe consenso de que restrições parciais não funcionam¹⁸ já que a indústria do tabaco tende a explorar outros meios, e táticas alternativas de promoção.” (IGLESIAS *et al*, 2007:10). Nos países da OCDE foi recomendada a proibição total da propaganda e promoção do tabaco, apesar dos embates jurídicos devido aos processos movidos pelas empresas do ramo.

Desde 1972, grande parte dos países desenvolvidos vem introduzindo restrições mais severas nos meios de comunicação e patrocínios. Nos anos 90, a União Europeia implementou a proibição parcial sobre as propagandas dos derivados de tabaco e, em 1998, aprovou a proibição total da promoção e propaganda, que passou a vigorar em 2006.¹⁹ Segundo a OMS (2011), atualmente, 28% da população mundial, ou 1,9 bilhão de pessoas em 23 países, está exposta a campanhas nacionais antitabaco que seguem as recomendações da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQC T).

As advertências nos maços de cigarro têm demonstrado eficácia para redução do consumo e indução da cessação, desde que sejam configuradas de maneira clara, visível, com termos fortes e efeitos específicos. Como nem sempre os maços de cigarros forneciam aos consumidores informação adequada sobre o produto adquirido e os riscos associados ao

¹⁸ Uma das táticas das indústrias de tabaco atualmente é investir nos pontos de venda próximos a escolas. Uma pesquisa realizada no Brasil, na cidade de São Paulo, pelo instituto Datafolha e Aliança para Controle do Tabaco no Brasil (ACTBR), verificou que “a grande maioria dos estabelecimentos de São Paulo que comercializa cigarros possui em suas proximidades, num raio de até um quilômetro, alguma escola de nível médio ou fundamental, mais de um terço têm uma faculdade na vizinhança. Proibido o acesso a TV e aos jornais, os fabricantes investiram pesado na divulgação de materiais publicitários (displays, cartazes, luminosos, *etc*) para promover as vendas em locais como padarias, lanchonetes, bancas de jornal e lojas de conveniência. Cerca de 70% desses pontos de venda expõem cartazes promocionais coloridos, desenhados com a finalidade precípua de atrair os jovens” (VARELLA, 2010).

¹⁹ A Diretiva da UE legisla sobre os aspectos fronteiriços da propaganda, entretanto, muitos aspectos ficam por conta do discernimento dos Estados-Membros. A Diretiva não proíbe a propaganda local, como as exibidas em outdoors, pôsteres, pára-sóis, cinzeiros e outros artigos encontrados em hotéis, restaurantes e cafés. A proibição focaliza a propaganda e promoção na mídia, mas propagandas indiretas não são cobertas. Os Estados-Membros mantêm a competência para regular essas questões de forma que considerem necessária para a proteção da saúde pública, como muitos já fazem (IGLESIAS *et al*, 2007).

consumo, a partir da década de 1960 muitos países se mobilizaram para exigir que as empresas incluíssem advertências em seus produtos. Essas advertências foram evoluindo em relação às mensagens e ilustrações exibidas, de forma a sensibilizar os consumidores (IGLESIAS *et al*, 2007).

De acordo com a OMS (2011), as advertências sanitárias nos maços de cigarros protegem, atualmente, mais de um bilhão de pessoas em 19 países, quase o dobro de dois anos atrás. A Organização também destaca que os avisos com imagens são mais eficazes, quando comparados com os que possuem apenas textos, principalmente nos países com baixas taxas de alfabetização.

Outro mecanismo importante das Políticas de Controle do Tabagismo são as implantações dos Ambientes Livres de Tabaco (ALT), por meio de leis que proíbem o fumo em locais públicos. Muitos estudos já comprovaram que os não fumantes ou tabagistas passivos estão sujeitos a desenvolver determinadas doenças, como o câncer de pulmão, em função do tempo de exposição à fumaça do cigarro.

Muitos países da OCDE vêm investindo na criação de ALT em diferentes espaços públicos, como transportes coletivos, escolas, hospitais, bares, restaurantes e locais de trabalho. No entanto, a legislação diverge entre os países. Em casos de países federativos, como os EUA, o padrão legislativo não é homogêneo para todo o território nacional.²⁰ “Em alguns estados, como a Califórnia e Nova York, foram efetivamente aplicadas proibições totais, mas, em cidades como Las Vegas, em Nevada, não existe legislação nessa direção, o que faz com que seja difícil comparar a situação dos EUA com a de outros países, como a Noruega e a Finlândia, onde o tabagismo em lugares públicos é proibido em todo país.” (IGLESIAS, 2007:11).

Mais recentemente, alguns países, como Espanha, Nova Zelândia, Bélgica, Argentina, Venezuela e as cidades de Nova York (EUA) e Seul (Coréia do Sul), aprovaram leis ou programas relacionados a ALT. Na Espanha, a Câmara de Deputados aprovou, no dia 20/11/10, a lei que proíbe fumar em espaços públicos fechados e partes externas e internas de

²⁰ No Brasil, também ocorre similaridade. Conforme Nascimento e Costa (2009:68), “A CF de 88 definiu a autonomia dos três entes federados, acompanhada de competências tributárias e descentralização política e administrativa, bem como responsabilidades comuns e partilha de recursos para a execução descentralizada das ações governamentais (...) o texto constitucional inovou o desenho federativo brasileiro, a Constituição apostou numa concepção de federação trina, quando os municípios passaram a adquirir status de ente da federação, similar ao dos estados e da União”. Apesar de existir a lei federal 9294/96, que proíbe o fumo em locais públicos e privados (mas até a presente data, ainda admite fumódromos), muitos Estados e municípios criaram suas próprias leis. Muitas destas leis acompanham a tendência mundial de ALT, outras ainda são parciais, permitindo fumódromos.

hospitais e parques infantis. Esta lei começou a vigorar em 02/01/11, permitindo que se possa fumar nas penitenciárias e hospitais psiquiátricos (em salas especiais). Os hotéis devem reservar 30% de suas dependências para fumantes. Também são permitidos os clubes de fumantes, desde que devidamente registrados. Já na Nova Zelândia, um Conselho planeja tornar todos os parques livres de tabaco (ACTbr.com/notícias, 20/10 e 02/11//10).

Na Bélgica, foi aprovada uma legislação que entrou em vigor a partir de 01/07/11 e proíbe fumar em todos os estabelecimentos que servem alimentos e bebidas. O Congresso Nacional da Argentina aprovou, em 01/06/11, a lei que proíbe fumar em qualquer ambiente fechado, sem permissão de áreas específicas a este fim, incluindo ambientes 100% livres do tabaco. A Venezuela também colocou em vigor, em 31/05/11, a lei que proíbe fumar em espaços públicos fechados (ACTbr.com/noticias, 01/06/11/). Na China, o país com o maior número de fumantes do mundo, entrará em vigor, a partir de 01/05/11, medidas que proíbem o fumo em locais fechados de uso público. A nova regulação também proíbe que os estabelecimentos tenham máquinas para venda de tabaco no varejo. Entretanto, os estabelecimentos podem ter locais especiais para fumantes, não sendo claro se estas áreas serão isoladas ou não (ACTbr.com/ notícias, 23/03/2011).

Em alguns países, algumas cidades têm aprovado legislações específicas. Na cidade de Nova York entrou em vigor, no dia 23/05/11, uma lei aprovada pelo Conselho da Cidade, que proíbe fumar ao ar livre em toda a cidade. O fumo tornou-se ilegal em 1700 parques e nas 14 milhas de praias públicas. Em outros estados americanos, como Califórnia, Texas, Illinois, Minesota e Nova Jersey, 507 municípios possuem leis que proíbem fumar nos parques e jardins ou nomeiam os parques em que se pode fumar. Dentre estas cidades estão Los Angeles, San Francisco e Salt Lake City. Puerto Rico proíbe o fumo em todos os parques e praias. Também na cidade de Seul, na Coreia do Sul, entrou em vigor, desde março deste ano, uma lei que proíbe fumar nas três principais praças da cidade. Esta lei deverá se estender e, até o início do ano de 2012, serão 1024 parques e quase 5715 pontos de ônibus onde não será permitido fumar.

A OMS (2011) destaca que, nos últimos dois anos, aumentou para 31 a quantidade de países que protegem sua população da exposição à fumaça do cigarro, o que corresponde a mais de 739 milhões de pessoas, ou 11% da população mundial. Outras 210 milhões estão protegidas por leis estatais, como ocorre no Brasil e Estados Unidos.

Quanto às intervenções que visam à cessação do tabagismo, muitos países têm investido em medicações como alternativa para o tratamento. Essas medicações são divididas em duas categorias, as nicotínicas e as não nicotínicas.²¹ São utilizadas com o intento de aliviar os sintomas da síndrome de abstinência²² e não contêm os outros componentes nocivos presentes na fumaça do tabaco. No Brasil,²³ o tratamento do tabagismo é ofertado pela rede pública de saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), e a base do tratamento é a Abordagem Cognitivo-Comportamental. A medicação entra como suporte.

1.4.1 – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT

A Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) é o primeiro tratado internacional de saúde pública, negociado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde. (CAVALCANTE, 2007; IGLESIAS *et al*, 2007). Este tratado foi desenvolvido entre os anos de 1999 e 2003, após várias audiências públicas e reuniões de negociações entre os 192 países membros da OMS.²⁴

A proposta de criar a CQCT surgiu a partir de “evidências de que o crescimento do mercado global dos produtos de tabaco, em função da liberalização do comércio e investimento do capital estrangeiro, acarretou uma ameaça à saúde pública” (CAVALCANTE, 2007). A expansão da epidemia do tabaco foi potencializada pelas estratégias das companhias

²¹ Os medicamentos nicotínicos, também chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), apresentam-se nas formas de adesivo, goma de mascar, pastilhas, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de liberação lenta de nicotina. O inalador e o aerossol são formas de liberação rápida de nicotina. Os não nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina, e o anti-hipertensivo clonidina, além do Champix (tartarato de vareniclina). A TRN e a bupropiona são consideradas de primeira linha e devem ser usadas preferencialmente. Os demais, somente quando houver insucesso dos anteriores (MS/INCA, 2001).

²² Sintomas desagradáveis que se manifestam com a ausência ou diminuição do uso de substância psicoativa (que produz prazer e pode induzir ao abuso ou dependência), tais como ansiedade, distúrbio do sono, depressão, fissura, dentre outras (INCA, 2004b).

²³ No Brasil, foi criado o Consenso para Abordagem e Tratamento do Fumante. Neste documento estão as bases teóricas para as Recomendações dos Métodos na Cessação de Fumar e as práticas para abordagem do fumante. Conforme o Consenso, a base do tratamento é a Abordagem Cognitivo-Comportamental, um método que auxilia na mudança de comportamento e deve sempre ser utilizado. A farmacoterapia pode ser utilizada como apoio, em situações definidas, para os pacientes que desejam parar de fumar. O Consenso foi elaborado por profissionais de diferentes partes do país: Conselhos e Associações Profissionais, Sociedades Científicas da área da saúde e a Câmara Técnica de Tabagismo do INCA/Programa Nacional de Controle do Tabagismo. O objetivo foi estabelecer condutas no tratamento do fumante no Brasil (INCA, 2001).

²⁴ Cabe ressaltar que o Brasil teve papel de destaque na elaboração e negociação da Convenção, sendo eleito pelos 192 países para presidir o seu Órgão de Negociação Intragovernamental (ONI), através dos embaixadores do Brasil em Genebra, Celso Amorim e Luiz Felipe Seixas Corrêa. “A confiança depositada no Brasil é resultado do reconhecimento internacional da liderança do país no controle do tabagismo” (CAVALCANTE, 2007).

transnacionais de tabaco à medida que se inseriam em economias de mercado emergente (INCA 2004b; CAVALCANTE, 2007). Diferente do que ocorre nos países desenvolvidos, as políticas de controle do tabaco ainda são incipientes em grande parte dos países em desenvolvimento, o que os torna vulneráveis às estratégias de expansão das empresas de tabaco.

A CQCT sugere a articulação de um conjunto de medidas para deter a expansão global do consumo de tabaco e suas consequências. O propósito é criar estratégias regulatórias nacionais e internacionais para conter a crescente pandemia do tabagismo. Atualmente, a CQCT conta com 174 signatários, dentre eles a Comunidade Europeia. Quando os países assinam a convenção, não se tornam Estados-Parte da mesma, apenas assumem o compromisso de tentar ratificá-la, aceitar ou aprovar o tratado de forma a alcançar os objetivos estabelecidos. Cada país passa a fazer parte do tratado quando ratifica sua adesão, o que exige aprovação de seus parlamentos ou congressos nacionais²⁵ (CAVALCANTE, 2007).

A CQCT entrou em vigor em fevereiro de 2005, com 40 ratificações, e, atualmente, conta com 130. Para que haja o prosseguimento das propostas da Convenção, foi instituída a Conferência das Partes (COP). “O principal papel da COP é tomar decisões necessárias para efetivar a implementação da Convenção, promovendo, facilitando e monitorando todo o processo executado pelos Estados-Parte” (CAVALCANTE, 2007).

A COP é composta por todos os países que fazem parte do tratado e se reúne a cada dois anos. A primeira sessão aconteceu em fevereiro de 2006, em Genebra, na Suíça, na sede da OMS, onde foram tomadas decisões necessárias para o futuro da implementação da Convenção. A última sessão ocorreu em novembro de 2010, no Uruguai, onde foram aprovadas as diretrizes de artigos importantes.²⁶

²⁵ “Os países devem desenvolver estratégias nacionais para o controle do tabaco, levando em consideração o perfil da população, o ambiente sócio-político e as evidências globais. Além disso, devem estabelecer comitês multisetoriais responsáveis pela coordenação da política de controle do tabagismo e pelo desenvolvimento do programa. Também determina que cada país, num prazo de 5 anos de ratificação, e conforme suas constituições, proíbam totalmente a propaganda, promoção e patrocínio do tabaco. Caso esta proibição total seja inconstitucional, os países devem aplicar as restrições constitucionais sobre a propaganda, promoção e patrocínio (IGLESIAS *et al*, 2007).

²⁶ A 4ª sessão da Conferência das Partes (COP 4) aconteceu na cidade de Punta del Leste, no Uruguai, e regulamentou as diretrizes dos artigos 9 e 10, que tratam da adição de sabores e aromatizantes aos produtos de tabaco. O artigo 12, que trata de educação, comunicação, treinamento e conscientização do público a respeito dos riscos do consumo do tabaco; o artigo 14, que trata da redução da demanda por tabaco visando à cessação; o artigo 17, que trata do apoio às culturas com alternativas economicamente viáveis; e o artigo 18, que trata da proteção ao meio ambiente, entre outros (ACTBR/notícias, 2010).

As medidas centrais estabelecidas pela Convenção Quadro estão direcionadas para dois enfoques: as que estão voltadas para redução de demanda e as que estão voltadas para redução da oferta. As medidas de redução da demanda são tratadas nos artigos 6 a 14, a saber:

- Medidas relacionadas a preços e impostos.
- Medidas não relacionadas a preços:
 - proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco;
 - regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco;
 - regulamentação das informações a respeito dos produtos de tabaco;
 - embalagem e rotulação dos produtos de tabaco;
 - educação, comunicação, treinamento e conscientização da população;²⁷
 - publicidade, promoção e patrocínio do cigarro;
 - medidas para propiciar a cessação do tabaco.

Já as medidas de redução da oferta estão contidas nos artigos 15 a 17 e tratam de medidas que pretendem reduzir o comércio ilegal, a limitação das vendas a menores ou realizadas por eles e apoio às atividades alternativas economicamente viáveis. Também é destaque na Convenção a questão da responsabilidade penal e civil, contidas no artigo 19, além da cooperação científica entre os países, contemplada no artigo 22. A Convenção também trata de questões relacionadas ao meio-ambiente no que diz respeito à produção do fumo.

É interessante pontuar que o Brasil e os demais países que fazem parte da CQCT se comprometeram a proteger a saúde de suas populações, aderindo à luta contra a epidemia de tabagismo (INCA, 2011b). Para colaborar com o cumprimento das metas da CQCT, a OMS desenvolveu o MPOWER. Trata-se de um plano de políticas baseado nas medidas propostas pela CQCT. Lançado em 2008, o MPOWER é composto de seis intervenções, baseadas na CQCT e no Plano de Ação da OMS para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis. As propostas de intervenção do MPOWER são (INCA, 2011b:69):

- M – Monitor/**Monitorar** o tabagismo através de dados periódicos nacionais com indicadores-chave do consumo de tabaco entre jovens e adultos;

²⁷ Dentre as ações de educação e conscientização da população estão as atividades desenvolvidas no Dia Mundial sem Tabaco, comemorado todo dia 31 de maio. Esta data foi criada em 1987 com o objetivo de informar a população sobre os perigos do uso do tabaco. A cada ano, a OMS divulga um tema a ser trabalhado nas campanhas. Neste ano de 2011, o tema foi a Convenção Quadro para Controle do Tabaco.

- P – Protect/**Proteger** as populações contra a fumaça do tabaco, promover e fazer cumprir leis 100% livres do fumo em todos os lugares públicos e privados fechados;
- O – Offer/**Oferecer ajuda** para cessação, fortalecendo os sistemas de saúde de forma que aconselhem, na Atenção Primária à Saúde, sobre a cessação. Criar linhas telefônicas para ajudar na cessação e garantir o tratamento farmacológico, de fácil acesso e baixo custo, quando cabível;
- W – Warn/**Advertir** sobre perigos do tabaco, exigindo advertências eficazes nas embalagens, realizando publicidade antitabagismo e cobertura gratuita de atividades de controle do tabaco pelos meios de comunicação;
- E – Enforce/**Fazer cumprir** proibições sobre publicidades, promoção e patrocínio do tabaco;
- R – Raise/**Aumentar os impostos** sobre o tabaco.

Vale ressaltar que, após a Convenção Quadro, muitos países passaram a utilizar o tratado para se apoiarem e fortalecerem as medidas de controle do tabagismo. Segundo Iglesias *et al* (2007), o Reino Unido passou a reavaliar suas políticas referentes à exposição ao fumo passivo; a Coréia pretende dobrar os preços dos cigarros, como meio de propiciar a redução do consumo; a Tanzânia passou a proibir o fumo em locais públicos; e a Tailândia vem focando suas ações para evitar o contrabando. Os autores também destacam que Reino Unido, Canadá e EUA lideram a corrida para reduzir o consumo, mas os resultados só apareceram na segunda metade da década de 1990, relacionados às ações de controle. O Brasil é considerado referência mundial na área de controle.

2 – O TABACO NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, LEGAIS E ASSISTENCIAIS.

O Brasil é um dos países que mais avançou nas políticas de controle do tabagismo e possui reconhecimento internacional em suas medidas de controle e combate ao tabagismo. Após apresentar, no capítulo anterior, a questão do tabagismo em escala mundial, abordo, neste capítulo, um pouco da epidemiologia do tabaco no Brasil e o modo pelo qual o Ministério da Saúde, via Sistema Único de Saúde (SUS), alcançou este reconhecimento internacional através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

Destaco a evolução das medidas legislativas e, dentre as demais ações deste programa, dou ênfase à oferta do tratamento na rede assistencial da atenção básica²⁸ como medida para propiciar a cessação.

2.1 Panorama nacional

A prevalência²⁹ de fumantes no Brasil vem apresentando significativa queda nos últimos vinte anos. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN),³⁰ em

²⁸ Apesar da frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção a saúde, no Brasil, a expressão atenção básica foi oficializada pelo governo, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais. (Brasil, 2006). Com o fortalecimento das discussões sobre modelos assistenciais no Brasil, esse debate ressurgiu de tempos em tempos, ora por questões conceituais, ora na questão das práticas em saúde. Nesta discussão, há o entendimento do termo “básica” como sinônimo de base, de fundamental, não no sentido de simplicidade. Há os que interpretam “primário” como primeiro, principal, não como elementar ou rudimentar. Segundo Mello *et al* (2009), de modo geral, os autores concluem que os termos atenção básica e atenção primária podem ser utilizados como sinônimos, na maioria das vezes, sem que isso se torne um problema conceitual. Neste estudo, utilizo a terminologia atenção básica. Note-se, entretanto, que, em Juiz de Fora, a partir do princípio de 2010, as unidades de saúde passaram a ser designadas como Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS), em substituição ao termo Unidade Básica de Saúde (UBS). O município adotou esta nova terminologia dando prosseguimento às mudanças e orientações que tiveram início na Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, cuja política de organização dos níveis de atenção à saúde do Estado têm se ancorado na assessoria de Eugenio Villaça Mendes. No entendimento de Mendes (2005), o Brasil inventou algo peculiar, de modo que a atenção primária é denominada atenção básica. Para o autor, este fato reforça o entendimento de algo simples que pode ser banalizado. “Em função dessa visão ideológica da atenção primária à saúde, interpreta-se primário como primitivo; ao contrário; o significante primário quer referir-se ao complexíssimo princípio da APS, o do primeiro contato” (2005:2). Não há motivo preciso pelo qual o SUS utilize o termo atenção básica, reforçado desde as NOB’s até o Pacto pela Saúde. No caso deste estudo, a portaria que trata da oferta do tratamento, utiliza o termo “rede de atenção básica do SUS”. Há autores que entendem tratar-se de “escolha como um posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial e suas políticas para área da saúde” (MELLO, *et al*, 2009).

²⁹ “A prevalência indica qualidade do que prevalece, implica em acontecer e permanecer existindo num momento considerado. Portanto, a prevalência é o número total de casos de uma doença existentes num determinado local e período” (PEREIRA, 2004:10).

³⁰ A PNSN foi realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o INAN, com a colaboração do

1989, aproximadamente 35% da população fumava cigarro ou outros produtos derivados do tabaco. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde³¹ estimou que 18% da população brasileira estava fumando, resultando numa queda de 17 pontos percentuais no intervalo entre as duas pesquisas (IGLESIAS, *et al*, 2007).

Atualmente o Brasil esta entre os países com menor incidência³² de tabagismo no mundo.³³ Numa pesquisa realizada em 2008 pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), foram entrevistados 54 mil homens e mulheres de 26 estados mais o Distrito Federal e o índice de tabagistas representou 16,25% da população (Portal Saúde/VIGITEL). Em 2009, após outra pesquisa do VIGITEL com o mesmo número de adultos entrevistados, este percentual apresentou nova queda e o índice de tabagistas ficou em torno de 15,5%.

De acordo com este levantamento, a maior queda no uso do cigarro no país ocorreu na faixa dos 35 aos 44 anos. Em 2009, esse número caiu para 15,1% nesta faixa etária. Com relação ao gênero, a pesquisa demonstrou que os homens fumantes representam 19% do total da população masculina, enquanto as mulheres fumantes representam 12,5% da população feminina.

Na mais recente pesquisa do VIGITEL, realizada durante todo o ano de 2010, no período de 11/01 a 31/12, foram entrevistadas 54.339 pessoas, todas adultas, maiores de 18 anos, residentes nas capitais dos 26 estados e do Distrito Federal. Esta pesquisa detectou a prevalência de 15,1% de fumantes, contra 15,5% em 2009. Já o percentual de ex-fumantes permaneceu igual ao do ano anterior, 22%. De acordo com esta pesquisa, os homens fumantes são 17,9% do total da população masculina, o que representa uma queda de 1,1% ponto percentual em comparação a 2009. Já com relação às mulheres ocorreu o inverso. Em 2009, elas representavam 12,5% da população feminina e, em 2010, este percentual passou para 12,7%, o que representa um aumento de 0,2% ponto percentual. Os dados do VIGITEL 2010

Instituto Nacional de Planejamento (IPLAN) e Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). Foi realizada com amostra domiciliar do tipo Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios (PNAD), num total de 17.920 domicílios, no período de julho a setembro de 1989.

³¹ A Pesquisa Mundial de Saúde foi uma iniciativa da OMS para 71 países e, no Brasil, a execução foi de responsabilidade dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). No Brasil, a pesquisa foi realizada entre janeiro e setembro de 2003. Foi realizada em 250 setores censitários, dentro de 188 municípios, em 25 estados (exceto Acre e Roraima), com 5 mil brasileiros (Revista RADIS, 23, julho/2004).

³² “A incidência de uma doença é o número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período. Traz a ideia de intensidade com que acontece uma doença numa população, mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população” (PEREIRA, 2004:10).

³³ Nos Estados Unidos, onde as campanhas antifumo são antigas e mais agressivas do que as do Brasil, os fumantes somam cerca de 20% da população adulta (Revista Veja, ed. 2050. Março, 2008).

também revelaram que os brasileiros fumantes com um índice de escolaridade de 0 a 8 anos representam 18,6%, enquanto que aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade representam 10,2%. Estes números confirmam a relação entre tabagismo e baixo nível de escolaridade.

Quanto ao consumo total por adulto (incluindo as vendas ilegais), o Brasil também registrou um importante declínio nas duas últimas décadas, com queda de 32% no consumo per capita de cigarros (CAVALCANTE E PINTO, 2004). Em 1990, o consumo era de 1700 cigarros por ano, passando para 1175 no período 2003/2005. Cabe ressaltar que, no Brasil, o consumo aumentou dez anos depois de ter aumentado nos países da OCDE, como o Reino Unido e EUA. Entretanto, o consumo por pessoa sempre foi muito mais baixo no Brasil do que em países como EUA, Canadá e países da União Europeia, como França, Alemanha e Itália. Até mesmo no período de pico no consumo, na década de 1980, enquanto o Brasil consumia menos de 2000 cigarros por adulto/ano, a França consumia 2250 e os Estados Unidos, 3500 cigarros/adulto/ano.

As intervenções para o controle do tabaco têm proporcionado mais impacto, ocasionando queda de consumo em vários países, mas o Brasil continua consumindo menos cigarros, só perdendo para o Reino Unido, que tem um consumo de adulto/ano de 1100, contra 1200 no Brasil (IGLESIAS, *et al*, 2007).

Apesar da queda no consumo, a realidade no Brasil não é diferente dos demais países em desenvolvimento no que se refere à prevalência de fumantes nas classes sociais de mais baixa renda e com menor grau de escolaridade. As últimas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), de 1995/1996 e 2002/2003, evidenciam estes dados. As duas pesquisas apontam que, no Brasil, os cigarros são os principais componentes dos gastos com tabaco. Houve queda nos gastos com tabaco e cigarro em proporção ao total de despesas familiares, no entanto, os grupos mais pobres gastaram uma proporção maior de sua renda com tabaco em comparação com grupos de faixas de renda mais alta (CAVALCANTE E PINTO, 2004; IGLESIAS *et al*, 2007).

Tendo como base a pesquisa de 2003, percebeu-se que famílias com renda mensal menor que dois salários mínimos dedicaram mais de 1% do total de suas despesas com o tabaco, enquanto as famílias que recebiam até 6 salários mínimos gastaram 0,73%.

Cabe o destaque para duas modificações importantes nos hábitos de fumar dos brasileiros. A primeira refere-se ao aumento do número de famílias não fumantes, que passou de 66% para 73%. A segunda revela que, devido ao fato de os preços dos cigarros terem

ficado mais altos em relação à renda média, os gastos caíram, em proporção ao total de despesas, de 2,9% para 1,9%.

Mesmo com uma trajetória mais otimista que evidencia uma queda importante tanto na prevalência quanto no consumo, o número de doenças relacionadas ao tabagismo ativo e passivo ainda é muito elevado, bem como o número de óbitos. Estima-se que, no país, ocorram cerca de 200 mil mortes ao ano decorrentes do tabagismo, o que significa que oito brasileiros morrem a cada hora vítimas do tabaco. As doenças cardiovasculares e o câncer, cujo fator determinante é o tabagismo, são as principais causas de morte por doença no país, sendo que o câncer de pulmão é a primeira causa de óbito por câncer (INCA, 1996). No ano de 2006, as estimativas sobre a incidência e mortalidade decorrentes de câncer de pulmão foram de 27.170 pessoas, sendo 17.850 homens e 9.320 mulheres.

O número de doenças e óbitos associados ao tabagismo passivo também é representativo. Os danos provocados pela poluição tabagística ambiental aumentaram a dimensão do problema tabagismo, já que a exposição involuntária à fumaça do cigarro aumenta, entre os não-fumantes, o risco de câncer de pulmão e de várias outras doenças tabaco-relacionadas. São particularmente afetadas as mulheres, por enfermidades ligadas à sua própria condição biológica, tais como aborto, placenta prévia, acidente vascular cerebral *etc.*, e as crianças, ao terem que conviver com a poluição tabagística desde a vida intra-uterina até a adolescência (INCA, 1996). Conforme dados do INCA, uma média de 7 brasileiros morre ao dia por doenças provocadas pela exposição à fumaça do tabaco. Ao ano, são 2.655 óbitos atribuíveis ao tabagismo passivo. A maioria das mortes, 60,3%, ocorre entre as mulheres.

Estes dados apontam para a necessidade de organização e planejamento, por parte do Ministério da Saúde, no que tange ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde, principalmente se considerarmos que 80% da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para assistência à saúde (MS, 2010). Também é necessário que o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o Ministério da Fazenda se articulem para viabilizar alternativas de produção, já que o Brasil é o primeiro exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo.³⁴

³⁴ “A folha de tabaco proveniente do Brasil é conhecida internacionalmente como de boa qualidade e de baixo preço. A não mecanização da lavoura, que embora resulte em um baixo rendimento físico perverso obtido na cultura, acarreta maior qualidade para o produto, que recebe cuidados manuais maiores do que o fumo produzido através de uma maior mecanização. Além disso, o emprego de produtores e suas famílias na lavoura resulta em

2.2 O Sistema Único de Saúde/SUS e o tabagismo

Até o final da década de 1980, a atuação do Estado brasileiro no desenvolvimento das políticas sociais (aqui se incluem as políticas de saúde) era uma combinação de dois modelos distintos conforme o lugar que cada cidadão ocupava na sociedade. De acordo com Fleury (2009), o primeiro modelo, caracterizado como assistencial, estava direcionado aos grupos populacionais mais pobres, ou mais vulneráveis, com ações associadas entre o trabalho voluntário e políticas públicas. Essas ações eram estruturadas de forma pulverizada e descontínua, não estabelecendo uma relação de direito social, o que a autora denomina “cidadania invertida”, na qual o indivíduo teria que provar seu fracasso no mercado de trabalho para ser alvo das políticas sociais.

O segundo modelo, denominado seguro social, estava direcionado àqueles que possuíam um vínculo de trabalho formal, de modo que os benefícios eram condicionados às contribuições previdenciárias e diferido por categorias profissionais. Neste caso, somente a inserção do cidadão no mercado formal de trabalho é que garantia o direito às políticas sociais públicas.

Estes modelos que formaram o padrão de proteção social brasileiro foram organizados e consolidados entre as décadas 1930/1940 e perpassam o período da democracia populista (1946-1963) e o regime militar (1964-1985), salvo as particularidades de cada período em questão. Este modelo foi alterado a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88), como resultado do conjunto da mobilização social que intensificou a transição do regime militar para o democrático.

menores gastos com salários, barateando os custos da produção, porém resultando em sérios danos para a saúde destes e para o meio ambiente.” (INCA, 1996). Segundo dados do Food and Drug Administration/FDA (Agência norte-americana responsável pela regulação, legislação e normas inerentes aos alimentos e medicações, similar à competência da ANVISA no Brasil), o Brasil produz um tabaco com alto teor de nicotina, a variedade conhecida como Y-1. Este tabaco foi patenteado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), do Ministério da Indústria e Comércio, em abril de 1993 e possui um teor de nicotina 2,5 a 3,5 vezes maior que o da variedade “flue cured”, que é utilizado normalmente. As sementes desta variedade de fumo (Y-1) foram remetidas ao Brasil, ilegalmente, pela Brow & Williamson Tobacco Corporation, subsidiária da British American Tobacco, da mesma forma que a subsidiária brasileira, Companhia de Cigarros Souza Cruz. Esta variedade foi patenteada no Brasil, mas não conseguiu ser patenteada nos EUA, em quatro tentativas, de fevereiro de 1991 a março de 1994, quando a Brown & Williamson abandonou a proposta de patente americana e buscou a solução no Brasil (INCA, 1998b).

A Constituição Federal de 1988 consagrou um novo modelo de Seguridade Social³⁵ que compreende saúde, previdência e assistência social e traz consigo a noção de direitos sociais universais como condição de cidadania, o que antes era restrito aos usuários da previdência.

No que tange à política de saúde, a CF/88 instituiu o Sistema Único de Saúde/SUS,³⁶ cujo marco fundante foi duplo: a incorporação de uma concepção ampliada de saúde³⁷ e a sustentação da saúde como um direito.³⁸

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição Federal de 1988, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do país. A regulamentação foi feita pelas leis federais 8080 e 8142, que detalham a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então, tem ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2006:533).

O SUS foi formatado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários que constam no texto constitucional e nas leis que o regulamentam. Estes princípios e diretrizes passam a constituir as *regras pétreas* do SUS, apresentando-se como linhas de base às proposições de reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (VASCONCELOS e PASCHE, 2006). Os princípios que legitimam o sistema de saúde são universalidade, integralidade e equidade.

³⁵ A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, à previdência e à assistência social (Art. 194, CF, Brasil, 1988).

³⁶ Para Vasconcellos e Pasche (2006:532), o SUS “é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistemas, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção no contexto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde”. Segundo Fleury (2009), a “reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, a reforma sanitária já ultrapassa três décadas, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde/SUS.”

³⁷ “A saúde é a resultante das condições alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (...). A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Conferência Nacional de Saúde, 1986).

³⁸ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Art.196. CF, Brasil, 1988).

A universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, independente de seu *status* econômico ou de sua inserção no mercado de trabalho. A integralidade significa levar em conta todas as dimensões do processo saúde-doença que afetam tanto o indivíduo quanto à coletividade e pressupõe a prestação continuada das ações e serviços de saúde visando a garantir a promoção, proteção e cura dos sujeitos sociais. Já a equidade busca assegurar prioridade no acesso e oferta dos serviços de saúde aos segmentos populacionais que possam estar mais vulneráveis às doenças e ao risco de morte em função da desigualdade social.

Dentre as diretrizes organizativas do SUS estão a descentralização, a regionalização, a hierarquização e o controle social. Cada uma das diretrizes tem o objetivo de produzir efeitos concretos na sustentação do SUS. A descentralização pode ser considerada a mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de saúde no Brasil. Ela possibilitou a coordenação das ações em cada espaço político-institucional, com direção única em cada esfera de governo (o Secretário Municipal de Saúde no âmbito do município, o Secretário Estadual no âmbito do estado e o Ministro da Saúde no âmbito da União).

Com relação à regionalização, pode-se afirmar que é um meio de organização racionalizado dos serviços de saúde. Vasconcelos e Pasche (2006) acentuam que o objetivo da regionalização é distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma a garantir acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala.

Quanto à ideia de hierarquização, o sentido foi ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção, estabelecendo fluxo entre os mesmos, de forma a regular o acesso aos serviços de média e alta complexidade, considerando os serviços da atenção básica a porta de entrada para o sistema e os responsáveis pela resolutividade de 80% das demandas.

Finalmente, o controle social e a participação comunitária foram, sem dúvida, a corporificação do processo de redemocratização brasileira dentro das políticas públicas (RONCALLI, 2002). Assegurados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8142/90, são efetivados pelas Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde, estabelecidos nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Entretanto, os preceitos constitucionais e a regulamentação do SUS pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 e 8142) não foram suficientes para promover a operacionalização do Sistema de Saúde. Dessa forma, a partir de 1991, foram implementadas as Normas

Operacionais Básicas (NOBs),³⁹ um mecanismo que viabiliza o cumprimento da Constituição Federal no que se refere à política de saúde.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), as NOBs, como iniciativas e instrumentos de gestão criados para estruturar o sistema descentralizado, cumpriram seu papel, mas mostraram sinais de esgotamento para enfrentar os desafios do presente, desafios que exigem a continuidade da reforma por vias alternativas para que os princípios e as diretrizes do SUS avancem na sua efetivação.

O esgotamento das NOBs abriu caminho para novos debates com o intuito de avaliar e propor novos mecanismos para avançar no processo contínuo de consolidação do SUS. Neste intento, a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, veio reforçar a discussão em torno de temas que afirmam esta consolidação, assim como a mudança na dinâmica de gestão veio com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que, nos seus debates, apresentou a necessidade de se superarem alguns vícios burocratizantes da descentralização “tutelada”. Os debates da CIT resultaram na proposta de um novo pacto de gestão, traduzido no Pacto pela Saúde 2006,⁴⁰ que contempla o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS está direcionado para a proposta de repolitização da saúde e mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde, efetivação do SUS como política de estado com garantia de financiamento público suficiente, incremento dos recursos orçamentários, aprovação de um orçamento integrado do SUS e definição de responsabilidades das três esferas de gestão.

O Pacto de Gestão busca acrescentar inovações nas relações intergovernamentais no SUS e superar entraves acumulados no processo de descentralização. Destacam-se algumas prioridades desse pacto: definir responsabilidades sanitárias das esferas de governo, de forma

³⁹ “As NOBs representam instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.” (LEVICOVITZ, 2001:04). Também são entendidas como um arcabouço normativo destinado a regular a aplicação uniforme das decisões pactuadas no âmbito nacional (NASCIMENTO e COSTA, 2009). A primeira NOB foi editada em 1991, a NOB 01/91, seguida das NOBs 01/93, 01/96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde, a NOAS/2002.

⁴⁰ O Pacto de Gestão do SUS começou a ser delineado na Carta de Natal, em 2004, no 20º Congresso dos Secretários Municipais de Saúde. Foi a Carta de Natal que se preocupou com a superação de repasse fragmentado por projetos e programas de modo a estimular a solidariedade entre as três instâncias governamentais. Também foi nessa Carta que se indicou a necessidade de construção de um novo pacto de gestão do SUS, considerando e respeitando as especificidades regionais em seus aspectos sociais, econômicos e culturais. As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde e Consolidação do SUS, em suas três dimensões: Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão foram pactuadas na CIT, em 26/01/2006, e aprovadas em 09/02/2006, na reunião do Conselho Nacional de Saúde.

a superar o atual processo de habilitação à gestão dos entes subnacionais; adotar a regionalização como prioridade para organizar o sistema; alterar a forma de alocação de recursos e a forma de transferência; e fortalecer a participação e o controle social.

Neste estudo, é oportuno destacar o Pacto pela Vida, por tratar da questão do tabagismo. Além disso, reforça o empenho dos gestores em assegurar resultados sanitários em relação a determinadas prioridades, a saber: política nacional de saúde da pessoa idosa; redução da mortalidade por câncer de colo de útero e mama; redução da mortalidade materna; redução da mortalidade infantil por diarreia e pneumonia; fortalecimento da capacidade de respostas a doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); implantação da política nacional de promoção da saúde, através da adoção de hábitos saudáveis; internalização de responsabilidades individuais quanto à prática de atividades físicas, alimentação saudável e *combate ao tabagismo*. Investir na estratégia saúde da família como modelo de atenção básica e centro ordenador das redes assistenciais.

O Pacto pela Saúde, em seu volume 1, em que trata da Promoção da Saúde, indica como um dos objetivos a ênfase na mudança de comportamento da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividades físicas regulares, alimentação adequada e saudável e *combate ao tabagismo*.

No volume 2, onde trata dos objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão, é estabelecido um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada município. Dentre as prioridades está a promoção da saúde, cujo objetivo permanece, conforme o volume 1, contemplando o combate ao tabagismo, porém, com perspectivas de metas nacional e local.

O Pacto pela Saúde, em seu volume 7, onde trata da Política Nacional de Promoção da Saúde, também *contempla, em suas ações específicas, a prevenção e o controle do tabagismo* e propõe a sistematização de ações educativas, legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que: reduza a aceitação social do tabagismo; reduza os estímulos para iniciação dos jovens, proteger a população dos riscos da exposição do tabaco; reduza o acesso aos derivados do tabaco; aumente o acesso dos fumantes ao tratamento; e monitore e controle todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados (conteúdos e emissões, estratégias de comercialização e divulgação de características para o consumidor).

Outros pontos tratados no volume 7 do Pacto em relação ao tabagismo são a realização de ações educativas de sensibilização da população nas chamadas datas pontuais (Dia

Mundial sem Tabaco, em 31 de maio, e Dia Nacional de Combate ao fumo, em 29 de agosto); mobilização de ações nas unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho; investimento na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco; articulação junto ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) no estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar; e aumento do acesso ao tratamento do tabagismo.

Também, no volume 8 do Pacto, que trata das Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no que se refere ao fortalecimento das Ações de Promoção da Saúde para o Cuidado Integral de DCNT, apresenta quatro ações prioritizadas para os anos de 2006 a 2008, dentre elas a prevenção e o controle do tabagismo, levando em conta as proposições do volume anterior.

Recentemente, em fevereiro de 2011, o Ministério da Saúde apresentou, em versão atualizada, as Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento – Avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão para o biênio 2010-2011. Neste documento, são elencadas diferentes prioridades. O tabagismo foi incluído na prioridade V, que trata da Promoção da Saúde. O objetivo é reduzir a prevalência do tabagismo no Brasil e sugere que “todos os municípios não capitais devem priorizar este objetivo no período de sua gestão ainda que não possam obter resultados mensuráveis por meio deste indicador”. O indicador⁴¹ a que se refere é o que mede a prevalência do tabagismo em adultos maiores de 18 anos e tem como referência o VIGITEL.

Além do Pacto pela Saúde, O Ministério da Saúde lançou, em dezembro de 2007, o Mais Saúde – Direito de Todos – 2008/2011. Trata-se de um projeto institucional criado pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde. Este projeto inova ao colocar em sua estrutura a “clara percepção de que saúde não é somente uma política social, mas parte integrante do desenvolvimento econômico⁴² do país”. (MS, 2010). Sob esse prisma, o Mais Saúde atribui à saúde duas dimensões que se associam a uma nova aposta para o desenvolvimento do Brasil. É parte da política social e do sistema de proteção social e fonte de geração de riqueza para o país. Neste entendimento, “o direito à saúde articula-se com um conjunto altamente dinâmico

⁴¹ Método de cálculo: Número de adultos (>18 anos) fumantes por cidade x 100, dividido pelo número de adultos (> 18 anos) residentes na respectiva cidade.

⁴² Nesta perspectiva, o Mais Saúde destaca que, “no campo econômico, a saúde pode ainda ser olhada por outro prisma. A experiência internacional mostra que a saúde configura um complexo de atividades produtivas de bens e serviços que permite alavancar segmentos-chave da sociedade contemporânea, baseada no conhecimento e inovação. A estimativa internacional disponível, apresentada pelo Fórum Global para a pesquisa em Saúde em 2006, indica que a saúde responde por 20% da despesa mundial, pública e privada, com atividades de Pesquisa e desenvolvimento tecnológico, representando um valor atualizado de US\$135 bilhões, sendo claramente uma das áreas mais dinâmicas do mundo.” (MS,2010:8)

de atividades econômicas que podem se relacionar virtuosamente num padrão de desenvolvimento que busque o crescimento econômico e a equidade como objetivos complementares” (MS, 2010:9).

O Mais Saúde está estruturado em oito eixos de intervenção, a saber: promoção, atenção, complexo industrial, força de trabalho, qualificação da gestão, participação e controle social, cooperação internacional e saneamento. Também define algumas diretrizes estratégicas para nortear estes eixos, a saber:

- 1 – Avançar na implementação dos princípios constitucionais para a consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral;
- 2 – Consolidar as ações de promoção da saúde e a intersetorialidade (...);
- 3 – Priorizar, em todos os eixos de intervenção, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida (...);
- 4 – Aprofundar a estratégia de regionalização, de participação social e de relação federativa, seguindo as diretrizes aprovadas pelo Pacto pela Saúde (...);
- 5 – Fortalecer o complexo produtivo e de inovação em saúde, permitindo associar o aprofundamento dos objetivos do SUS (...);
- 6 – Dar um expressivo salto na qualidade e na eficiência das unidades produtoras de bens e de gestão em saúde (...);
- 7 – Equacionar a situação de subfinanciamento do SUS (...).

A política de tabagismo foi contemplada na terceira diretriz estratégica, que prioriza todos os eixos, os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida, em que está contido, dentre outras áreas igualmente importantes, o combate ao tabagismo.

Se, de início, houve a necessidade de instrumentos de regulação e organização do SUS por meio das NOBs, o Pacto pela Saúde, em especial os compromissos expressos no Pacto pela Vida e o Mais Saúde, vem contemplar uma política de saúde que incorpora os determinantes epidemiológicos do país. Neste caso específico, enfatizamos a epidemia tabaco e a necessidade de inclusão do combate ao tabagismo no planejamento da política de saúde como um todo.

De acordo com Iglesias *et al* (2007), a transição epidemiológica ainda não está completa em nosso país, havendo a coexistência de problemas de saúde antigos e novos, com predomínio das doenças crônicas degenerativas e enfermidades cardiovasculares, respiratórias

e cânceres ocasionadas pelo tabagismo. As evidências sugerem que os fumantes consomem mais recursos de saúde por ano de vida do que os não fumantes, ocasionando um elevado custo para o sistema de saúde.

Em um estudo realizado por Iglesias *et al* (2007),⁴³ entre os anos de 1996 e 2005, através do Sistema de Internações Hospitalar/SIH foi possível levantar os custos do tratamento hospitalar das doenças relacionadas ao tabaco no Brasil. A análise do estudo demonstrou que o impacto do tabagismo sobre o uso dos serviços de saúde e seus custos é elevado. No Brasil, o número de internações atribuíveis às doenças analisadas (câncer, doença isquêmica cardíaca/DIC, pneumonia e influenza) cresceu de forma significativa durante o período. O resultado desta pesquisa revelou:

Os custos totais com hospitalização são significativos – R\$ 1,1 bilhão, que corresponderam a 8% dos custos hospitalares de adultos acima de 35 anos. O estudo constatou que os custos médios com hospitalizações atribuíveis às doenças tabaco relacionadas se mostraram estáveis ou decrescentes durante o período analisado, o que sugere a adoção de procedimentos menos dispendiosos e/ou que há uma ausência de reajustes dos valores dos procedimentos hospitalares (IGLESIAS, *et al* 2007:51).

Ressalta-se que, no período em questão, houve mais de 1 milhão de internações atribuíveis ao tabagismo e 88% delas referem-se a pneumonia, influenza e DIC. As internações atribuíveis a esse grupo de enfermidades custaram um total de R\$ 1,1 bilhão (valor do ano de 2005).

Com relação a gênero, as pessoas do sexo masculino foram responsáveis por R\$ 740 milhões em internações e as do sexo feminino, por 330 milhões. As doenças cardíacas foram responsáveis por R\$ 517 milhões (47%) e as neoplasias por R\$ 132,3 milhões, sendo que o custo das hospitalizações por doenças cardíacas entre os homens foi de R\$ 389 milhões e das mulheres R\$ 127,5 milhões. Influenza e pneumonia tiveram um custo de R\$ 339 milhões, dos quais R\$ 198 milhões para homens e R\$ 141 milhões para mulheres.

O estudo demonstrou que a metade dos custos das internações entre os homens refere-se a quatro tipos de câncer: leucemia (20%), câncer dos lábios, da cavidade oral e da faringe (18%), câncer de esôfago (16%) e da traquéia, brônquios e pulmões (15%). Entre as mulheres,

⁴³ Este estudo analisou os registros de internações pagas pelo SUS aos prestadores de serviços de saúde no período citado. O Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) foi a principal base de dados utilizada, por registrar as internações no formulário de Acompanhamento de Internação Hospitalar (AIH), que é usado pelo MS para o controle e pagamento das hospitalizações dos pacientes (IGLESIAS *et al* , 2007).

os registros com maiores custos foram as neoplasias dos lábios, cavidade oral e faringe (22%), traquéia, brônquios e pulmões (21%) e esôfago (17%).

Também foi evidenciado que as internações por câncer de pulmão, atribuíveis ao tabagismo, aumentaram ao longo dos anos, com um crescimento acentuado desde 2001. No ano de 2005, as internações foram 13% maiores para os homens e 84% mais elevadas para as mulheres, se comparadas ao ano de 1996. “Isto pode ser explicado pela crescente prevalência do fumo entre homens nas décadas anteriores e, mais recentemente, ao crescimento da epidemia do tabagismo entre as mulheres. Entretanto, reflete também aprimoramentos na qualidade dos registros e do sistema de faturamento.” (IGLESIAS *et al.*, 2007). O custo total de hospitalizações por esse tipo de câncer foi de R\$ 24,1 milhões no período 1996/2005, dos quais R\$ 18,5 milhões para homens e R\$ 5,6 milhões para mulheres.⁴⁴

É perceptível que a epidemia do tabagismo tem acarretado custos sociais, econômicos e de saúde. Os recentes estudos demonstram que a interferência do tabagismo nestas áreas é grande, pois implica no desenvolvimento de estratégias governamentais no combate e controle do tabagismo. O Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional do Câncer/INCA, possui um Programa de Tabagismo com reconhecimento internacional em função do seu pioneirismo na implantação de determinadas ações educativas, legislativas e econômicas. Vale ressaltar que este programa foi o primeiro na área de controle e combate ao tabagismo a ser estudado em um projeto-piloto da OMS, por dois motivos específicos. Primeiro devido à complexidade do sistema de saúde do Brasil, que conta com uma rede descentralizada de assistência à saúde e múltiplas ações para o controle do tabagismo. Em segundo lugar, devido aos visíveis resultados do programa, dos quais o mais representativo foi a redução da prevalência do uso do tabaco na população adulta.

2.2.1- Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT

O acúmulo de pesquisas científicas sobre o tabagismo como fator de risco não só de câncer, mas também de doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como sua condição de

⁴⁴Os custos mencionados incluem somente hospitalizações, não levando em conta procedimentos de alta complexidade, como quimioterapia e radioterapia (IGLESIAS *et al.*, 2007)

doença crônica ligada à dependência da nicotina (CAVALCANTE, 2005), tornou evidente a necessidade de ações para o controle do tabagismo.

Em 1989, o Ministério da Saúde assumiu, por intermédio do INCA,⁴⁵ a organização do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que está inserido na Política Nacional de Promoção da Saúde. O objetivo geral do programa é reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados de tabaco no Brasil e tem como meta alcançar dois grandes objetivos específicos.

O primeiro refere-se à redução da iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, o que supõe o investimento em ações educativas e legislativas. O segundo objetivo diz respeito a aumentar a cessação de fumar entre aqueles que se tornaram dependentes e, como consequência, proteger a população dos riscos do tabagismo passivo. Para tanto, é necessária a oferta do tratamento do tabagismo.

Para alcançar os objetivos expressos, o programa está estruturado em estratégias e ações específicas. Dentre as estratégias estão a descentralização, a intersetorialidade e a parceria com a sociedade civil organizada. No que se refere à descentralização das ações, segue-se a lógica do SUS através das secretarias estaduais e municipais de saúde. Devido à extensão territorial do Brasil e suas diferenças regionais, a descentralização foi a estratégia utilizada para garantir a expansão das ações do programa em todo país.

Já a intersetorialidade das ações se deu a partir da criação, em 1999, da Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT), com a função de analisar dados e informações referentes ao tema e com a finalidade de assessorar o Presidente da República nas decisões e posicionamento do Brasil durante as negociações da CQCT, ocorridas entre 1999 e 2003. Integrada por representantes de diferentes Ministérios, a criação desta Comissão permitiu que as questões relacionadas ao tabaco fossem discutidas por outros setores governamentais, já que o problema tabaco extrapola a dimensão da saúde (CAVALCANTE, 2005).

A parceria com a sociedade civil organizada é um meio de potencializar a abrangência do PNCT, ao mesmo tempo que permite fortalecer a participação da sociedade em questões

⁴⁵ INCA é o órgão que centraliza as ações governamentais do Ministério da Saúde não somente no que se refere à prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos relativo ao câncer, mas também ao controle do tabagismo. Conforme Boeira (2002:262/63), “o INCA tem sua história ligada ao Centro de Cancerologia do Hospital Estácio de Sá, no RJ da década de 1930, período em que os efeitos da industrialização de cigarros no país começavam a acentuar-se. Em 1970 o INCA foi incluído na Divisão Nacional de Câncer do MS e após a abertura política, em meados da década de 1980, o Instituto começa a investir mais na prevenção das doenças e o combate ao tabagismo começa a ganhar relevância”.

relacionadas ao tabaco. Conforme Cavalcante (2005), exemplos dessa parceria são as ONGs, sociedades científicas e conselhos profissionais.

Através destas estratégias, o PNCT desenvolve três grupos de ação, a saber: educativas, promoção e apoio à cessação de fumar e mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco. As ações educativas estão divididas em atividades pontuais e contínuas. As ações pontuais referem-se às campanhas nas datas específicas (Dia Mundial sem tabaco, em 31 de maio, e dia Nacional de Combate ao tabagismo, em 29 de agosto).⁴⁶

Com o intuito de estimular mudanças de comportamento na população, as ações contínuas dividem-se em três canais comunitários básicos: Ambientes Livres de Tabaco, Escolas e Unidades de Saúde⁴⁷ (INCA, 1996).

A segunda ação do programa está direcionada ao apoio à cessação de fumar, cujo objetivo é motivar os fumantes a deixarem de fumar e possibilitar o acesso ao tratamento.⁴⁸

O terceiro e último grupo de ações do PNCT refere-se às ações legislativas e econômicas. O INCA tornou-se referência nacional para elaboração de pareceres técnicos utilizados na criação de políticas de combate ao tabagismo, tanto de cunho legislativo quanto econômico. De acordo com Cavalcante (2005), apesar de as ações legislativas para controle do tabagismo fugirem à governabilidade direta do MS/INCA, o mesmo trabalha no sentido de

⁴⁶ O Dia Mundial sem Tabaco foi criado pela OMS com o intuito de divulgar e sensibilizar o maior número de pessoas sobre os males causados pelo consumo do tabaco e seus derivados, bem como sobre as estratégias envolvidas para sua promoção e produção. Anualmente, a OMS define um tema relacionado ao tabagismo a ser abordado no mundo inteiro pelos 192 países membros, com o intuito de divulgar todas as problemáticas ligadas ao tabagismo e sensibilizar diferentes setores da sociedade para o controle do tabagismo. No Brasil, o dia Nacional de Combate ao fumo foi criado pela lei federal 7488, de 11/06/1986, estabelecendo que, durante a semana que antecede a data, seja lançada campanha de âmbito nacional (www.inca.gov/eventos) Este ano (2011), o tema escolhido foi “Cigarros Aditivados”. O objetivo é alertar que o consumo deste tipo de fumo com aditivos (aromatizantes e flavorizantes) é um fator agravante na manutenção da dependência e causa prejuízo ao organismo.

⁴⁷ A proposta de Ambientes Livres de Tabaco é estimular e subsidiar a implantação de ambientes livres de tabaco em qualquer instituição pública ou privada. O Saber Saúde nas Escolas refere-se ao estímulo e subsídio a um conjunto de atividades educativas e preventivas voltadas para valorização de comportamentos saudáveis tanto para alunos quanto para educadores. No que se refere ao controle do tabagismo via Unidades de Saúde, propõe-se o desenvolvimento de duas grandes ações. A primeira seria a implantação do Programa Unidades de Saúde Livres do Tabaco, com base na experiência do Projeto Piloto “INCA Livre do cigarro” (maio 1998). A segunda grande ação envolve a sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde para que valorizem e ofereçam o tratamento do tabagismo da mesma forma que tratam de outras doenças.

⁴⁸ O tratamento do fumante foi inserido na rede SUS pela pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que gerou as Portarias Ministeriais GM/MS nº 1.035, de maio de 2004, e SAS nº 442, de agosto 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. Dedicaremos uma subdivisão, adiante, sobre o tratamento.

promover, mediar, assegurar e respaldar medidas legislativas e econômicas junto aos órgãos com competência para tal.⁴⁹

O avanço legislativo no Brasil e o pioneirismo das ações do PNCT nas políticas de controle do tabagismo renderam ao país reconhecimento internacional. O destaque fica para a legislação sobre publicidade e propaganda, além das restrições do fumo em locais públicos e privados. O quadro a seguir apresenta algumas das principais medidas legislativas relacionadas ao tabagismo, selecionadas em ordem cronológica, para evidenciar a evolução desta política no país.

MEDIDAS LEGISLATIVAS	DESCRIÇÃO
Lei 7488 (11/06/1986)	Cria o Dia Nacional de combate ao Fumo: “29 de agosto.”
Constituição da República Federativa do Brasil. (05/10/1988)	Determina que a publicidade de tabaco estará sujeita a restrições e conterá advertências sobre malefícios.
Lei 8069 (13/07/1990) – Estatuto da criança e do adolescente	Proíbe vender ou entregar à criança ou adolescente produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica.
Portaria Interministerial 477 (24/03/1995)	Recomenda às emissoras de TV que evitem transmissão de imagens em que apareçam personalidades fumando e recomenda que órgãos vinculados ao SUS recusem patrocínio das indústrias de tabaco
Lei 9294 (15/07/1996)	Proíbe o uso de cigarros e qualquer produto derivado de tabaco em recinto coletivo privado ou público. Permite o tabagismo em fumódromos (áreas destinadas exclusivamente ao fumo e adaptadas para tal).
Lei 9782 (27/12/1999) – Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	Cria a ANVISA. Dentre outras funções, é responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto derivado do tabaco.
Lei 10167 (27/12/2000)	Altera a lei 9294/96, proibindo a venda por via postal, distribuição de amostra ou brinde e comercialização em estabelecimentos de ensino e saúde.
Lei 10167 (27/12/2000)	Altera a lei 9294/96, proibindo a participação de crianças e adolescentes na publicidade de produtos derivados do tabaco.
Lei 10167 (27/12/2000)	Altera a lei 9294/96, restringindo a publicidade de produtos derivados do tabaco a pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda e proibindo-a em revistas, jornais, TV, rádios, outdoors, internet, merchandising, estádios, pistas palcos e similares. Proíbe o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais.

⁴⁹ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é um desses órgãos (criada pela Lei 9782 de 26/01/1999). Ela tem competência para normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde e bem estar da população, dentre eles a comercialização de cigarros.

Portaria do Ministério do Trabalho nº 06 (05/02/2001)	Proíbe o trabalho de menores de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
Resolução da ANVISA nº46 (28/03/2001)	Estabelece teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono na corrente primária da fumaça do cigarro em 10mg/cig., 1mg/cig., 10mg/cig. Proíbe utilização, nas embalagens, e publicidade de descritores: baixo teor, light, soft, leve, dentre outros, que levem a interpretação equivocada por parte do consumidor.
Resolução do Banco Central do Brasil nº 2833 (05/04/2001)	Fica vedada a concessão de crédito público a atividades relacionadas com a produção de fumo no âmbito da PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar), em parceria ou integração com indústria do tabaco.
Resolução da ANVISA nº 15 (17/01/2003)	Proíbe a venda de produtos derivados do tabaco na internet.
Lei nº 10702 (14/07/2003)	Proíbe a venda de produtos derivados de tabaco a menores de 18 anos.
Lei 10702 (14/07/2003)	Altera a lei 9294/96, proibindo patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarro a partir de 30/09/2005.
Resolução da ANVISA nº 335 (21/11/2003)	Dispõe sobre novas advertências, acompanhadas de imagens, nas embalagens e produtos de propaganda. Determina a impressão das frases: “Venda proibida para menores de 18 anos”. “Este produto possui mais de 4.700 substâncias tóxicas e nicotina, que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para o consumo destas substâncias”.
Portaria do Ministério da Saúde nº 1035 (31/05/2004)	Amplia o acesso e a abordagem ao tratamento do tabagismo para rede de atenção básica e média complexidade do SUS.
Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS-MS nº442 (13/08/2004)	Aprova o plano para implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à nicotina.
Portaria do Ministério da Saúde nº 399 (22/02/2006)	Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova suas diretrizes.
Portaria do Ministério da Saúde nº 687 (30/03/2006)	Aprova a Política de Promoção da Saúde.
Decreto nº5658 (02/01/2006)	Promulga a CQCT, adotada pelos países membros da OMS em 21/05/2003 e assinada pelo Brasil em 16/06/2003.

Quadro 01: Legislação brasileira para controle do tabaco.

Fonte: INCA/ disponível em www.inca.org/tabagismo. Adaptado pela autora.

A legislação federal referente ao tabagismo está presente em todos os âmbitos: na proteção contra os riscos da exposição à poluição tabagística,⁵⁰ na restrição ao acesso aos produtos de tabaco, na proteção aos jovens, no controle da publicidade e promoção, nas ações de conscientização da população, no impedimento de financiamento da cultura, na taxação dos produtos de tabaco e nas políticas públicas de saúde. Um importante avanço relacionado às políticas públicas de saúde está no oferecimento do tratamento ao fumante, assegurado por portaria ministerial e que será abordado no próximo tópico, por ser determinante neste estudo.

2.2.2 – Tratamento e apoio ao fumante na rede SUS.

A primeira iniciativa para implantação do tratamento do tabagismo na rede pública de saúde, o SUS, se deu pela Portaria 1575/02 do Ministério da Saúde. Com o propósito de incluir e financiar o tratamento do tabagismo, essa portaria criou os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) a abordagem e tratamento do fumante.

Apesar de ter sido um grande avanço para o PNCT, essa portaria apresentou alguns problemas que acabaram inviabilizando seu objetivo. O principal problema foi que o credenciamento de Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante ficou limitado às Unidades de Saúde de alta complexidade ou hospitais especializados. Dessa forma, tornou-se muito restrito o acesso do usuário aos serviços de saúde credenciados para

⁵⁰ Até a presente data, existem no Brasil 7 leis estaduais 100% livres de tabaco, a saber: Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Amazonas, Rondônia, Roraima e Paraíba. Nos demais estados, 14 possuem leis que permitem fumódromos em locais fechados, 4 estados possuem projeto de lei e 1 não possui informação de lei em vigor ou projeto de lei. Apesar da existência das leis estaduais, muitos municípios criaram legislação própria referente ao tabagismo. Em alguns estados onde a legislação estadual permite o fumódromo, muitas cidades implementaram leis antifumo. A título de exemplo, no estado de MG, apesar de a lei estadual permitir fumódromos, o município de Juiz de Fora possui legislação antifumo. Em Santa Catarina, a lei estadual também permite fumódromos, entretanto, cidades como Tubarão, Criciúma, São José, Lages e Joinville possuem legislações próprias antifumo. Esta situação se repete em vários outros estados em que as leis permitem fumódromos, mas existem cidades 100% livres do tabaco, assim como existem cidades com legislações que permitem fumódromos, embora a legislação estadual não os permita. Vale lembrar que existe a lei federal 9294/96, que proíbe o fumo em locais públicos e privados, salvo em local específico e adaptado para tal, os denominados fumódromos. (actbr.com.br/biblioteca/acessado_em_04/04/2011). O Senado aprovou, no dia 22/11/11, o Projeto de Lei que altera a legislação sobre fumo no país. Se sancionada pela Presidente, que tem 15 dias para tal, fica proibido em todo o território nacional o uso de cigarros em ambientes fechados, privados ou públicos. Ficam proibidos, também, os fumódromos. Neste caso, prevalece a lei nacional sobre todo o território, acabando com a heterogeneidade legislativa sobre o fumo no país (actbr.com.br/noticias - acessado em 23/11/11).

esse fim. Foi então criado um grupo de trabalho, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), com a finalidade de fazer a revisão, atualização e aperfeiçoamento da Portaria 1.575/02 (MS/INCA, 2009).

A discussão do grupo de trabalho culminou com a publicação da Portaria 1035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS. Em agosto de 2004, a portaria 442 do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde vem regulamentar a 1035, definindo o tabagismo como área prioritária da atenção básica. Também por esta portaria fica definido que os materiais de apoio e medicamentos serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Para que todo um conjunto de ações de controle do tabagismo (ações educativas, legislativas e o tratamento), propostas pelo MS por intermédio do Instituto Nacional do Câncer, alcance seus objetivos junto à população, foi proposta, como estratégia, a descentralização das ações, através da organização de uma rede nacional que atue no controle do tabagismo. Esta rede é composta por representantes em cada estado, ligados às Secretarias Estaduais de Saúde (nível estadual), seguindo-se as representações regionais (Gerências Regionais de Saúde) e, finalmente, as Secretarias Municipais de Saúde. Há, portanto, referências técnicas em cada nível hierárquico: MS/INCA (nível federal), SES/GRS (níveis estadual e regional) e Coordenações Municipais (nível municipal).

Para que as ações atinjam todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional do Programa, por meio do processo de descentralização e parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde possuem uma Coordenação do Programa de Controle do tabagismo que, por sua vez, vêm descentralizando as ações para seus respectivos municípios (MS/INCA, 2009:03).

Todas as ações educativas relacionadas ao tabagismo, tanto pontuais (datas comemorativas alusivas ao tabaco) quanto contínuas (ambientes livres de tabaco, saber saúde nas escolas e o tratamento do tabagismo na rede de atenção básica do SUS) são coordenadas e orientadas pelo MS/INCA.

No que se refere ao tratamento do tabagismo, existe também toda uma orientação, assessoria e organização para que o mesmo seja oferecido pelas Unidades de Atenção

Primária à Saúde (UAPS). Primeiramente, os profissionais de nível superior devem passar pela capacitação em Abordagem Intensiva do Fumante⁵¹ (conforme modelo preconizado pelo PNCT), promovida pela Coordenação Municipal ou Estadual, com suporte do MS/INCA.

Em cada UAPS, pelo menos dois profissionais de nível superior devem passar por esta capacitação, sendo obrigatória a presença de um médico, devido ao aporte medicamentoso. A Unidade de Saúde também deve dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo. O tratamento consiste em quatro sessões de grupo, com o mínimo de 10 e o máximo de 15 pessoas, uma vez por semana, com duração de um mês. A segunda etapa do tratamento é denominada manutenção. As sessões passam a ser duas quinzenais e as demais são mensais, até completarem doze meses. Aqueles que conseguem parar de fumar até a quarta sessão prosseguem nesta nova etapa, na qual é trabalhada a prevenção de recaída.

Após a capacitação dos profissionais, a Unidade de Saúde confecciona um projeto, o qual é encaminhado ao MS/INCA para que a UAPS seja inserida no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/ CNES, junto ao Serviço de Controle do Tabagismo. À medida que os municípios cumprem os requisitos mencionados acima, passa a ser de responsabilidade do MS o envio do material a ser trabalhado no tratamento em grupo, bem como o suporte medicamentoso.

⁵¹ A Abordagem Intensiva do Fumante é oferecida somente para os profissionais de nível superior da área da saúde. Este tipo de abordagem visa à capacitação dos profissionais na Abordagem Cognitiva Comportamental e o uso correto da medicação como suporte no tratamento, que pode ser individual ou em grupo. O tratamento possui como eixo central a abordagem comportamental (INCA, 2001).

3 – O PROGRAMA DE TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

Uma das estratégias do Ministério da Saúde para alcançar efetividade nas ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo foi a descentralização para os municípios. O primeiro aspecto considerado para justificar a descentralização foi a dimensão territorial do país. O segundo foi as dificuldades geradas pelas diferenças regionais, que englobam fatores sócio-econômicos e culturais (INCA, 2003).

Desta forma, neste capítulo, trato do Programa de Tabagismo na cidade de Juiz de Fora/MG. Num primeiro momento, apresento a trajetória de desenvolvimento da política de saúde do município, salientando alguns dados epidemiológicos referentes a óbitos e internações relacionados ao tabagismo, que também justificam a necessidade do Programa. Posteriormente, contextualizo como se deu a implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo no município, priorizando os aspectos relacionados à oferta do tratamento nas Unidades de Atenção Primária a Saúde.

3.1- Situando a política de saúde do município de Juiz de Fora.

O município de Juiz de Fora, localizado na Zona da Mata Mineira, possui uma população estimada pelo IBGE, em 2009, de 526.709 habitantes. A população de Juiz de Fora se concentra na área urbana e menos de 1% habita de maneira esparsa a área rural (Plano Municipal de Saúde/ 2002-2005).

O perfil populacional de Juiz de Fora vem acompanhando a tendência mundial de desaceleração das taxas de crescimento e evolução das pirâmides etárias nas faixas de maior idade. Segundo dados do IBGE (Censo de 2000), 10,57% de sua população têm idade igual ou superior a 60 anos. Este dado, que segundo a Organização Mundial de Saúde, é indicativo de qualidade de vida e é de significativa importância quando se planeja o arcabouço da saúde, pois as necessidades dos idosos são bastante específicas. As características econômicas do município, voltadas para a indústria, foram se transformando e, atualmente, cresce em expressão a oferta de serviços, destacando-se como centro de importância regional nas áreas de comércio, educação e saúde.

A política de saúde do município, na perspectiva de incorporar as transformações oriundas da Constituição Federal de 1988, através de seu I Plano Municipal de Saúde (1988-1989), organizou sua rede assistencial priorizando a regionalização/hierarquização dos serviços. O Plano de Saúde dividiu o município em 12 Regiões Sanitárias, estruturadas a partir de critérios de regionalização, de forma a contemplar serviços de atenção básica, e de média e alta complexidade.

Para iniciar o processo de participação da sociedade no planejamento das políticas de saúde, foi organizada, em setembro de 1991, a I Conferência Municipal de Saúde, cujo tema foi “Municipalização é o Caminho”. Parte do relatório final desta Conferência foi encaminhado à Câmara Municipal, na forma de projeto de lei, que criou o Conselho Municipal de Saúde.⁵²

Com essas medidas, o município foi se adequando ao que foi proposto pelo Sistema Único de Saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988. Dentre outras medidas, saliento a criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS), em dezembro de 1989, e a criação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em janeiro de 1990.⁵³

O ano de 1991 demarcou o processo de descentralização/municipalização da saúde em Juiz de Fora, com a assinatura do convênio de descentralização administrativa entre a Secretaria de Estado da Saúde e o município. A Secretaria Municipal de Saúde passou, a partir de então, a gerenciar uma rede de serviços de atenção secundária (PAMs – Postos de Atendimento Médico e Policlínicas), além das Unidades Básicas de Saúde (Plano Municipal de Saúde/2002-2005). O município passou a gerenciar toda a rede ambulatorial da União, do Estado e seus serviços próprios.

À medida que as NOB's foram sendo editadas, o município foi consolidando seu papel de gestor do sistema de saúde local e caminhando para o processo de descentralização/municipalização do sistema de saúde.

⁵² Conforme Oliveira (2002), o processo de implantação do Conselho Municipal de Saúde em Juiz de Fora foi tenso. Antecedem a I Conferência Municipal de Saúde os chamados Encontros Populares em Saúde, momento em que a sociedade civil organizada se empenha na construção da proposta de um Projeto de Lei “versando sobre a regulamentação, composição, funcionamento e competências do CMS/JF, a ser encaminhada ao Legislativo Municipal, seguindo as diretrizes discutidas e votadas no evento”. Entretanto, a proposta original para criação do CMS, que nasceu durante a I Conferência, não foi aprovada na íntegra. Tal fato está correlacionado ao jogo de interesses e disputas ocorridas naquele momento. O CMS foi criado, mas sua institucionalização minou as demais possibilidades de um espaço autônomo do movimento popular em saúde para discutir os rumos da política municipal de saúde. Tal fato se concretiza com o término dos Encontros Populares em Saúde.

⁵³ Até então, era a Secretaria Municipal de Bem Estar Social que cuidava das políticas de saúde do município.

A primeira Norma Operacional Básica (NOB-1991) não permitiu avanço significativo na capacidade de o município gerir seu sistema de saúde por tratar os municípios como meros prestadores de serviços, não criando mecanismos de transferência de recursos fundo a fundo, conforme determina a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8142/1990).

A NOB-1993 proporcionou mais poder e responsabilidade para os estados e municípios e criou novas formas de gestão (incipiente, parcial e semiplena) com responsabilidades proporcionais à capacidade organizativa dos municípios. Neste período, foram instituídas as Comissões Intergestoral Bipartite Estaduais e Comissão Intergestoras Tripartite como instâncias de articulação e negociação permanente. Esta NOB também permitiu a transferência regular de recursos fundo a fundo para aqueles municípios que se habilitassem na condição de gestão semiplena do sistema de saúde. Neste mesmo ano, 1993, o município de Juiz de Fora assumiu a gestão parcial do Sistema Único de Saúde e começou a acumular experiência organizacional para novos avanços na gestão de saúde.

Em 1995, o município realizou a II Conferência Municipal de Saúde, com o tema: “Os desafios da gestão semiplena”. Neste mesmo ano, o município se habilitou na condição de gestão semiplena, assumindo novas responsabilidades e prerrogativas, como gerir toda a rede própria, incluindo o subsistema estadual e privado contratado conveniado.

A NOB-96 representou um avanço no processo de descentralização e criou duas novas condições de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema de Saúde. Em 1997, o município de Juiz de Fora aprovou um novo Plano Municipal de Saúde, orientado pelas exigências da Lei 8142, para habilitação dos municípios nas novas modalidades de gestão previstas na condição de gestão plena do sistema de saúde, situação que perdura até hoje.

Em 2002, foi editada uma nova Norma Operacional, a NOAS 2002, a qual procurou superar as dificuldades e obstáculos identificados no processo de habilitação previstos pela NOB 96 e cujo objetivo foi aprofundar a descentralização com equidade no acesso. A primeira etapa de implementação da NOAS 2002 foi a aprovação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) pela CIB Estadual, em 2001, definindo a conformação de sistemas de saúde micro-regionais, regionais, macro-regionais e estadual. O município de Juiz de Fora é Pólo Macro-regional no PDR mineiro, responsabilizando-se pela referência de alta complexidade (transplantes, oncologia, entre outros) para uma região que agrega sete Regionais Administrativas do Estado (GRS de Ponte Nova, Manhumirim, Leopoldina, Ubá, Juiz de

Fora, São João Del Rei e Barbacena). Além desta referência macro-regional, Juiz de Fora se torna Pólo Regional e Micro-regional para procedimentos de média complexidade.⁵⁴

Em fevereiro de 2006, foi publicado na portaria/GM nº 399 o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde. As mudanças mais significativas que o Pacto traz referem-se à substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; à regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; à integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e à unificação dos vários pactos hoje existentes (MS/Pacto pela Saúde, 2006).

Após publicação do Pacto pela Saúde, foi realizada, no município, a V Conferência Municipal de Saúde, em julho de 2007, e, neste ano de 2011, também no mês de julho, aconteceu a VI Conferência, ambas imbuídas nas propostas do Pacto pela Saúde. Entretanto, mesmo com a realização das Conferências e decorridos cinco anos do Pacto pela Saúde, não houve alterações significativas na dinâmica de organização e de administração da saúde no município. O município permanece habilitado na gestão plena do sistema de saúde, uma vez que, até a presente data, não assinou o Termo de Compromisso de Gestão previsto no Pacto. O processo de adesão ao Pacto de Gestão já foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, mas ainda não foi assinado pelo Prefeito, até a presente data, por questões burocráticas e administrativas.

O município de Juiz de Fora tem autonomia para administrar suas ações no campo da saúde, dentre as quais está o gerenciamento do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, que está inserido em um contexto macro como Política de Saúde proposta pelo Ministério da Saúde e incorporada ao SUS.

Dados do Serviço de Vigilância Epidemiológica, assim como o índice de tabagistas no município, em torno de 17% ou cerca de 80 mil fumantes (VIGITEL/ 2010), demonstram a importância de se investir neste tipo de programa. Os quadros abaixo referem-se a óbitos e internações por doenças tabaco-relacionadas e são um indicativo dos reflexos do tabagismo na realidade local.

⁵⁴Os procedimentos de média complexidade compreendem, dentre outros, exames de imagem, exames laboratoriais, fisioterapia, consultas especializadas, endoscopia, pequenas cirurgias em ambulatório (Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, 2010).

Óbitos por doenças tabaco -relacionadas – Juiz de Fora – 2009			
Doenças	Total de óbitos	Percentual atribuído	Número de óbitos atribuídos ao tabaco
Doença Coronariana	299	25,00%	75
Enfisema Pulmonar	109	85,00%	93
Câncer	598	30,00%	179
Doença cerebrovascular	294	25,00%	74
Total	1300		421

Quadro 02: Dados epidemiológicos/ óbitos -2009.

Fonte: SIH/SUS/Serviço de Epidemiologia de Juiz de Fora.

Óbitos por doenças tabaco-relacionadas – Juiz de Fora – 2010			
Doenças	Total de Óbitos	Percentual atribuído	Número de óbitos atribuídos ao tabaco
Doença coronariana	294	25,00%	74
Enfisema Pulmonar	112	85,00%	95
Câncer	638	30,00%	191
Doença Cerebrovascular	307	25,00%	77
Total	1351		437

Quadro 03: Dados epidemiológicos/ óbitos 2010.

Fonte: SIH/SUS/Serviço de Epidemiologia de Juiz de Fora

Internações por doenças tabaco-relacionadas – Juiz de Fora – 2009			
Doenças	Total de Internações	Percentual Atribuído	Número internações atribuídas ao tabaco
Doença coronariana	1163	25,00%	291
Enfisema Pulmonar	328	85,00%	279
Câncer	2400	30,00%	720
Doença Cerebrovascular	598	25,00%	150
Total	4489		1440

Quadro 04: Dados epidemiológicos / internações - 2009

Fonte: SIH/SUS/Serviço de Epidemiologia de Juiz de Fora

Internações por doenças tabaco-relacionadas – Juiz de Fora – 2010			
Doenças	Total de Internações	Percentual Atribuído	Número internações atribuídas ao tabaco
Doença coronariana	1233	25,00%	308
Enfisema Pulmonar	272	85,00%	68
Câncer	2349	30,00%	1997
Doença Cerebrovascular	839	25,00%	252
Total	4693		2624

Quando 05: Dados epidemiológicos/ internações 2010.

Fonte: SIH-SUS/Serviço de Vigilância Epidemiológica de Juiz de Fora

3.2 – Implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) em Juiz de Fora.

As primeiras ações relacionadas ao tabagismo no município de Juiz de Fora foram coordenadas pela Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo (CIPCT), criada pelo Secretário Municipal de Saúde em 9 de junho de 1999, através da portaria 06/99, composta por representantes de diferentes setores do município e coordenada pela diretora do Departamento de Vigilância Epidemiológica da época.⁵⁵ Esta Comissão tinha como competência:

- 1 – Unir esforços dos diferentes setores representados na Comissão na luta antitabágica;
- 2 - Estimular o intercâmbio entre os diversos órgãos, serviços, ONGs *etc.*, que desenvolvem ações com relação ao tabagismo no município;
- 3– Elaborar e/ou divulgar material educativo, assim como promover atividades no município para comemoração das datas já estabelecidas como: “Dia mundial sem tabaco” (31/05) e “Dia nacional de combate ao fumo” (29/08);
- 4 – Propor ações educativas e preventivas, levantando discussões críticas na comunidade escolar, empresarial e outras, estimulando a realização de programas e campanhas locais antitabágica;
- 5 – Propor aos setores competentes, de acordo com a demanda, a capacitação de equipes multiprofissionais para implantar ou implementar serviços de referência para tratamento do tabagista;
- 6 – Catalogar as diversas alternativas de tratamento existentes no município;
- 7 – Sugerir ao gestor do sistema de saúde e afins a discussão de políticas de controle e prevenção do tabagismo no município;
- 8 – Divulgar, no município, a legislação já existente referente à restrição do uso do fumo em recintos fechados e públicos;
- 9 – Propor, junto à Câmara Municipal e outras Secretarias, medidas que tornem possível o cumprimento da legislação antitabágica já em vigor;
- 10 – Estabelecer parcerias junto ao setor público e privado para financiar a confecção de material educativo.

⁵⁵Esta Comissão era composta por representantes da Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Estadual de Educação, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Administração, Diretoria Regional de Saúde – DRS/JF e Universidade Federal de Juiz de Fora.

Em 29 agosto de 2002, quando foi editada a portaria ministerial GMS nº 1575, que previa a criação, no âmbito do SUS, dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Tabagismo, um dos serviços representados na CIPCT, no caso o Serviço de Controle da Hipertensão, Diabetes e Obesidade (SCHDO), chegou a confeccionar o projeto para implantar o Centro de Referência no município. Entretanto, após a publicação das portarias 1035/04 e 442/04 do Ministério da Saúde, revogando a portaria anterior e descentralizando o tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), seguindo os critérios de descentralização proposto pelo MS e por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas (CIB-SUS/MG),⁵⁶ aprovou a implantação do Plano para Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS.

Após esta deliberação, a SES sugeriu a estruturação da Coordenação Municipal do Tabagismo, conforme as orientações do PNCT/MS/INCA, para propiciar, através das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) o tratamento do tabagismo no município. Assim, em março de 2005, o Secretário Municipal de Saúde indicou uma servidora de carreira como Referência Municipal e Coordenadora do Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT), que ficou responsável pela estruturação da Coordenação. A partir de então, a CIPCT foi extinta.

Em abril do mesmo ano, foi criada a Coordenação Municipal, denominada Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT). O objetivo da Coordenação é desenvolver as ações do PNCT em Juiz de Fora. Aqui se incluem as ações educativas e legislativas, assim como a implementação, no município, da portaria 1035/2004, que versa sobre o tratamento do tabagismo na atenção básica e de média complexidade.

É de competência da Coordenação, para efetivar o Programa Municipal de Controle do Tabagismo: estruturar e fornecer as capacitações⁵⁷ exigidas pelo MS para os profissionais das UAPS; controlar e dispensar os manuais e medicamentos para as UAPS; controlar as planilhas com informação do tratamento no município;⁵⁸ fazer o repasse para a Coordenação Estadual;

⁵⁶Esta aprovação ocorreu na 99ª reunião ordinária da CIB-SUS/MG, em 05/08/04, e foi sancionada pelo Secretário Estadual de Saúde à época, Marcus Pestana, em 03/09/04.

⁵⁷ Abordagem Cognitiva Comportamental Intensiva, direcionada aos profissionais de saúde de nível superior para o tratamento em grupo, com ou sem uso de medicação. Abordagem Cognitiva Comportamental Mínima e Básica, voltada para profissionais de nível superior, nível médio e agentes comunitário de saúde. Este tipo de abordagem tem uma duração entre 3 a 10 minutos e pode ser realizada em diferentes momentos: visitas domiciliares, salas de espera, internações hospitalares, dentre outras (INCA, 2001).

⁵⁸ Para efetuar o controle do tratamento, o INCA/MS criou três planilhas: planilha de manual, do tratamento e de

estruturar campanhas e atividades educativas e científicas nas datas pontuais; assessorar na implantação do tratamento nas UAPS e atender pacientes de áreas descobertas da cidade. Neste estudo priorizamos, dentre as ações que visam a diminuir a demanda, a que contempla as estratégias para propiciar a cessação do tabagismo.

Para sanar a questão do acesso ao tratamento para os usuários que residem em áreas descobertas, ou seja, regiões ou bairros da cidade que estão desprovidos de uma UAPS, o SECOPTT também ficou responsável pela oferta do tratamento. São de responsabilidade do SECOPTT 42 bairros de áreas descobertas, e, neste caso, os usuários, por demanda espontânea, dirigem-se ao serviço, localizado no Departamento de Clínicas Especializadas/DCE, para participarem do tratamento.

A partir da criação do SECOPTT, iniciaram-se as Capacitações em Abordagem Intensiva do Fumante junto aos profissionais das UAPS. Estas Capacitações são oferecidas aos profissionais de nível superior pela equipe que compõe o SECOPTT e demais profissionais de saúde do município e da UFJF que atuam na área do tabagismo. Todo o conteúdo oferecido nas capacitações é produzido pelo MS/INCA, com ênfase no funcionamento do PNCT, na Abordagem Cognitivo Comportamental, na estrutura das sessões em grupo que compõem o tratamento e no uso da medicação durante o tratamento.

Até a presente data, foram realizadas doze capacitações, contemplando 634 profissionais. Neste total estão incluídos profissionais da micro-região de Juiz de Fora/Bom Jardim de Minas e Lima Duarte⁵⁹ e serviços da rede privada e pública. Do município de Juiz de Fora, incluindo hospitais vinculados ao SUS e as UAPS, foram capacitados, até o momento, 267 profissionais.

De modo geral, a avaliação das capacitações⁵⁹ tem correspondido às expectativas dos profissionais e alcançado um saldo positivo. Entretanto, tem sido pontuada pelos profissionais certa insegurança em iniciar o tratamento ou até mesmo de vislumbrar esta proposta de

medicação. Estas planilhas são preenchidas trimestralmente pelas UAPS e encaminhadas à coordenação municipal, que as envia à Coordenação Estadual, que, por sua vez, as encaminha ao MS/INCA.

⁵⁹ A Gerência Regional de Saúde (GRS) assessora 37 municípios, divididos em 03 micro-regiões. A cidade de Juiz de Fora é pólo de uma micro-região que comporta 25 municípios, a saber: Andrelândia, Arantina, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Goianá, Juiz de Fora, Liberdade, Lima Duarte, Matias Barbosa, Olaria, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Santa Barbara do Monte Verde, Santa Rita de Jacutinga, Santana do Deserto e Simão Pereira (www.saude.mg.gov.br).

⁵⁹ Os profissionais realizam uma avaliação por escrito, que ficam arquivadas no SECOPTT, e uma cópia é enviada para Coordenação Estadual. Estas avaliações são um meio de certificar a necessidade de adequações de conteúdo e conhecer as dificuldades dos profissionais em relação ao tratamento proposto pelo MS/INCA.

tratamento nas Unidades. Outra questão acentuada é quanto à dificuldade em harmonizar o conteúdo teórico com a prática nos grupos. Os profissionais sugerem a necessidade de um “estágio” prático ou a assessoria de um profissional do SECOPTT no momento da implantação do primeiro grupo na Unidade de Saúde. Durante as capacitações, o SECOPTT oferece a oportunidade de os profissionais interessados participarem dos grupos realizados pelo serviço, mas poucas Unidades buscaram esta alternativa.⁶⁰

Atualmente, o município conta com 59 UAPS. Destas, 40 trabalham com a Estratégia Saúde da Família, 19 são Unidades de Saúde Tradicionais, sendo 10 da área urbana e 9 são Unidades de Zona Rural (incluindo a Unidade Volante) e todas possuem pelo menos um profissional capacitado na Abordagem Intensiva ao Fumante, mas nem todas cumpriram as exigências para estarem aptas a oferecer o tratamento. As exigências são a confecção do projeto e, por consequência, o credenciamento no Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde/CNES.

Das 59 UAPS, 12 não confeccionaram o projeto exigido pelo MS/INCA. Neste caso, a Coordenação se incumbiu de encaminhar ao INCA os projetos com os dados destas UAPS. Nestes projetos é anexada cópia do certificado da capacitação, de forma a incluir no CNES da Unidade o tratamento do tabagismo. Assim, todas tornaram-se aptas a oferecer o tratamento do tabagismo para a população de sua área de abrangência, contudo, não há adesão ou mesmo uma continuidade na oferta e, em alguns momentos, os usuários ficam descobertos deste atendimento.

Além das questões apresentadas nas avaliações das capacitações, outras justificativas para a pouca adesão na oferta do tratamento têm sido pontuadas pelos profissionais das Unidades junto ao SECOPTT, a saber: falta de espaço físico para os grupos; falta de tempo dos profissionais; envolvimento em outras atividades da própria UAPS, não sendo o tabagismo uma prioridade; falta de recursos humanos; despesas pessoais e falta de tempo para se deslocarem até o SECOPTT para pegar a medicação e as cartilhas para os grupos de tratamento;⁶¹ e aguardo da determinação da Secretaria de Saúde para iniciarem o tratamento.

⁶⁰ Somente a partir do início de 2011, o SECOPTT, através da Coordenadora atual, iniciou *in loco* a assessoria de grupos naquelas UAPS que solicitaram o trabalho, sendo, até o momento: UAPS Vale Verde, Bandeirantes, São Benedito e Santos Dumont. As Unidades de São Sebastião, Unidade Volante da Zona Rural, Vila Olavo Costa, Santa Efigênia, Monte Castelo, Santos Dumont, Linhares e os hospitais ASCONCER e Oncológico participaram dos grupos realizados no SECOPTT.

⁶¹ Os profissionais de saúde das UAPS arcam com as despesas de transporte e gastam tempo, muitas vezes fora do horário de expediente, para ir até o SECOPTT buscar os insumos para o tratamento. Apesar de solicitação da Coordenação Municipal para que seja organizada a distribuição da medicação, esta situação só será alterada a

Uma das questões que mais tem dificultado a adesão e a oferta contínua do tratamento tem sido a rotatividade de recursos humanos e o número reduzido de profissionais que compõe a equipe mínima do ESF em Juiz de Fora. A troca ou ausência do profissional exige novas capacitações⁶² para que a UAPS retome o tratamento. Em alguns momentos, este fato interfere na oferta do tratamento.

Outro aspecto relevante diz respeito à divisão em equipes no ESF. Nas UAPS que contêm mais de uma equipe, têm ocorrido situações inusitadas, nas quais profissionais de determinada equipe fazem a capacitação exigida pelo MS e iniciam a oferta do tratamento para os usuários de sua área de cobertura. Equipes da mesma UAPS que não se capacitam deixam os usuários de seu território sem atendimento.

Mesmo ciente da existência do PNCT e sua descentralização para os municípios, a Secretaria de Saúde de Juiz de Fora não se envolveu ou procurou sanar os obstáculos para que o tratamento acontecesse na prática cotidiana das UAPS. Esta afirmativa se confirma pelo número reduzido de UAPS que estão oferecendo o tratamento do tabagismo. Após seis anos da proposta de descentralização deste programa para o município, percebe-se uma certa morosidade na oferta do tratamento.

Vale salientar que a Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora é a Secretaria com o maior número de rodízios de gestores. De abril de 2005 (criação do SECOPTT) até a presente data, o município já teve 10 Secretários de Saúde. Durante a gestão 2004/2008, foram 6 Secretários e, na gestão atual, 2009/2012, 4 gestores já assumiram esta Secretaria até o momento.⁶³ Este fato seguramente interfere no planejamento e desenvolvimento da política de saúde do município.

Outro fator a ser destacado é que o SECOPTT, até a presente data, não está incluído no organograma de serviços da PJF e o PMCT não foi oficializado. Conforme orientação do MS/INCA, além de indicar um Coordenador responsável pela estruturação do PMCT, o Gestor deve oficializar o Programa. De acordo com INCA (1998c: 10): “A oficialização do Programa consolida e evita que mudanças políticas criem descontinuidade no seu processo de implantação”.

partir de 2012, quando a medicação ficará aos cuidados do almoxarifado central, que ficará incumbido de enviá-lo às Unidades. O controle da dispensação permanecerá sob responsabilidade do SECOPTT.

⁶² Vale reforçar que, para a Unidade iniciar o tratamento do tabagismo, o MS/INCA exige que pelo menos 2 profissionais estejam capacitados na Abordagem Intensiva do Fumante, sendo que um deles deve ser, obrigatoriamente, um médico.

⁶³ Dados obtidos junto ao Conselho Municipal de Saúde, abril de 2011.

A oficialização do Programa, segundo as sugestões do INCA, pode ocorrer de diferentes formas:

- a) por decreto, que deve tramitar na Câmara de Vereadores para ser aprovado;
- b) por resolução oficializada pelo Secretário de Saúde e, caso o Programa extrapole a área da saúde, deve ser um ato administrativo do Prefeito;
- c) por portaria do Secretário de Saúde, caso o programa restrinja-se à área da saúde.

Entretanto, até o momento, o PMCT na cidade não foi oficializado por nenhum gestor que tenha ocupado a Secretaria de Saúde do município desde a época de sua implantação. Também é importante destacar que a descentralização do tratamento do tabagismo para os níveis de atenção básica e de média complexidade dos municípios não recebe aporte financeiro. Os municípios entram com a infra-estrutura existente e o MS com os insumos. De modo geral, os Programas que vêm acompanhados de verba são mais atrativos e tendem a ter maior receptividade por parte dos municípios.

Apesar das dificuldades elencadas, houve um crescimento no número de UAPS que vem ofertando o tratamento a partir de 2006. Ressalta-se, porém, a descontinuidade e uma quantidade pouco expressiva de UAPS que aderiram à oferta do tratamento, uma vez que menos de 50% do total estão tratando os tabagistas. O quadro abaixo demonstra esta evolução.

<i>ANO</i>	<i>Número de UAPS Atendendo</i>
2006	02
2007	12
2008	22
2009	23
2010	25
2011	26

Quadro 06: UAPS prestando atendimento

Fonte: SECOPTT/2011

Mesmo que a adesão das UAPS na oferta do tratamento no município ainda não tenha ocorrido em sua plenitude e mesmo que sofra frequentes interrupções, o resultado do tratamento daquelas UAPS que o realizaram tem sido bastante satisfatório. Dados colhidos através das planilhas indicam que uma média de 60 a 70% dos pacientes atendidos tem

conseguido parar de fumar. Este fato se confirma com os indicadores do tabagismo no município, apresentados no quadro abaixo.

ANO	PACIENTES ATENDIDOS	INICIARAM TRATAMENTO	PARATICIPARAM 4ª SESSÃO	SEM FUMAR
2006	228	51	25	22 (88%)
2007	305	261	176	115(65%)
2008	408	408	321	218(67%)
2009	657	640	493	337(68%)
2010	721	701	516	370(71%)
TOTAL	2319	2061	1531	1062(69%)

Quadro 07: Índice de cessação no município de Juiz de Fora.

Fonte: SECOPTT/2011.

Apesar dos entraves relacionados à oferta do tratamento como uma das ações da política municipal de controle do tabagismo, vale destacar que, no campo legislativo, houve um ganho considerável. Situamos no quadro abaixo as ações legislativas do município relacionadas ao controle do tabagismo.

MEDIDAS LEGISLATIVAS	DESCRIÇÃO
Lei 08371/1993	Institui a Semana de Combate ao Alcoolismo, Tabagismo, Tóxicos e Doenças Transmissíveis, na rede municipal de ensino público de Juiz de Fora.
Lei 09617/1999.	Dispõe sobre a proibição da venda de bebidas alcoólicas, cigarros e similares nas escolas de 1º e 2º graus e nas conveniadas com o município.
Lei 10085/2001	Institui a Semana Municipal de Combate ao Tabagismo e dá outras providências.
Lei 10305/2002	Introduz, no currículo das Escolas Públicas Municipais, a área de conhecimento denominada: Prevenção ao Uso e/ou Abuso de Tóxicos e de Substâncias Causadoras de Dependência Química ou Física.
Lei 10683/2004	Proíbe o consumo de cigarros em quaisquer recintos das escolas públicas ou privadas de 1º ou 2º graus no município de Juiz de Fora.
Lei 11813/2009	Proíbe o fumo nos recintos coletivos no município de Juiz de Fora e dá outras providências.

Quadro 08: Legislação municipal para o controle do tabaco/ Juiz de Fora.

Fonte: Sistema JFLegis. Disponível em www.jflegis.pjf.mg.gov.br. Adaptado pela autora.

Dentre as leis apresentadas, vale o destaque para a lei 11.813, de julho de 2009. Trata-se de uma lei mais abrangente, que proíbe o fumo nos recintos coletivos do município, o uso de tabaco e similares em ambientes coletivos, públicos e privados, bem como em áreas fechadas de locais de trabalho, onde ocorrer o trânsito, a circulação, a convivência e/ou permanência de pessoas. A lei não deixa brecha para fumódromos, limitando o uso do cigarro às residências, às vias públicas, às mesas de bares colocadas em calçadas e vias públicas e aos cultos religiosos em que produtos fumígenos façam parte.

Saliento que a lei partiu da ação dos servidores da Coordenação Municipal (SECOPTT), que recorreu a um vereador (este, além de ser profissional de saúde, tem sua trajetória de parceria na política de tabagismo), que apresentou a proposta de criação de uma lei municipal. Com aporte técnico da equipe do SECOPTT, esta medida legislativa foi aprovada com sucesso.

Vale a ressalva de que esta lei é considerada “a lei que pegou”, uma fala relacionada às leis que realmente passam a ser respeitadas e cumpridas. O momento em que a lei foi sancionada em Juiz de Fora foi propício, pois veio na corrente de leis semelhantes decretadas em outros municípios e que tiveram grande repercussão nacional, como aconteceu na cidade do Rio de Janeiro e em São Paulo.

Esta lei representa um avanço para o município, ao mesmo tempo em que reforça uma contradição: ao se proibir o uso do cigarro, é necessária a efetividade e a garantia do tratamento aos cidadãos, uma vez que se trata de uma doença, uma dependência química, como já apresentado. Por fazer parte da equipe de tratamento do SECOPTT, pude observar que muitos usuários passaram a buscar ajuda para parar de fumar tendo como justificativa a questão legislativa. É comum ouvir dos usuários a queixa de que não há mais lugar para fumar, o que os motiva a tentar parar.

Conforme mencionado e seguindo os critérios da Estratégia Saúde da Família⁶⁴, o acesso ao tratamento está diretamente vinculado ao local em que reside o cidadão. Neste caso,

⁶⁴ De acordo com Nascimento e Costa (2009), “a constatação de que, na maioria dos municípios, a organização e funcionamento da rede de serviços públicos de saúde não davam conta das necessidades de acesso e tampouco de qualidade exigidas para enfrentar os velhos e novos problemas de saúde da população levou o Governo Federal a enfrentar o desafio de implantar um modelo substitutivo”. O Programa ou Estratégia Saúde da Família passou a incorporar a agenda do Governo Federal como a principal estratégia para reorientação do modelo de organização da atenção à saúde no país, no interior de uma nova proposta de oferta de serviços e financiamento. Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo atendimento de quatro mil pessoas. As ESF atuam em território determinado com ações dirigidas para a comunidade da sua área de abrangência.

como já foi citado, muitos usuários não estão podendo se tratar devido à falta ou à descontinuidade do tratamento nas UAPS. Tal fato reflete a ausência de envolvimento e de organização da Secretaria de Saúde em relação ao PMCT e caracteriza seu processo de implantação, que, na prática, ainda não ocorreu de forma adequada.

4 – A ESPECIFICIDADE DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Neste capítulo, apresento o resultado do estudo realizado pela pesquisa qualitativa. Foi feita uma análise do PMCT no município de Juiz de Fora, do ponto de vista dos gestores selecionados, em que são discutidas e debatidas diversas questões inerentes ao Programa e seus reflexos na oferta do tratamento pela ABS. Algumas questões preponderantes são realçadas, partindo-se do entendimento do processo de implantação do Programa na cidade, dos obstáculos que justificam a baixa adesão das UAPS na oferta do tratamento do tabagismo e de uma avaliação do Programa em âmbito local e nacional.

O resultado deste estudo permitiu a elaboração de algumas sugestões no intuito de assegurar o tratamento do tabagismo aos usuários do SUS.

4.1 – Caracterizando os sujeitos da pesquisa:

Para realização deste estudo, contei com a preciosa participação e contribuição de 10 sujeitos, os quais foram considerados sujeitos estratégicos por estarem envolvidos com a política municipal de saúde e cujos cargos ocupados na Secretaria de Saúde foram e são determinantes no processo de implantação e desenvolvimento do PMCT.

Conforme apresentado anteriormente, estes sujeitos participaram da Administração Municipal (2005/2008), a saber: Secretário de Saúde, Subsecretário de Atenção Secundária, Coordenadora do SECOPTT e Coordenadora da CIPCT. Da atual Administração Municipal (2009/2012): Subsecretário de Atenção Secundária, Subsecretária de Atenção Primária, Coordenadora do SECOPTT, Referência Técnica do Tabagismo da Gerência Regional de Saúde, Secretário do Conselho Municipal de Saúde e Técnico de Planejamento da Política Municipal de Saúde.

De acordo com Chizzotti (2000), as pessoas que são selecionadas a participar de uma pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas necessárias para intervir nos problemas identificados. Como sujeitos da pesquisa, são capazes de discriminar prioridades e propor ações eficazes.

Estas considerações de Chizzotti nos levam a pensar na importância dos sujeitos no processo de construção de uma investigação científica. Eles, na verdade são corresponsáveis pelo produto do estudo, na medida em que deixam suas “marcas”, suas posições sobre a temática em pauta. Foi reconhecendo o lugar e a importância dos sujeitos na construção de minha pesquisa que considerei primordial apresentar alguns dados ou características de cada um que possam identificar não o indivíduo em si, mas o “lugar” de onde cada um se posicionou, teceu seus argumentos e ponderações.

Os sujeitos deste estudo apresentam as seguintes características: em relação a gênero, cinco são do sexo feminino e cinco, do sexo masculino. Quanto à escolaridade e formação acadêmica, todos possuem nível superior com formação diversificada, a saber: 2 assistentes sociais, 1 advogado, 2 dentistas, 1 enfermeira, 1 engenheiro e 3 médicos. Além da formação acadêmica, todos os dez entrevistados possuem pós-graduação, variando entre mestrado e especialização.

No tocante ao vínculo empregatício dos 10 sujeitos, 8 são concursados e de carreira, dos quais 1 já se aposentou do vínculo que mantinha com o município e 2 são servidores do Estado. Os outros 2 são funcionários de cargos comissionados.

Dos 10 sujeitos entrevistados, quatro realizaram a capacitação que o Ministério da Saúde exige como um dos critérios para o oferecimento do tratamento. Destes quatro, dois sujeitos já estiveram tanto na parte assistencial do Programa quanto na gestão. Os outros dois somente ocuparam e ocupam cargos de gestão, mas, mesmo assim, fizeram a capacitação, o que permitiu maior aproximação e entendimento da Política Nacional de Controle do Tabagismo.

Outro aspecto a sinalizar é quanto ao tempo de serviço público municipal e estadual, na área da saúde. Um dos sujeitos entrevistados está aposentado de seu vínculo com o município de Juiz de Fora, mas ocupou o cargo de Secretário de Saúde por duas vezes e possui vasta experiência na área da saúde. Dois sujeitos possuem menos de 5 anos em seus cargos. Os demais sujeitos variam entre 9 a 25 anos de serviço público na área da saúde.

Os dados apresentados são importantes, pois sinalizam que os sujeitos que colaboraram com esta pesquisa são pessoas qualificadas, que possuem experiência e vivência na área da saúde, de modo geral, em cargos de gestão. As características dos sujeitos em questão demonstram que os mesmos estão aptos a contribuir com suas opiniões e observações sobre a Política Municipal de Controle do Tabagismo.

4.2 – Processo de implantação do PMCT no município

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo é um programa novo no município, se comparado a outros programas já executados na rede de assistência à saúde, como o Programa de Hipertensão e Diabetes (1986), Programa de Saúde da Mulher (1992), Programa de Saúde da Criança e Adolescente (1993), dentre outros. Sua implantação está diretamente relacionada à portaria 1035/04 do MS, que descentraliza o tratamento do tabagismo para os níveis de atenção básica e de média complexidade e à portaria 442/04, que regulamenta a anterior e define o protocolo clínico.

Como apontado no capítulo 3, o município já tinha um histórico de ações voltadas para a questão do tabagismo, através da CIPCT e de ações legislativas propostas através da Câmara Municipal. A perspectiva de ofertar o tratamento do tabagismo nas UAPS impulsionou a criação do PMCT de forma sistemática, conforme preconiza o MS/INCA. No decorrer desta pesquisa, algumas falas sinalizaram a relevância da portaria que descentraliza o tratamento e destacaram a importância da CIPCT, culminando na criação do PMCT. Criada em 1999, a CIPCT foi o primeiro passo para mobilizar e agregar profissionais de diferentes setores (saúde, educação, ONGs, dentre outros) na discussão do tema tabagismo.

Existia um trabalho anterior que foi uma Comissão (...) criaram uma Comissão por profissionais que começaram (...) eles começaram com trabalhos preventivos e depois é que foi criada a Coordenação, justamente para dar prosseguimento ao processo de descentralização do programa em função da lei 1035 (entrevistado 2).

Também foi sinalizada, durante as entrevistas, a importância de haver, à época da implantação do Programa no município, um Secretário de Saúde sensível à necessidade de se investir no combate ao tabagismo. No momento da estruturação da Coordenação Municipal/SECOPTT, no ano de 2005, o Secretário de Saúde, através do Subsecretário de Atenção Secundária, viabilizou espaço físico e recursos materiais e humanos para a Coordenação iniciar as ações do Programa na cidade.

A necessidade de ter que estruturar o Programa, ela já vinha acontecendo, de se implantar o programa, de se implantar o tratamento de forma estruturada e aí coincidiu a lei 1035 com a entrada de um Secretário sensibilizado com essa questão do tabagismo (entrevistado 3).

Um fato interessante no processo de implantação do Programa, apesar de a portaria 1035/04 ter sido o fator impulsionador, é que ele não foi visto como uma imposição verticalizada por parte do Ministério da Saúde. Um dos entrevistados acentuou que já havia uma demanda, naquele momento, do próprio município. Esta demanda foi traduzida pelo reconhecimento do conceito ampliado de saúde e pela importância de uma política que reduza as co-morbidades relacionadas ao tabagismo, sendo esta uma demanda da população associada ao interesse do gestor.

Foi mesmo uma política que era necessária (...) primeiro uma demanda de saúde mesmo, a saúde entendida como aspecto geral – não só ausência de doenças – o tabagismo vai incidir fortemente na redução de co-morbidades que a gente tem no município e no Brasil (...) então é uma demanda da população, mas eu acho que mais do que tudo foi uma política, na época, do gestor, que se envolveu com esse Programa (entrevistado 2).

Outra questão apresentada revela que a implantação do Programa não se deu somente pelas iniciativas dos profissionais envolvidos ou mesmo pela sensibilidade do gestor daquela época, mas pela necessidade de se implantar o Programa para evitar uma possível judicialização para o tratamento.

Primeiro, não teria como um gestor desconhecer que o tabagismo é um problema de saúde pública, com sérias interferências na assistência à saúde gerando morbidades, mortalidade. Segundo, que já existia uma demanda quase que judicializada para o tratamento do tabagismo e, se não tivesse nada no município, a judicialização já teria atingido esse componente. Acho que o gestor foi provocado e havia uma sensibilidade daquele gestor e o Programa foi implantado (entrevistado 10).

Recorrer ao Ministério Público, por meio de mandados judiciais, tem sido um dos caminhos percorrido pelos cidadãos para obter algum recurso relacionado à saúde (medicação, internação, procedimento cirúrgico, dentre outros) quando este recurso não está disponível ou há grande dificuldade de acesso. Longe de me opor a este recurso como mecanismo que garante os direitos aos insumos e procedimentos em saúde, entendo que este é um aspecto que merece uma discussão à parte. A judicialização da saúde tem levado a equívocos quanto ao que compete ao SUS. Têm sido comuns mandados judiciais para fornecimento de fraldas geriátricas, complementos alimentícios, leite em pó, dentre outros. Estamos diante de um paradoxo. Tendo como base o conceito constitucional de saúde como

direito, a judicialização, em alguns casos, indica que o Estado não está conseguindo contemplar os princípios e diretrizes do SUS. Por outro lado, existe o abuso no uso da judicialização em relação ao que é competência do Estado. Como aponta Neto (2007:50), “o julgamento, simbolizado pela balança, exige que se conheça o conteúdo do outro prato, ou seja, quem ganha e quem perde, quem de fato dá e quem recebe. Ou, na seara dos interesses coletivos, a visão ampliada dos benefícios e dos prejuízos distribuídos”.

Neto, ainda, pondera que, nos processos de judicialização em saúde, prevalecem interesses individuais e relacionados a ações reivindicativas para atender a necessidades imediatas, delimitadas e agressivas. Ainda é muito raro encontrarmos ações críticas, que busquem ampliar a consciência da população sobre sua identidade e direitos coletivos, de forma a criar novas formas de organização e gestão.

Os dados apresentados sinalizam que o processo de implantação do PMCT no município aconteceu a partir da convergência de diferentes situações, isto é, resultou de fatores como: a existência, no município, de profissionais envolvidos com a questão do tabagismo e que já desenvolviam ações preventivas através da CIPCT; a sensibilidade e a vontade política do gestor municipal ao implantar o programa; a demanda da própria população; e a necessidade de se evitar uma possível judicialização para garantir o tratamento do tabagismo.

4.3 – Secretaria Municipal de Saúde e o Programa Municipal de Controle do Tabagismo: encontros e desencontros.

Retomando as discussões apresentadas anteriormente, é possível afirmar que a implantação do programa no município sintetizou um encontro ímpar, calcado em diversos elementos que sustentaram sua criação. Dentre os diversos elementos que contribuíram para a implantação do Programa, parece que a sensibilidade do gestor para o combate ao tabagismo no município foi fundamental. Tal afirmativa se sustenta em ponderações tecidas por alguns entrevistados que sugerem que o desenvolvimento posterior do programa foi prejudicado pela constante rotatividade de gestores na Secretaria Municipal de Saúde. Esta rotatividade representou prejuízo à medida que foram ocorrendo substituições de profissionais técnicos – aqueles que possuem experiências e formação para ocuparem a Secretaria de Saúde – por

indicações meramente políticas. A fala do entrevistado 6 exemplifica a não oficialização do Programa como resultado das constantes mudanças de Secretários de Saúde, assim como denota que o olhar do administrador político não permitiu a percepção da importância desta oficialização.

Conforme explicitado no capítulo 3, a oficialização é orientada pelo INCA como estratégia para evitar que a mudança de gestores ocasione a extinção dos Programas municipais. Como se trata de um programa por adesão, teoricamente o município não é obrigado a mantê-lo. Entretanto, a oficialização do mesmo elimina esta possibilidade. Em Juiz de Fora, apesar da existência do Programa, ele não seguiu os trâmites sugeridos pelo INCA, conforme sinalizado na fala a seguir:

Essas mudanças de Secretário, ainda mais as substituições de técnicos por Secretários meramente políticos, houve perda na qualidade do trabalho, porque a visão do técnico é uma e a visão do político (...), mesmo que seja um político administrador, ela é outra, eu não digo do médico, mas profissional de saúde. Essa visão não fez com que eles enxergassem a necessidade de oficializar o programa, evidente que, se você não existe oficialmente, você não pode realizar algumas atividades e a oficialização ela pode ser feita com uma simples portaria do Secretário ou trabalhar para que a Câmara ou prefeito mande uma mensagem para a Câmara oficializando (...). Aí você pode criar até uma rubrica financeira específica para o programa, então acho que, enquanto ele não for oficializado, ele tá tendo, sim, uma grande perda, digamos assim (...). Ele do ponto de vista legal não pode fazer nada, ele tá contando com a boa vontade das pessoas que trabalham lá e das pessoas que permitem que tenha condições de funcionamento (entrevistado 6).

Ainda nessa discussão, é importante ressaltar que a falta de oficialização do Programa é, também, entendida como uma falta de compromisso ou ausência de envolvimento por parte da Secretaria de Saúde. Os Entrevistados 1 e 2 salientam esta questão e destacam outro aspecto que reforça este entendimento. As falas revelam que a Coordenação/SECOPTT não consta no Organograma da Secretaria de Saúde. Este dado é relevante, uma vez que aponta a existência física de um setor sem o seu reconhecimento na estrutura organizacional da Secretaria, no caso, o organograma em que constam todos os serviços e setores que compõem a Secretaria de Saúde.

Efetivamente eu acho que não. Não há envolvimento necessário. Primeiro que o Programa, a Coordenação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, não faz parte do organograma da Secretaria de Saúde. Eles só se envolvem conosco a partir da nossa demanda (entrevistado 1).

Eu acho muito deficitário esse envolvimento, eu acho que o gestor tem pouco conhecimento do programa em nível nacional, parece que é um programa deslocado do resto da Secretaria, a Coordenação, o SECOPTT, não está no organograma da Prefeitura, se você pegar quais são os setores que existem dentro da Secretaria de Saúde, o SECOPTT não aparece. Então isso já é uma demonstração de que a gente ainda não tem o reconhecimento como um programa estruturado, apesar de já ser um programa estruturado (entrevistado 2).

O próprio desconhecimento dos gestores sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), conforme apontado pelo entrevistado acima, é um aspecto que interfere na dinâmica do Programa Municipal. É de fundamental importância que, no âmbito local, os gestores tenham conhecimento da organização do Programa Nacional, o que possibilita planejar a política de saúde do município envolvendo a questão do tabagismo.

O conhecimento do PNCT permite não só implementar de maneira adequada o Programa no município, como também implica num controle eficaz do desenvolvimento do mesmo. Permite elaborar sugestões e avaliar quais são os entraves no âmbito local, colaborando, inclusive, com retornos para o nível central reavaliar possíveis questões que dificultam o desenvolvimento do Programa.

Relembro que o INCA é o órgão do MS responsável pelo desenvolvimento das ações relacionadas ao tabagismo no país e, devido à amplitude do território nacional e suas diferenças regionais, foi necessário descentralizar o Programa para os estados e seus respectivos municípios. Essa estratégia tem o objetivo de facilitar a disseminação das ações e, para isso, foram estabelecidas as Coordenações em cada ente federado. “Esse trabalho em rede, envolvendo Secretaria de Saúde de 26 estados, do Distrito Federal e de pouco mais de 4 mil municípios, tem servido de arcabouço para a internalização no SUS das medidas do PNCT que cabem ao setor saúde” (INCA, 2011a:31).

Os Coordenadores, tanto o estadual quanto o municipal, são nomeados pelo Secretário de Saúde e é interessante que haja interface com outros Programas, como o Saúde do Trabalhador, Doenças Crônicas Degenerativas, Saúde da Família, Pneumologia Sanitária, dentre outros. Esta integração permite maior alcance das ações do Programa (INCA, 1998; IGLESIAS *et al*, 2007).

Ao INCA compete coordenar esta rede descentralizada, fornecer suporte técnico às SES, supervisionar a implantação dos Programas e treinar as equipes das SES, que, por sua

vez, são responsáveis por treinar as equipes municipais. No município, a Coordenação é responsável pelo desenvolvimento das ações referentes ao Programa, inclusive as capacitações dos profissionais do SUS, para propiciar o tratamento. À Coordenação também competem o monitoramento do tratamento na rede de atenção básica e demais serviços de saúde, além de encaminhar os dados referentes às ações desenvolvidas localmente para o MS/INCA.

Alguns relatos identificam claramente o desconhecimento não só da política nacional, mas da própria política municipal, além de revelar um compromisso maior com os serviços de urgência e emergência em detrimento da promoção da saúde.

Não, não sabe, não lê, e digo mais, não sabe nem o que está escrito no plano municipal de saúde com relação à política municipal de combate ao tabagismo, pode escrever (entrevistado 9).

Primeiro que os gestores, todos eles, sem exceção, ao longo dos últimos anos, a exceção da (...) que tinha uma visão mais ampla, sempre privilegiaram a atenção às urgências e às emergências, então promoção da saúde nunca foi prioridade nesse município. Eles conhecem superficialmente o discurso da promoção da saúde, mas desconhecem o funcionamento do programa, a divisão de responsabilidades é claro (...) pode entrevistar o Secretário de Saúde que ele não vai saber informar quem fornece os insumos (entrevistado 10).

Outro aspecto sinalizado pelos entrevistados não só reforça o desconhecimento da Secretaria sobre o PNCT, como destaca que, no município, o Programa funciona por conta do envolvimento e compromisso dos profissionais que ali atuam.

Eu acho que existe, ainda, um espaço muito grande (...) acho que a Secretaria de Saúde não conhece o que é o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, é o que eu vejo, é que o programa funciona porque os profissionais que estão na coordenação municipal caminham e tentam colocar o programa pra frente (entrevistado 8).

O mérito é da equipe da coordenação, ela que se faz, ela que (...) se tem algum resultado é porque a equipe, ela própria propôs estruturar esse trabalho e, a partir da relação com o estado e o governo federal, que é a estrutura do programa nacional, que dá suporte de materiais e tudo mais. Mas eu percebo que nas prioridades da Secretaria de Saúde (...) não enxerga o programa (entrevistado 5).

A questão do financiamento também foi apontada durante as entrevistas como um fator que acaba influenciando no envolvimento e interesse dos gestores quando se trata de programas que venham ou não acompanhados de subsídios financeiros. O PMCT não tem incentivo financeiro fundo a fundo ou verba própria, conforme outros programas, como o Programa Saúde do Trabalhador, Programa Saúde Mental, Programa DST/AIDS e, recentemente, o Programa Academia da Saúde e Saúde do Homem.⁶⁵

Iglesias *et. al* (2007) destaca que, inicialmente, na etapa de descentralizar o Programa para estados e municípios, foi realizado convênio entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e as SES, com o objetivo de desenvolver ações para implementar o Programa. Esse convênio permitiu que as SES começassem a organizar a infra-estrutura necessária, treinassem os coordenadores municipais e disseminassem as ações para os municípios. Esse mecanismo (convênio) para transferência de recursos da esfera federal para os estados e municípios só ocorreu na fase inicial de descentralização e não se encontra mais disponível e nenhum outro veio substituí-lo.

Para a oferta do tratamento, a portaria 442/04 define que, ao Ministério da Saúde, fica a responsabilidade de repassar os insumos (cartilhas e medicação) para os municípios que aderirem ao programa. Os entrevistados compartilham a ideia de que o financiamento influencia no envolvimento dos gestores quando se trata de Programas sem verbas.

Esse Programa aí não é atraente para o município porque ele não tem financiamento, ele não tem um orçamento fundo a fundo que o município ganha prá tá desenvolvendo. O município entra com mão-de-obra dos profissionais de saúde, entra com espaço físico e o Ministério entra com os materiais e medicamento, então o município, ele tem um dispêndio grande para executar o Programa (...) porque se você for pensar não é só estrutura física e de pessoal, tem um gasto geral do funcionamento de qualquer serviço (entrevistado 2).

Porque o gestor ele tem que fazer todas as contas da relação custo benefício, é muito importante, porque nós enquanto colaboradores nós estamos ali e o nosso papel é fazer o serviço, mas o gestor ele tem que analisar todos os ângulos e lógico que tendo uma verba específica, com

⁶⁵ O financiamento da saúde esta dividido em seis blocos: Bloco da Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Média e Alta Complexidade, Gestão SUS e Bloco de Investimento na Rede Saúde. Para este último, as verbas são destinadas a obras. Os Programas citados recebem suas verbas através do Bloco de Vigilância em Saúde, em conta específica, por terem recursos próprios. Recentemente, o município aderiu ao Programa Academia da Saúde, que receberá verbas por dois blocos: Vigilância em Saúde, para manutenção, e Bloco de Investimento na Rede Saúde, para implantar o Programa. O Programa Saúde do Homem, através do Bloco de Gestão, recebe verbas para ações educativas (Secretaria de Saúde/Coordenação de Planejamento em Saúde, 2011).

certeza o gestor vai ver aquilo com olhos melhores, ele vai ter um envolvimento maior porque queira ou não existe uma contrapartida do município que é disponibilidade de funcionários, então lógico, se houvesse de outras esferas de governo uma participação também em níveis monetários (...) pra você ter esse estímulo, com certeza haveria uma adesão maior da parte dos gestores. (ENTREVISTADO 03)

Os gestores, eu digo muito que eles têm um cifrãozinho na menina dos olhos. Todo programa que venha acompanhado de recursos para implantação e custeio, ele tem um olhar, aí ele acaba conseguindo se impor (entrevistado 9).

Um aspecto que merece destaque é a relação que é apresentada pelos entrevistados entre a questão do financiamento e a postura da Secretaria de Saúde quanto à falta de mecanismo de cobrança junto às UAPS que não aderiram à oferta deste tratamento. As falas que se seguem são muito claras quando vinculam a questão de verba com a postura dos gestores e, portanto, à cobrança para que este ou aquele programa seja executado.

Se houvesse um repasse de verba, o próprio gestor ia fazer com que as equipes todas participassem do programa porque teria um repasse de verbas (...) então o próprio gestor ia forçar a barra de que todo mundo teria que ser treinado, todo mundo teria que participar, todo mundo teria que apresentar um mapa de quantitativo executado, como isso não existe, ficou liberado, é muito mais fácil eu continuar fazendo o que eu já fazia sem acrescentar nada. Ora, quando tem verba a administração força a barra e funciona (entrevistado 6).

Porque as vezes o que tem verba você tem que atingir os indicadores, você tem que atingir uma meta, então claro que eu vou focar naquele que eu tenho que atingir a meta. Se eu não atingir a meta, eu não tenho recurso, se eu não tenho recurso eu vou causar prejuízo para o município, então a gente tem que focar naquele que vem verba (entrevistado 7).

Para reforçar a postura das gestões com Programas que venham acompanhados de verba, alguns entrevistados exemplificaram a adesão mais recente a outros Programas ou serviços. No relato que se segue, percebe-se a necessidade de explicitar as dificuldades do município em relação ao orçamento, ao mesmo tempo que se acentua que é mais fácil para a Prefeitura administrar serviços que tenham verba garantida.

A Prefeitura, ela tem uma capacidade de investimento muito pequena. Ela tem o orçamento dela muito comprometido com custeio, com mão-de-obra e tudo mais. Então a Prefeitura preocupa exatamente quando o Ministério cria um programa, garante essa questão material e tudo mais,

mas joga prá Prefeitura o ônus da equipe profissional, contratar médico, funcionário administrativo, tudo isso. Esse custo é o que tem feito com que as Prefeituras fiquem exauridas. E ainda tem a Lei Da Mata, que limita os gastos orçamentários e recursos próprios num percentual determinado. Então essa é uma questão, mas é claro que quando a Prefeitura consegue programas que tem financiamento garantido, vamos pegar um exemplo, a UPA, só é possível pra Prefeitura de Juiz de Fora ter UPA porque o governo federal custeia 50% todo mês, o estado 25% e a prefeitura entra com 25%, entre aspas, acaba um pouco mais (entrevistado 5).

Além dos aspectos financeiros, foi destacado que a adesão dos gestores a determinados Programas tem um forte apelo político, isto é, tem correspondência com a visibilidade política que alguns Programas apresentam. É o que aparece na afirmativa abaixo.

Todas as iniciativas do governo federal que tenham recursos financeiros por trás, o município adere. Acabamos de ver o Prefeito (...) acabou de aderir à Academia da Saúde. Vão ser 13 academias de saúde. Porque é bonito, porque dá voto, porque aparece na mídia e porque tem verba (entrevistado 10).

Apesar de haver certa homogeneidade nas falas com relação à necessidade de financiamento para um maior interesse dos gestores ou até mesmo como justificativa para o não funcionamento adequado do PMCT, não pude deixar de fora a única fala que se posiciona de maneira também coerente, mas divergente.

Não dá para discutir muito porque é um Programa assistencial, é um Programa básico, faz parte da assistência. O paciente tá ali, você não pode escolher qual é a patologia que o município trata e qual é que o município precisa de verba específica. Acho que existe uma rede assistencial, ela é para atender a demanda, seja ela qual for, com verba específica ou não, o que tem de específico e mais caro seria aí é a medicação e que o Ministério tá mandando, então isso tem que estar inserido no cotidiano dos profissionais que estão na atenção (entrevistado 3).

Esta fala é bastante interessante, pois sinaliza que o financiamento, por si só, não é garantia de que o Programa, com relação à oferta do tratamento, estaria funcionando plenamente, afinal, o que há de mais caro esta garantido: a medicação. A rede assistencial já existe. O que falta é incorporar o tratamento à rotina das Unidades, uma vez que as equipes também estão capacitadas para esta intervenção.

A fala do entrevistado demonstra que é preciso ultrapassar a questão do financiamento, de maneira que ele não seja entendido, mesmo considerando sua importância, como o fator preponderante na postura dos gestores em relação ao PMCT. Conforme já foi apontado, as gestões não se movem somente por interesses financeiros.

Parece que o Programa tem enfrentado outras dificuldades que não se resumem ao financiamento. O estudo vem demonstrando que estas dificuldades estão relacionadas a aspectos como: a não valorização da promoção da saúde via atenção básica; ausência de acompanhamento e monitoramento junto às Unidades; limitada capacitação técnica dos gestores que assumem a Secretaria. Reitero, também, que questões políticas determinam o envolvimento e planejamento das políticas de saúde.

Não há dúvidas de que o interesse político tem atrapalhado o gerenciamento do SUS. A dificuldade de aprovação da Emenda Constitucional 29,⁶⁶ por exemplo, retrata as divergências entre os entes federados quando se trata de estabelecer os percentuais destinados à saúde por parte de cada ente federado: União, Estados e Municípios. Parece-me apropriado usar o termo de J. Paim, quando se refere a “Gestões Fatiadas”. O autor utiliza este termo referindo-se à dificuldade entre as diferentes esferas de governo para trabalharem de forma intersetorial. “Porque não conseguimos trabalhar juntos? Há nesse caso, interesses, disputas de orçamento, cálculos políticos e uma certa inércia das organizações” (J. PAIM, 2011:10).

Para além da relação existente entre o financiamento e mecanismos de cobrança, outros elementos importantes foram lançados por um dos entrevistados:

Porque as Unidades, tem umas que atendem porque querem, outras não atendem porque não querem, algumas dizem que só vão fazer alguma coisa a partir do momento que a Secretaria determinar, como se isso não fosse um programa nacional que tivesse que ser desenvolvido, porque é inconcebível se tratar hipertensão, diabetes ou qualquer outra doença se o paciente é fumante, é tabagista e esse lado dele não se olha (entrevistado 1).

⁶⁶ A Emenda Constitucional 29/2000 define os percentuais mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por lei complementar, reavaliada a cada 5 anos. Não ocorrendo a regulamentação, permanecem válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda (12% para estados, 15% para municípios e, para a União, o PIB nominal mais sua porcentagem). Somente este ano, no dia 21/09, a Câmara dos Deputados aprovou a regulamentação da EC29. O texto define o que é ou não gasto em saúde pública pela União, estados e municípios e segue para análise no Senado.

O conteúdo da fala anterior permite inferir algumas questões relevantes. Estariam as UAPS condicionadas a executar os programas somente por determinação e cobrança da Secretaria de Saúde? Esclareço que, a partir do momento que o município adere ao programa de tabagismo, institui a Coordenação Municipal, oferece as capacitações e recebe os insumos necessários, já esta implícita a determinação de oferecer o tratamento. Por que, então, algumas Unidades aguardam determinação da Secretaria? Ao exemplificar um hipertenso e diabético tabagista, o entrevistado sinaliza a importância do olhar holístico no tratamento da saúde. É impossível não abordar o tabagismo como fator de risco não só para hipertensão arterial e diabetes, mas também para outras doenças. Estes questionamentos suscitam novas questões. Se há heterogeneidade entre as UAPS quanto à adesão para ofertar o tratamento do tabagismo, fica patente a falta de supervisão e acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos nas Unidades, assim como a ausência de autoridade da Secretaria em cobrar a execução do tratamento.

Imbricada a este fator, esta outra questão: haveria, neste caso, tanto da parte da Secretaria de Saúde quanto dos profissionais das UAPS que ainda não ofertam o tratamento o entendimento do tabagismo como doença e fator de risco para muitas outras morbidades?

Entendo que a pesquisa no município apontou um conjunto de fatores que indicam alguns encontros e desencontros entre a Secretaria de Saúde e o PMCT. Na fase inicial de estruturação do Programa, no ano de 2005, o Programa encontrou terreno fértil, como apontado: profissionais atuantes na política de tabagismo, Secretário de Saúde sensibilizado com a questão e descentralização do tratamento como uma das ações que visam à cessação do tabagismo.

No decorrer de seu processo de implantação, alguns fatores ocasionaram certa estagnação e medidas importantes deixaram de ser tomadas. As mudanças de gestores, por questões políticas, implicaram na não oficialização do Programa conforme sugerido pelo MS/INCA. A Coordenação do Programa foi criada para iniciar as ações da política de tabagismo em âmbito local, incluindo as capacitações dos profissionais das Unidades de Saúde, entretanto, ainda não é reconhecida no organograma de serviços da Secretaria de Saúde. Conforme apontado pelos entrevistados, há o desconhecimento, por parte dos gestores, do funcionamento e das ações tanto do PNCT como do PMCT, indicando uma falta de compromisso com este problema de saúde pública e interferindo no planejamento local desta política de saúde. Ressalto, também, que a pesquisa indicou que os “interesses são fatiados”:

os Programas acompanhados de verba têm mais chance de se efetivarem na prática, pois os mecanismos de cobrança tendem a ser mais efetivos. Da mesma forma, os programas que apresentam visibilidade política imediata se sobressaem aos programas cujos mecanismos de prevenção terão resultados a médio e longo prazo.

4.4 – Especificidade do tratamento na Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde (ABS) tem por característica um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, com foco na promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e manutenção da Saúde (CASTRO, 2009).

O desenvolvimento da ABS se dá por meio de práticas gerenciais, sanitárias e participativas, por meio do trabalho de equipes sobre populações de territórios definidos. É no território definido que está pautado o processo de trabalho das equipes, com programação e implementação de atividades com prioridade para solução dos problemas mais frequentes. A ABS é considerada uma assistência resolutive à demanda espontânea, por isso é importante o desenvolvimento de ações educativas e focalizadas em grupos e fatores de risco.

A estratégia utilizada para a organização da ABS foi a Estratégia Saúde da Família (ESF),⁶⁷ estruturada em 1994 e apontada pelo MS como principal forma de reorganizar os serviços de saúde.

Franco e Merhy (2003) acentuam que a estratégia tem, na sua essência, a localização central no espaço territorial, o lócus operacional do programa. Associada à noção de território tem-se a ideia de vínculo, que tem como princípio a construção de referências entre profissionais/usuários.

Considerando as características pontuadas da ABS, o MS recuou com a proposta de criação dos Centros de Referência em tratamento do Tabagismo e, a partir de portaria ministerial, estendeu o tratamento para todo o SUS via Atenção Básica.

Em Juiz de Fora, das 59 UAPS, 40 são ESF e 19 são modelo tradicional e funcionam como a porta de entrada para o sistema de saúde. Salvo as diferenças entre o modelo

⁶⁷ O Ministério da Saúde concebeu o Saúde da Família como um programa, mas, em 1996, esta concepção começou a ser rompida pelo entendimento de que a noção de programa trazia ideia de verticalidade e transitoriedade. Passou a ser utilizada, então, a denominação Estratégia Saúde da Família. Entretanto, a denominação programa Saúde da Família é amplamente divulgada pelo país e assim descrita na Política Nacional de Atenção Básica (CORBO *et al*, 2007).

tradicional e a ESF, todas atuam em território delimitado. Esta organização define que o usuário recorra à sua unidade como primeira referência para buscar soluções para sua demanda de saúde.

No caso do tratamento do tabagismo, as UAPS que cumprem os requisitos exigidos (capacitação/credenciamento) são responsáveis pelo tratamento dos usuários de sua área de abrangência, mas a adesão das UAPS no município para a oferta deste tratamento não tem acontecido em sua plenitude:

O acesso tá restrito àquelas Unidades que aderiram à oferta do tratamento, a maioria da população tá ficando sem atendimento (entrevistado 2).

Alguns motivos justificam a dificuldade de algumas UAPS não estarem atendendo aos tabagistas, acarretando o que é mencionado na fala anterior, quando indica que a maioria da população está sem atendimento. Conforme apresentado, o desconhecimento, por parte dos gestores, da Política de Controle do Tabagismo e a falta de acompanhamento e de mecanismos de cobrança por parte da Secretaria de Saúde têm impactado a oferta do tratamento no município, porém, as dificuldades ultrapassam estas questões.

É importante salientar que a área da saúde no município de Juiz de Fora vem passando por um contingente de peculiaridades que, certamente, estão refletindo na política de saúde da cidade. É necessário reforçar que a troca de Secretários de Saúde na gestão anterior e na atual interferiu no gerenciamento e na qualidade dos serviços de saúde, incluindo os da ABS. Outra particularidade que desestruturou toda a administração municipal e, é claro a saúde, foram os problemas de fraudes e corrupção que geraram a prisão temporária do prefeito da administração anterior (2004/2008).

A atual administração (2009/2012), por sua vez, sob alegação de assumir a Prefeitura de Juiz de Fora (PJF) com os cofres zerados, não investiu na política de recursos humanos (RH) no que se refere à reposição do quadro funcional. Os entrevistados são incisivos ao indicarem que um dos grandes problemas, hoje, está relacionado à alta rotatividade de profissionais. Este é um dos fatos que explicaria a baixa adesão para oferta do tratamento.

Existe a medicação, existe insumo para se trabalhar grupo. O que eu vejo é só a parte que está faltando profissionais nas unidades, a alta rotatividade. Esse eu acho que é o grande limite, porque empecilho não tem (entrevistado 1).

Essa quebra de processo dificulta. Dentro de uma unidade com três equipes, às vezes você tem uma única equipe, que é mais antiga na unidade, as outras duas equipes entraram mais recente, ou só tá o enfermeiro, falta médico, tem médico, mas falta enfermeiro. Então isso tudo é um dificultador, muito provavelmente não só pro tabagismo. Essa falta de fidelização do profissional na unidade, eu acho que não só na atenção primária. Se você tem um turnover [rotatividade] elevado, isso dificulta qualquer trabalho, o desenvolvimento de qualquer trabalho (entrevistado 7).

Uma característica da atual administração para sanar a falta de RH nesta área tem sido a contratação de trabalhadores por Fundações, sem as mesmas garantias que o profissional concursado. Este tipo de gerenciamento da política de RH na saúde faz parte do processo de privatização do setor. Pierantoni *et al* (2004:68) resalta algumas características de formas híbridas de organização do trabalho em que ocorrem “processos de trabalho com ausência efetiva de participação dos trabalhadores, rotatividade da ocupação dos postos de trabalho, [...] cobrança de maior produtividade e também a introdução de contratos temporários e eventuais, com perda progressiva de proteção social”.

A forma de contrato de trabalho é evidenciada nas falas dos entrevistados. A instabilidade dos contratos ocasiona a rotatividade constante de profissionais, principalmente os médicos. Este fato é crucial, uma vez que fere diretamente um dos grandes objetivos da ESF, qual seja: o vínculo entre profissional e usuário. Estas questões aparecem também como fatores dificultadores à adesão das UAPS para o tratamento.

São vários programas que os profissionais têm que trabalhar, a falta de profissionais, isso é um grande dificultador (...) porque a gente tem um contrato de trabalho ainda muito instável e hoje o nosso problema é a questão do médico, a gente fidelizar o médico na Unidade (entrevistado 7).

Além do contrato de trabalho, outras questões são sinalizadas, indicando o grau de precarização dos trabalhadores da área da saúde. Muito provavelmente, por conta da baixa remuneração, é característica dos profissionais desta área possuir mais de um vínculo empregatício. O entrevistado abaixo pontua alguns equívocos que estão ocorrendo na Atenção Básica, tais como a presença de especialistas ou profissionais aposentados. Acentua, também, a ausência de um plano de cargos e carreiras para os profissionais do ESF no município.

Eu não sei se você sabe, mas muitos profissionais que estão na Atenção Básica são profissionais especialistas ou profissionais que já se aposentaram e estão querendo um segundo vínculo. Um outro problema é o tipo de contrato de trabalho e a inexistência de uma carreira atrativa para a saúde da família no município (entrevistado 10).

Reforçando as colocações dos sujeitos da pesquisa referentes à alta rotatividade e aos contratos de trabalho, alguns autores (Teixeira, 2002; Soares, 2005; Nascimento e Costa, 2009) identificam estes problemas relacionados à ESF. Esses autores consideram a necessidade de uma análise sobre os critérios para contratação da força de trabalho, o modelo de contrato, o salário e as diferenciações desses trabalhadores em relação aos demais da rede básica e falta de homogeneização das prefeituras na contratação das equipes de saúde. Verificam, também, que o salário mais elevado não representa garantia de adesão ou de assistência com qualidade. A alta rotatividade dos médicos na ESF compromete a aposta no vínculo do profissional com os usuários, fato muito ocasionado pela competição salarial entre os diversos municípios.

O objeto deste estudo é o Programa de Tabagismo e a questão do tratamento, mas o desenrolar da pesquisa demonstrou que os problemas sinalizados não se restringem só a este Programa. Conforme verificado em determinadas falas, muitas questões permeiam a Atenção Básica e outros motivos são apresentados para justificar este baixo envolvimento das UAPS não só em relação ao Programa de Tabagismo.

Não só em relação ao tabagismo, a gente vê outras questões acontecendo na Atenção Básica né? Profissionais pouco motivados, rotatividade grande de profissionais na rede (...) uma certa displicência até dos profissionais também, mas eu acho que é o pouco envolvimento, pouca motivação do profissional da atenção, então eu acho que esse é o entrave (entrevistado 3).

Eu vejo nas Unidades uma crise que vem se moldando e é uma crise que passa pela instabilidade profissional, pelo tipo de contrato, aquela questão que a maioria das equipes estarem vinculadas à AMAC e não se resolve nunca essa questão institucional. As Unidades de atenção primária elas não têm uma relação de interação com a Subsecretaria, elas estão soltas e a pressão emocional é muito grande e aí corta o ímpeto da equipe de se propor a participar, a fazer coisas novas, elas ficam restritas ao seu cotidiano. E isso vai refletindo não apenas na questão do tabagismo, vai tá refletindo na questão de todo sistema (entrevistado 5).

As falas são representativas quando descrevem falta de motivação, displicência, falta de envolvimento, falta de interação com a Subsecretaria de Atenção Primária e pressão emocional dos trabalhadores da saúde. Todas estas questões refletem diretamente na qualidade dos serviços prestados. Mesmo que o foco deste estudo seja o Programa de Tabagismo, percebe-se que ele é apenas um fio de uma grande meada. A falta de adesão ao Programa não está relacionada a uma questão específica. Certamente todos os apontamentos apresentados até agora estão interferindo na oferta do tratamento.

As ponderações tecidas pelos entrevistados permitem traçar algumas especificidades que interferem na oferta do tratamento, a saber: constante troca de Secretários de Saúde; falta de reposição do quadro funcional; contratos de trabalho inadequados; ausência de um plano de carreira para os profissionais da Atenção Básica; falta de motivação dos profissionais de saúde; e falta de envolvimento e interação entre a Atenção Básica e Subsecretaria de Atenção Primária.

4.5 - Estratégias e mecanismos da Coordenação/SECOPTT para viabilizar o tratamento do tabagismo na ABS

A baixa adesão das UAPS à oferta do tratamento do tabagismo tem feito com que os usuários recorram à Coordenação do Programa Municipal, no caso o SECOPTT, em busca de alternativas para realizarem o tratamento. Como apontado no Capítulo 3, ao SECOPTT compete a coordenação do Programa em âmbito local e o tratamento para os moradores de áreas desprovidas de Unidades. É comum os usuários se dirigirem ao SECOPTT quando não conseguem atendimento em sua Unidade e, nesses casos, são orientados, pelos profissionais que atuam na Coordenação/SECOPTT, sobre a organização e o funcionamento do Programa tanto em âmbito nacional e local. Além de receberem estas informações sobre o serviço, os usuários são orientados a encaminharem sua demanda à Ouvidoria Municipal de Saúde e ao Conselho Local de Saúde do bairro onde se localiza a UAPS de referência.

Não é da competência da Coordenação do Programa de Tabagismo qualquer tipo de sanção, muito menos obrigar as Unidades a aderirem ao tratamento. Cabe à Secretaria de Saúde, através da Subsecretaria de Atenção Primária, acompanhar o desenvolvimento não só

deste Programa, mas de toda a política de saúde que compreende a Atenção Básica. O SECOPTT busca um *feedback* com as Unidades no sentido de estimular e demonstrar a importância de se tratar o tabagismo, mas a cobrança de sua execução é de responsabilidade da Secretaria de Saúde.

Diferentes mecanismos têm sido utilizados para estimular as Unidades a oferecerem o tratamento, a saber: participação nas reuniões de gerentes das UAPS, contatos telefônicos com o intuito de descobrir quais são as dificuldades da Unidade para oferecer o tratamento, assessoria junto à Unidade no momento de realizar o primeiro grupo de tratamento e manter a Subsecretaria de Atenção Primária sempre informada sobre a realidade em relação à baixa adesão das Unidades na oferta deste tratamento.

Estas são ações mais pontuais, voltadas, como mencionado, a estimular as equipes a oferecerem o tratamento, porém, além delas, o SECOPTT recorre a duas estratégias de cunho mais político para pressionar o setor público a sanar as dificuldades relacionadas a esse tratamento e garantir o acesso da população. Uma primeira estratégia é encaminhar os usuários à Ouvidoria Municipal de Saúde para apresentarem suas dificuldades de acesso e as justificativas apresentadas pelas UAPS para não realizarem o tratamento. Este é um dos recursos indicados pelos entrevistados

A gente orienta quando eles perguntam também: “Onde que eu posso procurar para reclamar?”. Ouvidoria de Saúde é a alternativa que a gente tem. Devolvê-lo para a Unidade ou Ouvidoria de Saúde (entrevistado 1).

A gente acredita que a pressão da comunidade ela vai fazer com que essa unidade abra mais grupos e a gente tem também encaminhado muitos pacientes para a Ouvidoria Municipal de Saúde no intuito de estar realmente pressionando o poder público para garantir o tratamento (entrevistado 2).

A Ouvidoria faz parte do Conselho Municipal de Saúde, foi criada por lei municipal e suas atribuições são determinadas por regimento interno do CMS. Dentre suas atribuições está a de receber denúncias, reclamações e sugestões dos usuários, servidores ou prestadores de serviços, devendo encaminhá-los aos setores competentes da Secretaria de Saúde, observada a linha hierárquica institucional, a fim de que o órgão próprio, em prazo nunca superior a 7 dias úteis, elabore a resposta apropriada ao questionamento feito (Plano Municipal de Saúde – 2010/2013).

Outra estratégia utilizada é reforçar junto aos usuários o papel dos Conselhos Locais de Saúde como mecanismo fiscalizador da política e ações de saúde, de maneira que seja levada a discussão para o CMS, com o propósito de analisar os entraves que não permitem a oferta deste tratamento.

O CMS é o canal que assegura a participação social, permitindo que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas também fiscalizem, de forma permanente, a aplicação dos recursos. O CMS é um órgão de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador da política de saúde.

Ao argumentarem sobre o papel da Ouvidoria e dos Conselhos como mecanismos de pressão da população para solucionar a dificuldade de receberem tratamento, os entrevistados teceram ponderações importantes sobre estes espaços de participação popular, sobretudo com relação aos Conselhos Locais de Saúde. Revelaram a necessidade de aproximar, divulgar, envolver e assegurar o comprometimento por parte do Conselho em relação ao tabagismo.

Também apontam a necessidade de trabalhar junto aos conselhos não apenas encaminhando os usuários, mas realizando um trabalho articulado, apresentando a lógica de funcionamento do programa e reforçando a importância dos conselhos como espaço de participação e cobrança, para garantir o acesso ao tratamento.

Tá faltando, tá precisando trabalhar em cima dos Conselhos Locais, para que esses Conselhos Locais cobrem dos outros conselhos que eles façam seu papel real na sociedade, isso tem que começar lá na célula base, no Conselho Local de Saúde, que tem que entender que ele tem que buscar, que cobrar o funcionamento do Programa de tabagismo (entrevistado 6).

Nós devíamos fazer um trabalho muito mais próximo junto ao setor e aos Conselhos, aos conselheiros, porque aí a pessoa ia saber: “Ei! existe um Programa de Combate ao Tabagismo que ele se dá nessa lógica” (entrevistado 9).

Outro ponto sugerido pelos entrevistados foi divulgar para a sociedade que existe o tratamento e como ele funciona. Ficou perceptível nas falas que o termo “divulgação” foi utilizado também como um mecanismo de gerar pressão. Os entrevistados entendem que a divulgação do tratamento levaria a população a pressionar a Secretaria de Saúde a tomar as providências necessárias para viabilizá-lo. As falas confirmam:

É necessária a divulgação, é necessário divulgar essa possibilidade de tratamento. Espaço pra isso tem, é muito necessário, é uma forma de pressionar (entrevistado 3).

Tem que difundir um pouco mais, tem que mostrar um pouco mais esse trabalho. À medida que a população como um todo (...) todos os usuários, a partir do momento que eles ficam sabendo que existe o Programa, vai pressionar (entrevistado 4).

Neste aspecto, a divulgação para a população sobre a existência do tratamento como uma das ações do PMCT restringe-se às Campanhas nas datas pontuais, 31 de maio, Dia Mundial de Combate ao Tabagismo, e 29 de agosto, Dia Nacional de Combate ao Fumo. A Secretaria de Saúde, nestes períodos, assim como a mídia local, dão visibilidade às Campanhas. As colocações dos entrevistados despertam para a necessidade de adensar os mecanismos de divulgação para além das datas pontuais.

Observando as narrativas, foi possível perceber a necessidade de intensificar as estratégias do SECOPTT no sentido de assegurar a oferta do tratamento na Atenção Básica. As falas sugeriram que é necessário ir além das ações, mantendo contatos frequentes com as Unidades e com a própria Subsecretaria de Atenção Primária e mesmo encaminhando os usuários não assistidos à Ouvidoria e aos Conselhos. É necessário investir numa relação mais próxima com estes espaços de participação, no sentido de informar e debater sobre o Programa. E é igualmente necessário ampliar as estratégias de divulgação, ultrapassando as já oficialmente existentes.

4.6 - Avaliação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo/PNCT:

Conforme apresentado no decorrer deste estudo, o PNCT possui uma estrutura organizacional formada por redes, no caso as Coordenações, em âmbito federal, estadual e municipal. Cada nível hierárquico possui suas funções, com o objetivo comum de desenvolver ações de controle e combate ao tabagismo. Iglesias *et al* (2007:79) ressalta que:

Em termos da infra-estrutura para o controle do tabagismo, o Brasil criou uma rede de pontos focais nas SES e nas Secretarias Municipais de Saúde, além de programas nas principais cidades do país. Essa rede trata de levar e adaptar para o nível local as ações e a regulamentação, criando os instrumentos necessários para avançar com o controle do tabagismo junto às comunidades.

Um programa com essas dimensões exige todo um processo de avaliação e monitoramento para que as ações não fiquem dispersas ou inconclusas, bem como é necessário acompanhar o alcance e possibilidades das mesmas. Neste sentido, este estudo buscou, junto aos sujeitos da pesquisa, conhecer como eles avaliam a forma como o INCA/MS organizou o Programa, principalmente a questão do apoio à cessação como parte da política de acesso universal para o tratamento da dependência à nicotina. Ficou evidente, na fala de um dos entrevistados, que a dificuldade de atender a demanda é reflexo dos problemas enfrentados pelo próprio SUS, ferindo seus princípios fundamentais. Fica impossível garantir o acesso universal e a integralidade mediante toda problemática que envolve o SUS.

Quando o Ministério pensa este Programa, ele pensa de toda uma rede estruturada para dar apoio, a retaguarda para dar apoio, a retaguarda para esse programa, só que aí você cai na realidade e se depara com as dificuldades do SUS. Então eu não tenho um CAPS-AD que dê conta da demanda prá encaminhar o paciente psiquiátrico (...) então a operacionalização do programa para atenção básica fica deficitária mesmo, porque fica tudo na atenção básica e tudo tem que ser resolvido ali (entrevistado 2).

Prosseguindo com a avaliação, os entrevistados sinalizam a burocratização do Programa como um entrave em seu desenvolvimento. Como referido no capítulo anterior, o MS/INCA disponibiliza algumas planilhas que funcionam como instrumentos de controle da medicação e acompanhamento do Programa. A cada três meses, as Unidades que estão oferecendo o tratamento devem preencher três planilhas (tratamento, medicação e manual) e enviá-las à Coordenação/SECOPTT, que faz a consolidação e as encaminha para Coordenação Estadual, responsável por repassar os dados para o MS/INCA. Os entrevistados questionam o alcance das planilhas em termos de monitoramento e avaliação. Além de cansativas, funcionam como mecanismo de controle puramente quantitativo. As falas revelam que estas planilhas não dão conta da realidade local ou se a população está tendo acesso ao tratamento.

Primeiro eu acho que é muito burocratizado a forma como é estruturado esse programa, uma série cansativa de planilhas, um excesso de mecanismos de controle, claro que a gente sabe que estes mecanismos são necessários, mas são planilhas que os profissionais reclamam muito. São três planilhas que eles têm que preencher e a gente vê muito pouco retorno dessas planilhas. É planilha de medicação, planilha de cartilhas,

planilhas das sessões. Então eu acho que tinha que ser uma coisa mais enxuta. Isso facilitaria para os profissionais (entrevistado 7).

Eles sabem que o município de Juiz de Fora está atendendo, mas não sabem quanto, não sabem se a população de JF como um todo tá sendo atendida. Então, apesar dos mecanismos de controle, não há um controle efetivo né, no final das contas. É muita questão de dados e números e pouca questão qualitativa, porque eles acabam não tendo uma visão se o programa está dando certo em nível municipal (entrevistado 1).

Os entrevistados, além de terem uma percepção burocratizante do Programa, aqui exemplificado pelas planilhas, sinalizam também que esta forma de controle não é adequada, uma vez que não revela a realidade local. Estas observações remetem a outro ponto aqui mencionado. Trata-se da falta de interação entre os níveis hierárquicos. A fala abaixo demonstra que o nível local não consegue apresentar ou sugerir alternativas e o mecanismo de avaliação resume-se às planilhas.

A coisa acontece totalmente desvinculada, não há reuniões, não há avaliações, não há é (...) o que há é a burocratização e hierarquização cada vez mais incisiva. Então se você pensa uma coisa diferente e manda pro nível estadual, eles já te cerceiam, eles não procuram verificar aquela ideia. Você não tem nenhuma possibilidade de discussão ou de avaliação do programa. A avaliação é feita via planilhas (entrevistado 2).

Entendo que a burocratização e a hierarquia, quando não são bem administradas, acarretam a falta de interação entre os diferentes níveis de coordenação. A estruturação do Programa é verticalizada, não permite uma discussão entre os níveis hierárquicos e os retornos às demandas locais são demorados. Essas observações são evidenciadas nas seguintes falas:

Entre a SES e as Gerencias Regionais existe um contato, digamos assim, mais de cobrança, de consolidados, então assim (...) a gente tem contato via telefone e email, mas contatos que não são, digamos assim, discutir, atualizar, contatos mais que são de questões formais do programa. Com relação ao nível federal, aí já é bem mais difícil, que eu mesma já enviei várias questões da gerência para a SES para que a SES cobrasse do INCA e os retornos são muito demorados, então eu vejo que há mesmo uma dificuldade e eu considero uma das falhas do programa (entrevistado 8).

Os níveis estadual e federal não repassam informações. Eles são de fazer cobranças a posteriores, mas são de passar poucas informações, ou propiciar momentos de trocas (entrevistado 6).

A questão do financiamento reaparece no processo de avaliação do PNCT. Neste sentido, é feita uma crítica ao Ministério da Saúde por concentrar a distribuição da medicação e não fazer um repasse de verba para este Programa. A sugestão é que os próprios municípios administrem os recursos destinados para esse tratamento conforme sua realidade.

Muito, mas muito equivocado. Não existe política, não existe programa que vai dar certo com um componente centralizado no Ministério da Saúde, embora a logística hoje esteja funcionando. Mas e quando muitos municípios aderirem? Não vai ter perna pra controlar e não é só dinheiro não, dinheiro ele tem, mas não é só comprar não, é fazer logística (...) o correto é o governo federal repassar recursos pros municípios fundo a fundo para eles adaptarem à sua realidade (entrevistado 10).

De fato, aqui fica uma questão a ser debatida. Se, ao descentralizar o programa, a preocupação do Ministério da Saúde foi levar em conta as diferenças regionais e tornar mais fácil o acesso da população, seria mais óbvio que o próprio município administrasse o recurso e adequasse o tratamento conforme a sua realidade. A medicação, por exemplo, não seria comprada pelo nível central e demoraria muito menos a chegar, pois viria direto para o município. Ao Ministério caberia estruturar mecanismos de controle para certificar o uso da verba, mecanismos, inclusive, que já são utilizados no acompanhamento de outros Programas que recebem recursos fundo a fundo e recursos próprios.

Ressalta-se que Iglesias *et al* (2007), em seus estudos sobre tabagismo no Brasil, apresenta uma avaliação em que são elencadas várias questões que condizem com as apontadas nesta pesquisa. Segundo os autores, o apoio à cessação merece mais atenção e direcionamento estratégico. Nos últimos anos, não foi realizada nenhuma avaliação e as dificuldades enfrentadas pelos estados e municípios são comuns, principalmente quanto à rotatividade de profissionais. Não há integração do Programa Nacional com as agendas de saúde dos estados e municípios; não há alocação de recursos para os municípios e a promoção da saúde não é considerada uma prioridade. “As informações disponíveis indicam que os Coordenadores municipais são o elo mais fraco da cadeia, pois não permanecem durante muito tempo em suas posições, sofrem pressão política e precisam lidar com muitas questões ao mesmo tempo” (IGLESIAS *et al*, 2007:89).

No ano de 2006, foi realizada uma avaliação pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) sobre o PNCT, em âmbito nacional. “Os principais pontos fracos identificados pelos que responderam a pesquisa foram (IGLESIAS, *et al*, 2007:81):

- A estruturação vertical do Programa, faltando aos estados a capacidade de tomada de decisões;
- O Programa é responsabilidade do INCA e funciona de modo paralelo ao SUS, o que não resulta em acordos que contemplem metas e recursos financeiros, não fornecendo incentivos à administração do SUS para a participação no Programa;
- Falta de priorização e responsabilidade da administração;
- Falta de avaliação e atualização dos coordenadores, além da limitada assistência e da falta de supervisão;
- Necessidade de revisão dos modelos de capacitação;
- Fragmentação e alcance limitado do Programa em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde;
- O programa de estímulo à cessação foi divulgado sem o suporte do SUS;
- O Disque Saúde fornece informações confusas.

Além dos pontos elencados acima, a pesquisa do SVS identificou alguns avanços no PNCT, porém, foi consenso que houve ênfase nas atividades internacionais em função da CQCT. Aqueles que responderam a pesquisa sinalizaram pouca prioridade da rede nacional do Programa, havendo falta de supervisão, monitoramento e avaliação. A falta de recursos financeiros também resultou no recuo ou desmonte de estruturas já montadas em vários estados.

É muito interessante observar que a realidade do Programa no município de Juiz de Fora, descrita neste estudo, condiz com as colocações apresentadas na pesquisa que foi realizada pelo SVS um ano após a estruturação do PMCT. Tal fato demonstra que as dificuldades permanecem as mesmas.

As colocações dos entrevistados traduzem uma estrutura verticalizada do Programa através da burocratização e ausência de interação entre as coordenações federal, estadual e municipal. Fica evidente a necessidade de critérios adequados para avaliação do Programa, assim como a importância de recursos financeiros.

4.7 - Avaliação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e perspectivas futuras:

Ao iniciaram a discussão em torno da avaliação do Programa Municipal, os entrevistados trouxeram à tona o debate acerca de qual nível de atenção o tratamento deve ser oferecido: na ABS ou nos CR? Para alguns entrevistados, é na Atenção Básica que a população deve receber este tipo de tratamento, principalmente onde há o ESF. Neste aspecto, a proposta do MS de descentralizar o tratamento para a Atenção Básica, recuando com os Centros de Referência, foi apontada como melhor alternativa.

Esse é o caminho, não tenho a menor dúvida, você tem que dar facilidade de acessibilidade. Imagina a pessoa do bairro ir até o Centro de Referência para participar de reunião, ela tem que tá com muita vontade de participar entendeu? Enquanto se a reunião for no local, no próprio bairro, na UAPS, fica bem mais fácil. Eu acho que se não for através da Atenção Básica não tem como propiciar a escala desse atendimento (entrevistado 5).

Mesmo com as dificuldades, eu acho que o tratamento tem que ser oferecido na Atenção Básica, tá, na ESF, porque são aquelas equipes que entram na casa de cada um dos munícipes, tá, são aquelas equipes que têm o apoio do Agente Comunitário que vai a cada localidade levar informação (entrevistado 6).

Só pode ser na Atenção Básica. Se você transforma uma ação de promoção da saúde numa ação especializada, você primeiro não vai garantir acesso, os municípios pequenos terão muita dificuldade de implantar Centros de Referência, eles não têm dinheiro nem têm recursos humanos para fazer isso, tá correta a direção dada pelo Ministério da Saúde. Nós temos é que reorientar a Atenção Básica e não esvaziar (entrevistado 10).

Vale a pena lembrar que a primeira lei com intuito de organizar o tratamento do tabagismo via SUS, a lei 1575/02, que criava os Centros de Referência para o tratamento do tabagismo, era restrita aos serviços de alta complexidade e hospitais especializados. Não há dúvidas que, se assim fosse, o tratamento ficaria restrito, a acessibilidade seria limitada. As falas dos entrevistados são pertinentes neste aspecto e aqui também corroboro neste entendimento.

Primeiro, que os municípios de pequeno porte sequer poderiam ofertar o tratamento, já que grande parte não possui serviços de alta complexidade ou hospitais especializados.

Segundo, que o objetivo não é usar os problemas aqui mencionados, os quais têm rebatido na Atenção Básica, e transferir tratamentos preventivos para serviços de alta complexidade. Trata-se de inversão de papéis.

O que é necessário e, neste sentido, este estudo objetiva colaborar, é localizar onde estão os “nós” que dificultam o acesso ao tratamento do tabagismo, de forma que sejam revistos e analisados para que os usuários tenham seu tratamento garantido. O cerne está em melhorar e investir na Atenção Básica para que todos os Programas de cunho preventivo sejam incorporados à rotina das Unidades.

Os entrevistados que se posicionaram a favor dos Centros de Referência utilizaram argumentos um pouco vagos, indicando que o tratamento, por sua própria especificidade, exige um funcionamento ideal, que os SUS não oferece:

É um programa que ele foi pensado prá uma situação ideal que o SUS não oferece. Então essa estruturação, eu particularmente acho que, como é um programa muito específico, se ele funcionasse com Centro de Referência, como era a proposta inicial, ele daria mais certo (entrevistado 2).

A distância entre o SUS ideal e o SUS real é um fosso que repercute de forma negativa no sistema de saúde como um todo e não poderia deixar de refletir no Programa de Tabagismo. Entretanto, conforme denota Mendes (1999), o SUS é um processo social em construção, condicionado por questões políticas, ideológicas e culturais. Se o SUS, como afirma o entrevistado, não apresenta uma situação ideal, porque seria diferente com os Centros de Referência? Mais uma vez reforço meu entendimento de que não podemos utilizar os problemas que vêm ocorrendo na Atenção Básica para justificar a transferência ou a criação de serviços de média complexidade, neste caso, abarcando ações preventivas.

As ponderações tecidas pelos entrevistados em defesa dos Centros de Referência deixam sem resposta algumas interrogações: Os Centros de Referência representariam garantia de fidelidade e manutenção de equipes de saúde? Os problemas que acontecem na ABS não poderiam acontecer com Centros de Referência? Ao município competiria arcar com os recursos humanos, físicos, logístico, dentre outros, para manutenção dos Centros de Referência e ao Ministério o suporte de insumos. O interesse dos gestores mudaria só por ser Centro de Referência? A questão de repasse de verbas não permaneceria se sobrepondo aos interesses?

No processo de avaliação, foram realçados alguns ângulos do Programa que são considerados positivos, com destaque para a última legislação referente a Ambientes Livres de Tabaco, o índice de cessação e a medicação em dia.

A média de cessação em torno de 60-70% é positiva, a questão da aprovação da lei municipal que proíbe o fumo em recintos coletivos, públicos e privados, foi uma grande conquista (entrevistado 2).

Porque a efetividade tem sido bastante grande por grupo de tratamento, se não me engano em torno de 60 a 70% o índice de cessação dos pacientes. Então eu considero que esse é um índice positivo do ponto de vista do tratamento. Tem também a medicação, que não é problema, temos quantidade, eu senti até que tinha muito além da capacidade de ser usada (entrevistado 5).

Olha, eu acho que é um ganho. É uma coisa assim (...) é um programa aberto ao público. Quem consegue chegar ao atendimento, o tratamento é garantido, a medicação é garantida. A parcela que chega até o tratamento, ela é bem recebida e ela consegue o tratamento eficaz. Também como positivo aí o engajamento que levou também à criação de uma legislação municipal (entrevistado 8).

Ao analisar os pontos que foram apresentados como fatores positivos do Programa de Tabagismo, percebi a necessidade de realizar uma articulação com a dificuldade de acesso ao tratamento. Se, por um lado, é reconhecida a importância da lei que determina os ALT, também se torna importante a garantia de acesso ao tratamento. Se existe o fornecimento da medicação, um dos suportes na eficácia do tratamento, fica pendente o envolvimento da Secretaria de Saúde para tentar sanar os entraves que impedem a população de ter acesso ao tratamento. Se o índice de cessação é considerado alto, os profissionais de saúde têm se mostrado aptos e capazes de conduzir o tratamento de forma satisfatória, portanto, a capacitação ou a forma como o tratamento foi organizado não justificam a baixa adesão.

Assim como foram pontuados os aspectos positivos, os pontos negativos do PMCT também apareceram durante as entrevistas. Os mais acentuados condizem com algumas questões já sinalizadas. Neste sentido, as falas retornam a falta de envolvimento da Secretaria de Saúde, acompanhamento e cobrança junto às UAPS, a não oficialização do Programa, o número reduzido de profissionais na Coordenação/SECOPTT e a baixa adesão das UAPS para oferta do tratamento.

Primeira coisa é a parte da Secretaria não assumir este Programa e segundo é o Programa não ter sido oficializado, outro ponto negativo é o número reduzido de profissionais na coordenação (entrevistado 1).

O ponto negativo é realmente a baixa adesão das Unidades Básicas, a gente ainda tem muito pouca Unidade fazendo o tratamento (entrevistado 2).

A programação municipal de saúde é limitada com relação à promoção da saúde. Outro ponto negativo é que não sei se falta uma Coordenação no nível da Atenção primária de estar acompanhando o programa e buscando cobrar das equipes de saúde da Família o tratamento, o atendimento ao usuário (entrevistado 8).

Fica evidente que o PMCT precisa passar por um processo de reformulação, de forma que se firme como política de saúde. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário rever alguns aspectos que envolvem a gestão em saúde na atual conjuntura. Por exemplo, é necessário o entendimento, por parte dos gestores e também dos profissionais de saúde, de que o tabagismo é uma doença e fator de risco para outras morbidades; recuperar a Atenção Básica como porta de entrada para o sistema de saúde; criar mecanismos de valorização dos profissionais que ali atuam, estimulando o vínculo com a população e evitando rotatividade de profissionais; maior envolvimento por parte da Secretaria com o PMCT, incluindo as ações necessárias para sua legitimidade, dentre elas a oficialização do Programa; e estimular a adesão das UAPS, incorporando o tratamento do tabagismo na rotina de atendimento.

Em que pesem todas as dificuldades elencadas, os entrevistados demonstraram-se otimistas quando teceram suas ponderações sobre o futuro do Programa e a oferta do tratamento.

Na avaliação que se segue, é relevante a percepção do entrevistado quanto à política de tabagismo. Há, aqui, uma análise positiva de mudança de comportamento na sociedade, “um movimento cultural de transformação”, como o próprio sujeito destaca. Trata-se de uma política que extrapola os limites de Juiz de Fora, portanto, uma política de saúde que não tem volta.

É inegável que existe hoje na sociedade, eu não me refiro apenas a Juiz de Fora, um movimento cultural de transformação, e isso é mérito também de todos que estão envolvidos nessa questão, o político que tem coragem de aprovar a lei e outros afora. Tudo que tenho lido é que, estatisticamente, de fato, caiu muito o consumo de cigarros, tem diminuído o número de usuários (...) a gente percebe, em Juiz de Fora, tranquilamente, as pessoas não aceitam que se fume em certos lugares. Não há como retroceder com essa política de saúde (entrevistado 6).

Outro ponto que merece destaque nesta avaliação é a relação que os entrevistados fazem entre o futuro do Programa, o papel do gestor e questões políticas, tema já discutido no decorrer da pesquisa e que é retomado na fala do sujeito abaixo.

Tem muito a ver com questões políticas. Qual é a política? Qual é o político e qual a proposta dele para os próximos 4 anos? Qual a visão dele? Porque aí os profissionais que fazem parte da Coordenação Municipal vão caminhar prá frente ou prá trás. A própria população conhece um pouco mais os seus direitos e conhece aquilo que ela precisa para buscar o tratamento. Então a população vai cobrar o tratamento do tabagismo. Não há como recuar (entrevistado 8).

Essa questão vem reforçar a necessidade de oficializar o Programa, de acordo com as orientações do INCA, de forma que as questões políticas não interfiram no desenvolvimento do Programa nem ocasionem um estancamento ou avanço em decorrência da “visão do gestor”. Apesar de o entrevistado pontuar que a população conhece seus direitos, isso não é garantia de que o tratamento será ofertado, fato comprovado na realidade do Programa no município. Mesmo que o Programa não tenha como recuar, sua existência não pode ser meramente figurativa. O intento é atingir os objetivos propostos, dentre eles a oferta do tratamento para todos aqueles que dela necessitarem.

Ficou evidenciado que o futuro do Programa está intrinsecamente relacionado ao papel do gestor, seja pelo seu interesse político, como pontuado acima, seja pela necessidade de reconhecer e investir nos recursos humanos. Mais uma vez, questões que são apresentadas como entraves para adesão das UAPS ao tratamento aparecem aqui sinalizando a relação com o prosseguimento do Programa. A fala destacada abaixo traduz a importância de reconhecimento e valorização, por parte do gestor, dos recursos humanos que atuam na saúde.

Vai melhorar porque eu acredito que, no futuro, algum gestor vai entender que, para melhorar o sistema de saúde, para conseguir a sonhada mudança de modelo de atenção à saúde, é necessário investir em gente. Mas o Programa tá aí, ou do jeito que está ou prá melhor (entrevistado 10).

Pelas colocações, entendo que o Programa tende a fazer parte do futuro. Relevante é perceber que os entrevistados deixam transparecer com certa sutileza se este futuro será

promissor ou continuará enfrentando as mesmas questões sinalizadas no decorrer da pesquisa: “Não há como recuar” (entrevistado 8); “Mas o Programa tá aí, ou do jeito que está ou prá melhor” (entrevistado 10). Percebo que há o entendimento de que o Programa de Tabagismo no município permanecerá fazendo parte da política de saúde local e o seu desenvolvimento pode oscilar de acordo com o grau de envolvimento do gestor. Conforme demonstrado, em sua fase de implantação, foi relevante a presença de um gestor que se envolveu com a causa, o que adensa esta observação.

A fala que se segue também sinaliza a importância do gestor, indicando que, apesar dos problemas enfrentados, trata-se de um Programa que tem dado certo, portanto, é necessária sua manutenção.

Eu acho que o futuro do Programa é se expandir e não acabar, eu acho que nenhum gestor se colocaria é (...) nesse papel de acabar com um Programa que tem dado né (...) dentro dos problemas que tem enfrentado, mas que tem dado certo. Porque, na verdade, o tratamento ele tem dado certo onde ele tá sendo executado (...) eu acho que ele vai progredir (entrevistado 2).

Se nos reportarmos aos aspectos positivos mencionados pelos entrevistados, veremos que, dentre os que foram apresentados, está o índice de cessação, considerado elevado. Neste aspecto, quando o entrevistado acima acentua que o Programa tem dado certo, fica evidente que se trata da eficácia do tratamento, mesmo que ofertado por um número reduzido ou inconstante de UAPS. Esse apontamento é relevante, pois indica que o problema não está no tratamento, mas no acesso. Não por acaso este foi o fator que instigou a realização deste estudo, de maneira que o resultado possa colaborar, ou, pelo menos, provocar um debate em torno da dificuldade de acesso da população de Juiz de Fora no tratamento do tabagismo.

O debate aqui provocado em torno da avaliação do PMCT indica que, apesar da baixa adesão das UAPS para oferta do tratamento e, conseqüentemente, da dificuldade de acesso da população, é possível tentar reverter este quadro. Os pontos positivos elencados demonstram a possibilidade de se realizar o Programa. Entretanto, para que o futuro do Programa seja, de fato, promissor, é necessário analisar e intervir nos pontos negativos.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste trabalho, procurei situar a amplitude da questão do tabagismo em seus diferentes aspectos. Os estudos a respeito do tabagismo, a princípio, foram direcionados aos seus reflexos na saúde. Atualmente, não se remetem somente a essa questão, mas também giram em torno das questões sócio-econômicas e ambientais.

Tornou-se necessário moldar o processo histórico que desencadeou a propagação do tabaco pelo mundo e suas consequências. Demonstrar que os trabalhos científicos confirmam a extensão e o aumento das doenças ocasionadas pelo tabaco, seu rebatimento nos países em desenvolvimento e sua relação com a pobreza, além dos graves problemas que acarreta ao meio ambiente.

Ficou perceptível que a difusão do tabaco em escala mundial está associada ao desenvolvimento do modo de produção capitalista. Muito embora esta discussão não esteja diretamente ligada ao objetivo deste trabalho, ficou evidente, conforme descrito no corpo teórico deste estudo, que a propagação da planta *Nicotiana Tabacum* em suas diferentes formas de uso aconteceu a partir das grandes navegações. No entanto, foi a passagem da produção artesanal para as manufaturas que permitiu o aumento do consumo, associado a preços baixos.

As guerras mundiais também cumpriram seu papel político no processo de manutenção do capitalismo. Juntamente com a indústria cinematográfica, principalmente a americana, foram os maiores mecanismos de difusão da ideologia do capital e exerceram papéis importantes na construção do que hoje conhecemos como as grandes companhias transnacionais de tabaco.

As comprovações científicas dos malefícios ocasionados pelo tabaco e seu peso financeiro na saúde pública impulsionaram as primeiras medidas de controle do tabagismo. Inicialmente de maneira tímida, essas medidas passaram a ter mais consistência a partir dos resultados dos estudos, do reconhecimento do tabagismo como doença e do envolvimento dos Órgãos de Saúde de cada país e da própria OMS. As medidas de controle e combate ao tabagismo deixaram de ser respostas isoladas de cada nação para se tornarem um consenso mundial, através da CQCT.

O Brasil é um país que, contraditoriamente, possui uma das políticas de controle e combate ao tabagismo com grande visibilidade, mesmo sendo o número um em exportações e o segundo maior produtor de tabaco do mundo. Também aqui estão instaladas grandes subsidiárias das grandes transnacionais do tabaco, o que torna árdua a missão do Ministério da Saúde em relação ao dilema saúde pública *versus* os grandes interesses da indústria do tabaco, comércio e agricultura.

Mesmo com os embates e interesses divergentes nesta causa, o Brasil vem se destacando com suas medidas de controle e combate ao tabagismo, principalmente na sua capacidade de monitoramento de resultados, ousadia nas restrições à publicidade e oferta do tratamento gratuito no Sistema Único de Saúde (INCA, 2011b).

Entretanto, a implantação de ambientes 100% livres de tabaco, o aumento de preços e impostos e o investimento pesado na informação de jovens ainda são desafios a serem alcançados pelo Programa Brasileiro de Controle e Combate ao Tabagismo.

O PNCT, através da estratégia de descentralização, no mesmo viés do SUS, disseminou suas ações para os estados e municípios e tenta alcançar os objetivos propostos na CQCT. Dentre o conjunto de ações desenvolvidas pelo país, e aqui nos deparamos com o objetivo deste estudo, está a oferta do tratamento do tabagismo. Conforme apresentado, desde 2005 a rede de serviços do SUS dispõe de tratamento para os fumantes, através de orientações cognitivo-comportamentais (em grupo ou individual) e apoio medicamentoso. Para isso, o INCA promove a capacitação dos profissionais de saúde do SUS e, para proporcionar o tratamento ao fumante, a Unidade de Saúde precisa preencher os critérios de credenciamento, sendo um deles a capacitação de, pelo menos, um profissional de saúde de nível universitário.

Neste sentido, este estudo propôs uma análise do processo de implantação do PMCT em Juiz de Fora e a oferta do tratamento na rede de Atenção Básica do SUS. O processo investigativo permitiu apreender como se deu a implantação do Programa e o grau de envolvimento da Secretaria de Saúde para garantir sua operacionalização, qual a percepção dos gestores quanto à oferta do tratamento na atenção básica e as possibilidades e limites para que o mesmo aconteça. Foi possível realizar uma avaliação tanto do Programa Municipal quanto da organização do Programa Nacional e seus reflexos no âmbito local.

Ficou evidente que a implantação deste Programa como política de saúde local está diretamente vinculada à portaria do MS que descentralizou o tratamento do tabagismo para a atenção básica, assim como ao interesse do gestor à época. Se, de início, este foi o fator que

impulsionou a estruturação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, também se tornou o grande entrave para a eficácia do Programa como um todo, uma vez que a população tem encontrado dificuldades para conseguir obter o tratamento.

Com o passar dos anos, as ações necessárias no âmbito local para garantir a operacionalização do Programa não foram realizadas. A não oficialização do Programa, conforme sugerido pelo INCA, e o desconhecimento, por parte dos gestores, do funcionamento do Programa Nacional reflete, junto com os demais problemas apresentados, na baixa adesão das UAPS para oferta do tratamento. Dentre estes problemas estão a alta rotatividade dos profissionais das Unidades de Saúde e a forma de contrato, principalmente do ESF, que não permitem o vínculo entre profissional e usuário e a continuidade do tratamento por parte das poucas Unidades que o oferecem.

Outro fator crucial refere-se ao não financiamento do Programa. Aqui se encontra a maior justificativa para o baixo envolvimento ou falta de interesse da Secretaria de Saúde para com este Programa. Não existe uma cobrança efetiva por parte da Secretaria de Saúde para que as Unidades que não oferecem o tratamento passem a fazê-lo. Se não há o cumprimento de metas para garantir o repasse de verba, também não há cobrança para a oferta deste tipo de tratamento.

Ficou evidente que o Programa não foi incorporado de maneira adequada na política de saúde do município, refletindo na falta de supervisão por parte da Secretaria e no pouco valor atribuído ao tratamento. Tal fato reforça um comportamento heterogêneo das UAPS no que diz respeito à adesão ao tratamento, determinando interesses divergentes em relação ao tabagismo. A precarização do trabalho na área da saúde também reforça a baixa adesão das UAPS na oferta do tratamento. Pode-se afirmar que a junção de todos os fatores apresentados até agora geram um efeito cascata que deságua na dificuldade de acesso do cidadão ao tratamento do tabagismo.

Mesmo com as dificuldades apresentadas, houve o entendimento, pela maior parte dos gestores, de que o Programa deve ser executado na Atenção Básica, considerando que é a porta de entrada do sistema de saúde, onde devem ser desenvolvidas as práticas de promoção à saúde. Também foram reconhecidos alguns pontos positivos do Programa, a saber: envolvimento na elaboração e aprovação da legislação de ambientes livre de tabaco, alto índice de cessação dos fumantes que procuram as unidades que estão fornecendo tratamento e medicação em dia.

O resultado desta pesquisa me permitiu deixar algumas sugestões, na tentativa de oferecer alternativas que viabilizem o desenvolvimento do PMCT no município de Juiz de Fora, em especial a oferta do tratamento do tabagismo na rede SUS, através da Atenção Básica.

No âmbito local, é necessário buscar, de forma incisiva, a oficialização do Programa, conforme as orientações do INCA/MS, para evitar que mudanças políticas provoquem sua extinção. É importante, ainda, envolver os Conselhos Locais e o Conselho Municipal de Saúde para que a própria comunidade fiscalize e cobre a oferta do tratamento.

Os demais problemas que a política municipal de saúde vem atravessando, tais como a rotatividade de recursos humanos, inclusive de Secretários de Saúde, os contratos de trabalho precários, falta de remuneração adequada, dentre outros, são problemas recorrentes e que têm reflexo nos serviços de saúde como um todo. A resolução destas questões certamente terá reflexo não só no Programa de Tabagismo, mas também nos demais serviços prestados.

No âmbito federal, o PNCT utiliza a estratégia de descentralização desconsiderando a realidade dos municípios. É necessária maior interação entre as redes do Programa (Coordenações municipais, estaduais e federal) e é importante estabelecer um canal de comunicação entre as coordenações municipais até a coordenação federal; criar um mecanismo de avaliação periódico para certificar se o Programa está alcançando os objetivos propostos, e, no caso específico do tratamento, avaliar se está sendo realizado de maneira efetiva e se a população está tendo acesso a ele; equacionar a proposta das capacitações à estrutura do ESF, que trabalha por equipes e áreas de abrangência; repensar a questão do financiamento, para que este programa se torne mais atrativo para os municípios; realizar um trabalho junto aos municípios, envolvendo os gestores e profissionais de saúde, para reforçar a importância da promoção da saúde e o entendimento do tabagismo enquanto doença.

A esse respeito é importante mencionar que os dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da OMS, realizado no Brasil entre 2002 e 2009, revelam que “aproximadamente 40% dos médicos ou profissionais de saúde ainda não dão a devida importância ao tabagismo como fator de risco e/ou doença” (INCA, 2011b:34). Os dados desta pesquisa sugerem ser fundamental o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, de que o tabagismo é uma doença.

Para reforçar o resultado e o conteúdo desta dissertação a partir da realização da pesquisa, saliento, em paralelo, as recomendações de Iglesias *et al* (2007:105) para o fortalecimento da Rede de Controle do Tabaco:

É necessário analisar detalhadamente a implementação do Programa Nacional. Os municípios onde foram implantadas ações de controle do tabagismo representam uma pequena proporção dos que já foram treinados pelo Programa. Essa questão assume particular importância quando são considerados os novos desafios no controle do tabagismo no país, como os ambientes livres de tabaco e o tratamento para parar de fumar. Existe ainda uma demanda para expansão do programa de tratamento da dependência, que exige treinamento dos profissionais e o acesso às terapias para cessação, da mesma forma que a coordenação entre Programa Nacional de Controle do Tabagismo e o SUS. Deve ser considerado o envolvimento regular das instâncias do SUS em áreas que vão além das ações destinadas a ajudar as pessoas a pararem de fumar, incluindo atividades para o controle do tabagismo ao nível municipal. É necessário focalizar a participação dos agentes comunitários de saúde e de médicos de família no Programa.

Os resultados aqui apresentados refletem questões conjunturais, considerando que o desenvolvimento das políticas de saúde não são inertes e mudanças podem ocorrer. Este estudo abre perspectivas de análise e proporciona novas discussões a respeito da política de saúde para o combate e controle do tabagismo. Deixa a porta aberta para a continuidade de novas reflexões e questionamentos, principalmente por parte daqueles que estão na ponta do *iceberg*: os profissionais da Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Volume 01. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Volume 02. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Volume 08. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. INCA. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na rede SUS. Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação. Manual de Operação**. Rio de Janeiro. INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Mais Saúde. Direito de Todos 2008-2011**. 3 ed. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento, Avaliação do Pacto Pela Saúde, nos Componentes Pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010-2011**. Brasília, fevereiro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. 17 a 21 de março de 1986. (acessado em fevereiro de 2010) Disponível em <http://www.saude.gov.br>

_____. Leis, *etc.* **Lei 8142**, de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intra-

governamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____ Leis, *etc.* **Lei 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União. Brasília, 1990.

_____ **Portaria 1575**, de 26 de outubro de 2002. Dispõe sobre a implantação dos Centros de Referência para tratamento do fumante na Rede SUS e dá outras providências. Diário da União. Brasília, 2002.

_____ **Portaria 1035**, de 31 de maio de 2004. Dispõe sobre o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e dá outras providências. Diário da União. Brasília, 2004.

_____ **Portaria 442**, de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e tratamento do tabagismo na rede SUS e o Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas –Dependência à nicotina. Diário da União. Brasília, 2004.

_____ Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Plano Municipal de Saúde. 1988-1989**. Juiz de Fora, sem data.

_____ Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Plano Municipal de Saúde. 2002-2005**. Juiz de Fora, sem data.

_____ Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. **Plano Municipal de Saúde. 2010-2013**. Juiz de Fora, sem data.

BOEIRA. S. L. **Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilemas da crítica**. Itajaí: Univali, 2002.

BOEIRA. S. L.; GUIVANI. J. S. **Indústria de tabaco, tabagismo e meio ambiente: as redes ante os riscos.** Cadernos de Ciência e Tecnologia, vol.20, nº1. Brasília, 2003.

CASTRO E CASTRO. M. M. **Trabalho em saúde: a inserção do assistente social na Atenção Primária à Saúde em Juiz de Fora/MG.** Dissertação (mestrado). Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2009.

CAVALCANTE. T. **O Controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios.** In: Revista de Psiquiatria Clínica. Nº 32. P.283-300, 2005.

_____. **O Brasil e a Convenção Quadro para Controle do Tabaco.** In: Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública. VIEGASC. A. A. (org.). São Paulo: Atheneu, 2007.

CAVALCANTE. T e PINTO. M. **Considerações sobre tabaco e pobreza no Brasil: consumo e produção de tabaco.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Tabaco e Pobreza, um círculo vicioso – a Convenção Quadro para Controle do Tabaco: uma resposta. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO. M. C. **O cigarro.** São Paulo: Publifolha. 2001.

CHIZZOTI. A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4 edição. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

CORBO. A. *et al.* Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MORSINI. M. V.; CORBO. A. (orgs.) **Modelos de Atenção e Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSSV/FIOCRUZ, 2007.

COMISSÃO EUROPÉIA, BANCO MUNDIAL, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aspectos Econômicos do tabagismo e do controle do tabaco em países em desenvolvimento.** Banco Mundial, Fev. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, CONSELHOS REGIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS/CRESS. Grupo de Trabalho: Serviço Social na Saúde. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Rio de Janeiro, abril de 2009.

DESLANDES. S. F. e ASSIS. S.G. **Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças**. In: MINAYO M. C. S. (org.) Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002. Cap.7.

DUARTE. R. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cadernos de Pesquisa. Nº 115 p. 139-154. Março, 2002.

EBERSPACHER. G. **Os números selvagens da indústria tabagista**. In: Revista Atitude Sustentável. Edição nº 04, dezembro/2010.

FLEURY. S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 14 nº3, 2009.

FRANCO. T.; MERHY. E. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança de modelo tecno-assistencial. In: MERHY *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

IGLESIAS. R. *ET al.* **Controle do tabagismo no Brasil**. Banco Mundial. Agosto, 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Bases para implementação de um programa de controle do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1996.

____ **Falando sobre tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA, 1998a.

____ **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: INCA, 1998b.

_____ **Práticas para a implantação de um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco.** Rio de Janeiro: INCA, 1998c.

_____ **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001.** Rio de Janeiro: INCA, 2001.

_____ **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer. Modelo Lógico e Avaliação.** Rio de Janeiro: INCA, 2003.

_____ **Manual de orientação sobre o Dia Mundial sem Tabaco.** Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____ **A Ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades.** Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____ **Dados sobre tabaco e pobreza: um círculo vicioso.** Rio de Janeiro: INCA, 2004c.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011a.

_____ **A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância da Organização Mundial de Saúde, realizadas no Brasil, entre 2002 e 2009.** Rio de Janeiro: INCA, 2011b.

LEVCOVITZ, E.; LIMA. L. D; MACHADO. C. V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas.** Ciência e Saúde Coletiva. v.6 n° 2, 2001.

MARTINS. M. C. F. N e BOGUS. C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Revista Saúde e Sociedade. Vol.13, nº 03. p.44-57. Set/Dez. 2004.

MEIRELLES. R. H. S; CAVALCANTE T. M. **Quais políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental.** In: GIGLIOTTI. A.; PRESAMAM. S. (org.) Atualização no Tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro. ABP – Saúde, 2006.

MELLO. G.. A, *et al.* **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde. Origens e diferenças conceituais.** IN: Revista APS, v 12, nº 2. Juiz de Fora/MG. Abr/Jun.2009

MENDES. E. V. **Uma agenda para saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. Entrevista: **O SUS e a Atenção Primária à Saúde.** Revista de APS. V8. Nº 2. Juiz de Fora /MG. Jul/dez, 2005.

MINAYO. M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 17 edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo. HUCITEC, 2008.

MIRRA. A. P. **Epidemiologia do Câncer de Pulmão.** Boletim de Epidemiologia Paulista. Nº32, 2006.

_____. *et al.* **Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o Tratamento do Tabagismo.** AMB, 26 de maio de 2009.

NARDI. J.B. **O fumo brasileiro no período colonial: lavoura, comércio e administração.** São Paulo: Brasiliense, 1996.

NASCIMENTO. V. B. e COSTA I. M. C. **P. S. F., descentralização e organização de serviços de saúde no Brasil.** In: Conh. A. (org). Saúde da Família e SUS: Convergências e Dissonâncias. Rio de Janeiro. CEDEC, 2009.

NETO. A. J. F. **Judicialização da Saúde.** In: SANTOS.A. (org) Caderno Mídia e Saúde Publica: Comunicação em Saúde pela Paz. Vol.2, ESP-MG. Belo Horizonte,2007.

OLIVEIRA. L. M. L. **Sociedade Civil e Lutas em Defesa da Saúde em Juiz de Fora: o Fórum Popular em Saúde.** In: Revista Libertas. Vol. 2. Nº1. Jan./fev. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Epidemia do tabaco: dimensões para a saúde.** In: Ajuda Memória nº154. Maio/1998a.

_____ **A epidemia do tabaco: muito mais que uma questão de saúde.** In: Ajuda Memória nº155. Maio/1998b.

_____ **A epidemia tabaco na América Latina.** In: Ajuda Memória. Nº196. Maio/1998c.

_____ **Indústria do tabaco e responsabilidade corporativa: uma contradição.** Fevereiro de 2003. Tradução: INCA/MS

_____ **Os objetivos de desenvolvimento do milênio e o controle do tabaco. uma oportunidade de parceria global.** 2005. Tradução: Aliança de Controle do Tabagismo.

_____ **Informe OMS sobre a epidemia mundial de Tabagismo 2011.** Uruguai, 2011.

PAIM. J. **Determinantes Sociais da Saúde.** In: RADIS comunicação em Saúde. Nº 110. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, outubro/2011.

PEREIRA. S. D. **Conceitos e definições de saúde e epidemiologia usados na Vigilância Sanitária.** São Paulo, 2004.

PIERANTONI. C. R. *et al.* T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: **Observatório de Recursos Humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. V.2 Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2004.

RONCALLI. A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. In: Pereira. A. C. (org.). Saúde Bucal Coletiva. Editora MEDSI, 2002.

ROSEMBERG. J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. São Paulo: ALMED, 1987.

_____. **Temas sobre tabagismo**. São Paulo. Secretaria de Estado de SP, 1998.

_____. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo. Secretaria de Estado de SP, 2002.

SILVA. C. A. R. e SESTELO. M. R. **Composição química da fumaça do cigarro**. In: Tabagismo: do diagnóstico à Saúde Pública. Viegas. C. A. S. (org.). São Paulo: Atheneu, 2007.

SOARES. L. T. **Saúde para todos em 2005**. Rio de Janeiro: UERJ: Laboratório de Políticas Públicas, Instituto Rosa Luxemburgo, 2005.

SOGÓCIO. M. P. S. C. **O Brasil adverte: fumar é prejudicial à saúde. Análise do Processo de Ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Instituto Rio Branco. Brasília, 2008.

SOUZA.E. R. *et al.* **Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos**. In: MINAYO. M. C. e ASSIS. S. G. (orgs.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2005.

TEIXEIRA. M. J. O. O Programa de Saúde da Família, o Serviço Social e o canto do rouxinol. In: BRAVO. M. I.; PEREIRA P. A. P. (orgs.). **Política social e democracia**. 2 edição. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

TURATO. E. R. *et al.* **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Revista de Saúde Pública. Nº 39. P.507-514, 2005.

VARELLA. Dráuzio. **Propaganda descarada**. In: Folha de São Paulo, 20/11/2010.

VASCONCELOS. C. M e PASCHE. D. F. **Sistema Único de Saúde**. In: Campos, G.W. *et al.* (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. Ed. HUCITEC/Fiocruz: São Paulo/Rio de Janeiro, 2006.

Fontes

BRATS. **Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Ano V. volume 12, junho de 2010.

Houaiss A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Revista Veja. **Raio X da Saúde**. edição 2050 – ano 41, nº 09. Editora Abril, março de 2008.

Revista RADIS. **Comunicação em Saúde**. nº 23. Editora Fiocruz /RJ. Julho de 2004.

Secretaria Municipal de Saúde/Juiz de Fora; Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, julho/2010.

Secretaria Municipal de Saúde/Juiz de Fora; Coordenação de Planejamento em Saúde, outubro /2011.

ACTBR. Boletim nº 64. de 01/09/2010. Disponível em actbr.com.br. Acessado em 11/11/10.

_____ Boletim nº 66 de 01/11/2010. Disponível em actbr.com.br Acessado em 14/11/10.

_____ Boletim nº 67 de 03/12/2010. Disponível em actbr.com.br Acessado em 10/12/10.

_____ Boletim nº 68 de 05/01/2011. Disponível em actbr.com.br Acessado em 07/01/11.

_____ Biblioteca. Disponível em actbr.com.br. Acessado em 04/04/2011.

Folha de São Paulo on line. **Saúde**. Disponível em folha.com.br. Acessado em 24/01/2011.

Portal Saúde/VIGITEL/2008-2009-2010. Disponível em saude.gov.br. Acessado em 05/02/11 e 25/04/ 2011.

inca.org/tabagismo. Acessado em 08/05/2011.

inca.org/eventos. Acessado em 08/05/2011.

jflgis.pjf.mg.gov.br. Acessado em 11/04/2011.

saude.mg.gov.br/informações ao gestor. Acessado em 24/06/2011.