



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

ISIS MARIA ARAUJO DO NASCIMENTO

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS-
UFPE/EBSERH: entre desafios e conexões**

RECIFE

2025

ISIS MARIA ARAUJO DO NASCIMENTO

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS-
UFPE/EBSERH: entre desafios e conexões**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas públicas

Orientador: Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas

Recife

2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Nascimento, Isis Maria Araujo do.

Política de controle do tabaco no Hospital das Clínicas-UFPE/EBSERH: entre desafios e conexões / Isis Maria Araujo do Nascimento. - Recife, 2025.

87f.: il.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Mestrado Profissional em Políticas Públicas, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas.

1. Controle do tabaco; 2. Sistema Único de Saúde; 3. Políticas Públicas; 4. Hospital universitário. I. Freitas, Maurício Assuero Lima de. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

ISIS MARIA ARAUJO DO NASCIMENTO

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS-
UFPE/EBSERH: entre desafios e conexões**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: Políticas públicas

Aprovado em: 25/08/2025.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Maurício Assuero Lima de Freitas (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Erinaldo Ferreira do Carmo (Membro interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra. Elyrouse Cavalcante de Oliveira Bellini (Membro externo)
Universidade Federal de Alagoas

As minhas estrelas-guias: Maria Eduarda, minha filha; Eva, minha mãe; e Tatiana, minha irmã, que sempre me motivaram a superar os desafios da vida.

AGRADECIMENTOS

Durante o processo de escrita dessa dissertação, contei com apoio, os cuidados e as contribuições de muitas pessoas que tornaram possível a realização desse trabalho.

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por me permitir vivenciar essa experiência acadêmica durante minha jornada evolutiva.

Agradeço a minha filha Maria Eduarda, meu presente de Deus, que me estimula e me desafia a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço à minha mãe pelo amor materializado em cuidado e incentivo diários.

Agradeço à minha irmã Tatiana pelas conversas, escuta, incentivos e pela torcida.

Agradeço ao Professor Mauricio Assuero Lima de Freitas, meu orientador, sempre disponível, paciente e objetivo. Gratidão pelas correções e pelas orientações.

Agradeço aos professores da banca de qualificação, Erinaldo do Carmo e Elyrouse Oliveira, pelas orientações que possibilitaram a melhoria da estrutura desse estudo.

Agradeço a todos(as) amigos(as) que fiz durante o Mestrado Profissional em Políticas Públicas, aprendi muito, em especial aos amigos(as) mais próximos(as): Angélica, Daniele, Carlos, Graciele, Ênio, Kelly, Thamiris, Joelma e Marquinhos. Foi um período muito desafiador, mas dividir esse tempo com vocês se tornou muito especial.

Agradeço a todos(as) Professores(as) do Mestrado Profissional, pessoas que aprendi a admirar pela competência acadêmica e pela acessibilidade. Todos(as) contribuíram muito para o meu crescimento intelectual.

Agradeço à minha terapeuta Elane pela escuta cuidadosa e reflexiva durante todo o processo.

Agradeço à Equipe das Práticas Integrativas do Núcleo de Humanização do Hospital das Clínicas, em especial à Márcia, que cuidou de mim com muito zelo, aliviando as dores na coluna e na cervical durante o período de construção da dissertação.

Agradeço a minha amiga Renata Rodrigues pela presença constante, me motivando e acolhendo minhas angústias diante do desafio de conciliar tantas atribuições com mestrado.

Agradeço as amigas do Serviço Social do Hospital das Clínicas pela torcida, escuta e incentivo, em especial a Marcelle Nogueira pela sua generosidade em contribuir com os debates sobre SUS, pelas sugestões de textos e pelas reflexões que enriqueceram a construção desse trabalho.

Agradeço, a todos (as) os (as) entrevistados (as), que gentilmente aceitaram participar e contribuíram de forma significativa para a construção deste trabalho.

Agradeço ao Hospital das Clínicas por autorizar que essa pesquisa fosse realizada.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma para a concretização dessa dissertação. O meu muito obrigada.

RESUMO

Este trabalho analisa como os fatores institucionais, organizacionais e as práticas dos diferentes níveis da burocracia hospitalar influenciaram a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas da UFPE. A metodologia trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, através da utilização de técnicas de entrevistas semiestruturadas e observação direta, com a finalidade de compreender as percepções, barreiras e facilitadores entre gestores e profissionais de saúde envolvidos no referido estudo. Os resultados obtidos na pesquisa revelaram que a referida Política não constitui prioridade na agenda institucional, sendo considerada invisível tanto para os profissionais de saúde quanto para alguns gestores envolvidos nos processos de implementação. Apesar disso, a análise demonstrou que há reconhecimento dos entrevistados sobre sua importância para os usuários e profissionais dessa instituição. Identificou-se um serviço voltado ao atendimento de pacientes tabagistas; contudo, a ausência de direcionamento formal compromete a sua institucionalização. Desta forma, permanece como desafio a ser efetivado e estudado.

Palavras-chave: controle do tabaco; Sistema Único de Saúde; políticas públicas; hospital universitário.

ABSTRACT

This study examines how institutional and organizational factors, along with the practices of different levels of hospital bureaucracy, influenced the implementation of the National Tobacco Control Policy at the University Hospital of UFPE. The methodology employed was an exploratory-descriptive case study with a qualitative approach, utilizing semi-structured interviews and direct observations to gain an understanding of the perceptions, barriers, and facilitators among managers and health professionals involved. The findings revealed that the Policy is not viewed as a priority within the institutional agenda, being considered largely invisible to both health professionals and some managers involved in the implementation. However, the analysis indicated that the interviewees recognized its importance for both users and staff of the institution. A dedicated service for patients who use tobacco was identified, but the lack of formal guidance hampers its formalization. Therefore, establishing such a service remains a challenge and warrants further investigation.

Keywords: public policies; tobacco control; Unified Health System; university hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Mortes Anuais Atribuíveis Ao Tabaco no Brasil	20
Gráfico 2 – Custos da Assistência Médica Associado ao Tabagismo.....	21
Gráfico 3 – Custos devidos à perda de produtividade e cuidados informais associados ao Tabagismo	22
Gráfico 4 – Percentuais de fumantes de 2007 a 2023	23
Quadro 1 – Linha do tempo para implementação da CQCT.....	28
Quadro 2 – Ações da CQCT	30
Quadro 3 – Linha do tempo para implementação da PNCT	32
Quadro 4 – Principais atores envolvidos no processo de ratificação da CQCT da OMS	33
Quadro 5 – Normativas direcionadas ao Controle do Tabagismo no Brasil	34
Figura 1 – Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas – UFPE/Ebserh.....	37
Figura 2 – Fluxograma da Unidade Hospitalar Especializada.....	42
Quadro 6 – Municípios com programa de controle do tabagismo, por região geográfica.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no HC-UFPE/Ebserh	38
Tabela 2 – Gestores e Profissionais Entrevistados por Clínicas.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACTBR	Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil
Afubra	Associação dos Famicultores do Brasil
AMB	Associação Médica Brasileira
Amrigs	Associação Médica Rio-grandense
BAE	Burocratas de Alto Escalão
BME	Burocratas de Médio Escalão
BNR	Burocratas de Nível de Rua
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CNA	Confederação Nacional de Agricultura
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
Conicq	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
Contag	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
Conprev	Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
Deser	Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EG	Entrevista Gestores
EP	Entrevista Profissionais
Farsul	Federação de Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul
Fetaep	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Paraná
Fetraf-sul	Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar da Região Sul
Fetaesc	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Santa Catarina
Faep	Federação da Agricultura do Estado do Paraná
Fetag	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HC	Hospital das Clínicas

Hemope	Fundação de Hematologia e Hemoterapia
HGA	Hospital Geral de Areias
HR	Hospital da Restauração
HU	Hospitais Universitários
HUP	Hospital Ulisses Pernambucano
IECS	Instituto de Educação e Ciências em Saúde
Imip	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
Nesdeq	Núcleo de Estudos de Dependência Química
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONI	Órgão de Negociação Intergovernamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDEs	Planos Diretores Estratégicos
PDL	Projeto de Decreto Legislativo
Petab	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
PIB	Produto Interno Bruto
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNCF	Programa Nacional Contra o Fumo
PNCT	Política Nacional do Controle do Tabaco
Phosp	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RHP	Real Hospital Português
RJU	Regime Jurídico Único
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sindifumo	Sindicato das Indústrias do Fumo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVO GERAL	17
1.1.1	Objetivos específicos	17
1.2	JUSTIFICATIVA	17
1.3	ESTRUTURA DO TRABALHO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	POLÍTICA PÚBLICA PARA O CONTROLE DO TABACO	20
2.1.1	Política pública e a fase de implementação	24
2.1.2	Convenção-quadro: um marco global no controle do tabaco	28
2.1.3	Política de Controle do Tabaco no Brasil: evolução e contexto histórico	31
2.2	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE COMO UM ESPAÇO ESTRATÉGICO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO	36
2.2.1	Panorama e contexto institucional	36
2.2.2	Um espaço estratégico para a Política de Controle do Tabaco	39
2.3	ESTUDOS ANTERIORES	43
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	51
4.1	EIXO 1 – PERFIL DO PROFISSIONAL	51
4.2	EIXO 2: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES FUMANTES NAS CLÍNICAS PESQUISADAS E AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADO SOBRE A PNCT NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS	51
4.3	EIXO 3: FORMAÇÃO OU CONHECIMENTO SOBRE TABAGISMO E AS AÇÕES DESENVOLVIDAS E ENGAJADAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A APLICABILIDADE DA PNCT	52
4.4	EIXO 4: IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O CONTROLE DO TABACO NO HC	53
4.5	EIXO 5: ANÁLISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS	53
4.6	EIXO 6: PERFIL DOS GESTORES	55
4.7	EIXO 7: DIRETRIZES FORMALIZADAS SOBRE A PNCT	55

4.8	EIXO 8: ANALISAR AS AÇÕES E/OU INICIATIVAS SOBRE A PNCT DENTRO DO HOSPITAL E ENTENDER SE EXISTE UMA ESTRUTURA DEFINIDA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS TABAGISTAS	56
4.9	EIXO 9 - AVALIAR O INVESTIMENTO NA FORMAÇÃO DA EQUIPE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNCT.....	56
4.10	EIXO 10 - VERIFICAR O CONHECIMENTO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNCT NO HOSPITAL E POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MELHORIAS	57
4.11	EIXO 11 - ANALISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS.....	58
4.12	UMA DAS DESCOBERTAS DA PESQUISA– o ambulatório do Nesdeq	58
4.13	UMA ENTREVISTA NECESSÁRIA COM A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DE TABACO	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA – FUNCIONÁRIOS (REF)	72
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTOR (REG).....	73
	APÊNDICE 3 – ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS	74
	APÊNDICE 4 - ENTREVISTA COM GESTORES.....	84

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as estratégias de enfrentamento ao tabaco passaram a receber mais investimento e atenção pública depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, que prevê no art. 196 que a saúde é um direito fundamental do cidadão e um dever do Estado, a ser promovido mediante políticas sociais e econômicas que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o como agente responsável pelo conjunto de ações e serviços prestados por instituições públicas de diferentes esferas de governo. O SUS é pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Sobre o controle do tabagismo, o Brasil tem avançado a partir de algumas medidas normativas e regulatórias, em destaque a Lei nº 12.546/2011, que regulamenta a proibição do uso de produtos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados e estabelece regras para a publicidade, a comercialização e o consumo. Conjuntamente com a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), essas medidas constituem um marco para a política de saúde.

Alguns autores como Pinto *et al.* (2019) e Portes (2020) avaliam que há um elevado custo social e econômico associado ao tabagismo, reforçando a necessidade de cumprir a PNCT em todas as esferas do SUS. Trata-se de um problema de saúde pública que exige políticas efetivas para atenuar seus impactos e, nesse sentido, esforços para sua execução devem ser desenvolvidos nos mais variados espaços públicos, sobretudo nos serviços de saúde que promovem ações preventivas, curativas e/ou de reabilitação.

Há quase meio século que a PNCT é uma política regulatória, ou seja, baseia-se na criação e aplicação de leis para controlar as diversas etapas do ciclo de produção e disseminação do tabaco. Para sua execução, instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabaco, por meio de uma rede de tratamento do tabagismo, em parceria com estados e municípios. Essa rede foi pensada de forma descentralizada, de acordo com as diretrizes do SUS (Brasil, 2024).

Apesar dos avanços normativos e institucionais da Política, sua efetivação em serviços de saúde de alta complexidade, como os hospitais universitários vinculados ao SUS, ainda enfrenta desafios significativos. No caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE/Ebserh), observa-se uma lacuna entre as diretrizes estabelecidas nacionalmente e as práticas institucionais cotidianas.

O HC-UFPE/Ebserh é uma instituição que reúne duas políticas públicas, de educação e de saúde. Considera-se, também, a complexidade organizacional desse hospital universitário, que envolve diferentes níveis de gestão, múltiplas categorias profissionais e um fluxo intenso de usuários. Por isso, torna-se fundamental investigar como variáveis institucionais, organizacionais e humanas (como cultura organizacional, capacidade administrativa, grau de conhecimento dos profissionais e priorização gerencial) afetam a implementação da PNCT.

Metodologicamente, trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo, baseado em abordagens qualitativas. A pesquisa será realizada no HC-UFPE/Ebserh. Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores e profissionais de saúde.

Nesse trabalho, serão apresentadas algumas considerações sobre os desafios e as conexões da PNCT no referido hospital, com base no estudo dos serviços das enfermarias e de ambulatorios que atendem pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCTs), como cardiologia, pneumologia, cirurgia vascular, endocrinologia e oncologia.

Diante disso, a pergunta norteadora dessa pesquisa é: **como os diferentes níveis da burocracia hospitalar (gestores e profissionais de saúde) percebem os desafios e as oportunidades relacionados à implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas da UFPE, considerando a integração entre diretrizes institucionais e práticas cotidianas?**

Ao buscar respostas para essa questão, o estudo pretende contribuir para a compreensão dos obstáculos e das potencialidades relacionadas à incorporação da PNCT no cotidiano de um hospital universitário, além de oferecer subsídios para a formulação de estratégias institucionais que promovam maior alinhamento entre as diretrizes nacionais e a realidade local. Para responder ao questionamento proposto, este estudo tem os objetivos descritos adiante.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como diferentes níveis da burocracia hospitalar (gestores e profissionais de saúde) em suas dimensões institucionais e organizacionais influenciam a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas da UFPE, identificando barreiras, facilitadores e percepções que impactam sua efetividade.

1.1.1 Objetivos específicos

Os objetivos específicos que apoiam a construção dessa pesquisa são:

- a) Mapear as ações institucionais desenvolvidas pelo HC-UFPE/Ebserh para a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco, identificando suas diretrizes e execução prática;
- b) Apresentar o nível de conhecimento, as percepções e as atitudes dos gestores e profissionais de saúde do hospital sobre a PNCT, especialmente quanto à sua aplicabilidade no cotidiano hospitalar;
- c) Identificar e categorizar as barreiras e os fatores facilitadores para a implementação da PNCT no contexto do hospital universitário, considerando aspectos institucionais, estruturais e operacionais; e
- d) Investigar como as práticas dos diferentes níveis de burocracia hospitalar (alto escalão, médio escalão e burocracia de nível de rua) influenciam os processos de implementação da PNCT, destacando possíveis lacunas e potencialidades.

1.2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência da nicotina presente nos produtos à base de tabaco, estando por isso inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu uso ativo e a exposição passiva à fumaça do tabaco estão relacionados ao desenvolvimento de aproximadamente 50 enfermidades. Dentre elas, destacam-se vários tipos de câncer, doenças do aparelho respiratório (enfisema pulmonar e infecções respiratórias), doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e trombozes) (Brasil, 2024).

O tabagismo surge como um dos problemas de saúde pública de aspecto mundial, responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano. Essa epidemia apresenta maior prevalência em países de baixa e média renda, onde estão concentrados 80% dos mais de 1,1 bilhão de fumantes em todo o mundo, estando diretamente associada ao aumento das DCNTs (OPAS, 2023).

Em 2019, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) registrou 161.853 mortes anuais atribuíveis ao uso de tabaco, o que equivale a uma média de 443 mortes por dia, tornando o tabagismo o terceiro principal fator de risco para anos de vida perdidos por incapacidade (Brasil, 2023).

No início do século XX, as DCNT no Brasil começaram a ganhar expressão como um problema de saúde. Esse crescimento esteve diretamente ligado às transições epidemiológicas e demográficas que ocorreram de forma acelerada. Dentre os principais fatores, destacam-se o envelhecimento populacional, a redução das causas de morte por doenças infecciosas, parasitárias, materno-infantil e o crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas, que vão se configurando em um novo cenário (Brasil, 2021).

Outras mudanças que ocorreram nesse período foram as modificações no estilo de vida da população após a chegada da industrialização, que trouxe hábitos menos saudáveis, como o sedentarismo, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e o crescimento do consumo de tabagismo e de bebida alcoólica. Outras alterações no país referem-se ao processo de urbanização acelerada (Brasil, 2021).

Nesse contexto, ao tratar de políticas públicas de controle do tabaco, o resultado esperado é redução dos gastos relacionados às DCNT, permitindo a realocação de recursos para ações de promoção e proteção à saúde, fortalecendo a prevenção de doenças, oferecendo melhor qualidade de vida à população.

Analisar essa política requer estudos que avaliem a distância entre formulação e implementação, considerando as questões sobre os fatores que influenciam a baixa priorização da política dentro da agenda institucional hospitalar, mesmo diante das evidências científicas sobre os impactos sociais, econômicos e sanitários do tabagismo.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para alcançar seus objetivos, esta dissertação está estruturada da seguinte forma: o Capítulo 1 faz a introdução do trabalho, incluindo objetivos, geral e específicos, e a justificativa

do estudo; o Capítulo 2 caracteriza o problema, trazendo dados sobre a necessidade de uma política pública para o controle do tabaco, seu componente histórico e evolução relacionado a aspectos internacionais e nacional, bem como aspecto conceituais sobre política pública. Será, ainda, caracterizado o local de estudo dessa pesquisa com a finalidade de apresentar o Hospital e seu contexto organizacional, além de estudos anteriores sobre a temática.

O Capítulo 3, são delineados os procedimentos metodológicos adotados na pesquisa. O Capítulo 4 traz a análise dos resultados, destacando os perfis dos entrevistados, os eixos de análise e os achados da pesquisa. Por fim, o Capítulo 5 apresenta as considerações finais, sintetiza as principais conclusões desse trabalho e propõe a continuidade de estudos na área.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

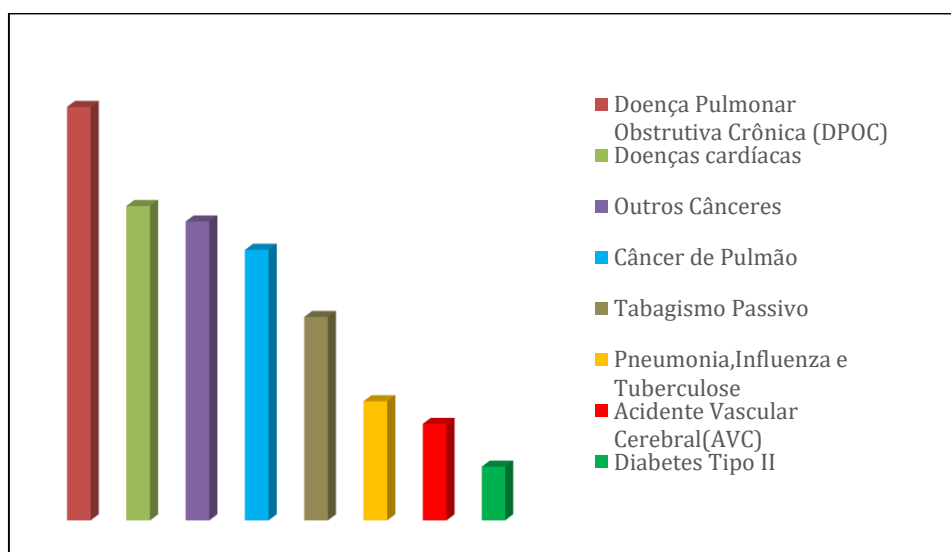
Este capítulo está dividido em quatro subtítulos que abordam as contribuições teóricas sobre as políticas públicas e a fase da implementação, além de dissertar sobre a Convenção-Quadro e a Política de Controle do Tabaco no Brasil.

2.1 POLÍTICA PÚBLICA PARA O CONTROLE DO TABACO

O propósito deste capítulo é iniciar uma discussão a partir de contribuições teóricas das políticas públicas, com foco na fase da implementação, além de dissertar sobre a influência dos diferentes níveis de burocracia no processo dessa fase. Em seguida, será contextualizada a trajetória do tabagismo como problema de saúde pública de caráter global, destacando o início com o desenho de um tratado internacional e sua consolidação na Política Nacional de Controle do Tabaco.

Os números mundiais e nacionais referentes aos danos causados pelo tabaco são expressivos e preocupantes, principalmente pelas sequelas relacionadas com as DCNTs e ao número de mortes atribuíveis ao tabaco no Brasil. O gráfico 1 destaca a quantidade de mortes anuais atribuídas ao uso do tabaco, em 2024.

Gráfico 1 – Mortes Anuais Atribuíveis Ao Tabaco no Brasil



Fonte: elaboração própria com base em dados do IECS (2024).

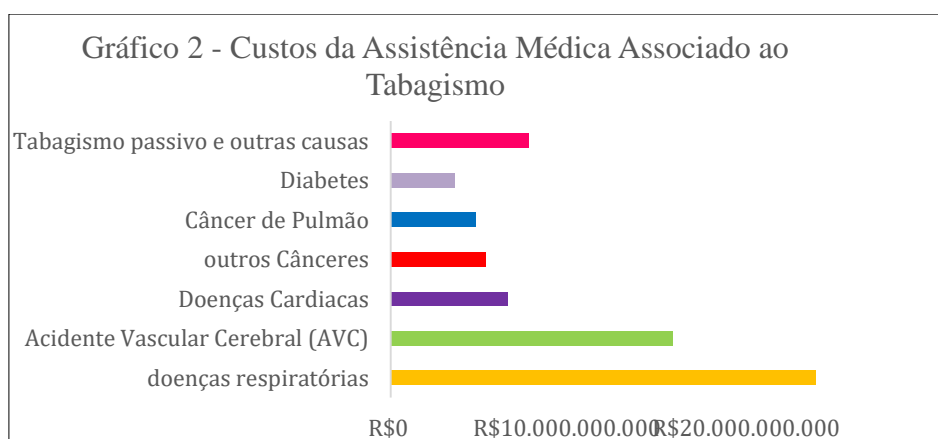
No gráfico 1 se observa que 55.935 mortes atribuídas ao tabaco estão relacionadas a cânceres, incluindo câncer de pulmão (26.583) e outros tipos de cânceres (29.352). Em seguida,

têm-se as doenças respiratórias (11.745) e pulmonares (40.567), totalizando 52.312 mortes. Em terceiro lugar, aparecem as doenças cardiovasculares, doenças cardíacas (30.871) e de acidente vascular cerebral (9.513), somando 40.384 mortes. Por fim, a diabetes tipo II é responsável por 5.294 mortes.

É importante ressaltar o número significativo de mortes relacionadas ao tabagismo passivo (20.010), ou seja, pessoas que vieram a óbito sem consumir cigarro diretamente.

Os dados do IECS (2024) também fazem uma relação entre o número de adoecimentos relacionados às DCNTs associadas ao tabagismo e o impacto financeiro para o SUS, apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Custos da Assistência Médica Associado ao Tabagismo



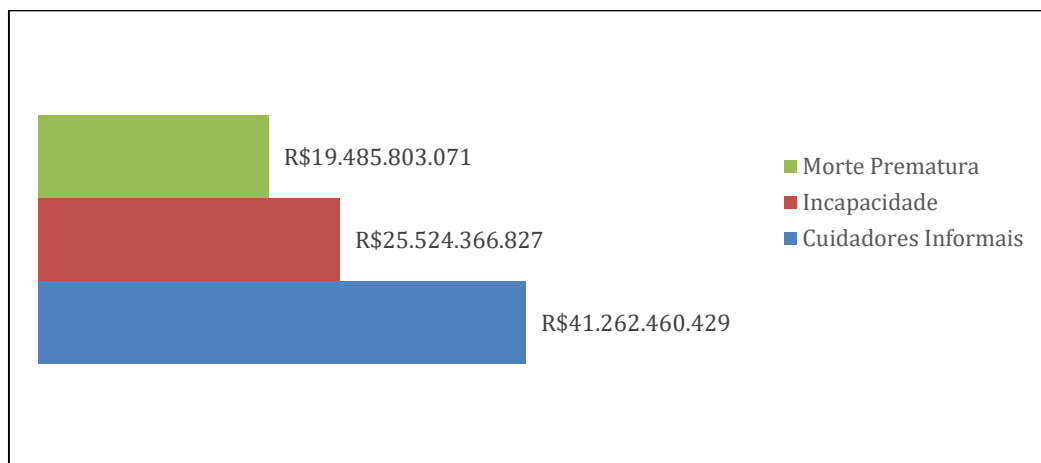
Fonte: elaboração própria com base em dados do IECS (2024).

De acordo com o gráfico 2, as doenças respiratórias representam a maior parcela dos gastos totais, equivalendo a R\$ 23.722.602.463, ou 35,28% do orçamento disponível. Em segundo lugar, as despesas com acidente vascular cerebral representam 23,45% do total. Apenas estes dois casos consomem 58,73% do orçamento total.

A soma das demais despesas corresponde a 41,27% dos gastos, o que reflete um custo excessivamente alto para um sistema de saúde que atende 75% da população brasileira. A otimização desses recursos poderia trazer maior eficiência aos gastos públicos.

Os problemas com o tabagismo não se limitam aos custos do SUS. As doenças decorrentes do uso do tabaco geram afastamento da atividade produtiva para tratamento de saúde. Nesse sentido, o gráfico 3 representa os custos relacionados à perda de produtividade e cuidados informais associados ao tabagismo, os quais fazem referência aos cuidados indiretos, como cuidadores informais, incapacidade laboral e morte prematura.

Gráfico 3 – Custos devidos à perda de produtividade e cuidados informais associados ao Tabagismo



Fonte: elaboração própria com base em dados do IECS (2024).

Com base nos gráficos 2 e 3, verifica-se que, anualmente, o Brasil gasta R\$ 153,5 bilhões com assistência direta e indireta em saúde relacionada ao tabagismo e às DCNT. Os custos relacionados ao atendimento direto em saúde representam 44% (R\$ 67.232 bilhões), enquanto as despesas indiretas (cuidadores informais e auxílio por incapacidade temporária) equivalem a 56% (R\$ 86.272 bilhões).

Segundo Pinto *et al.* (2024), esses valores equivalem a 1,55% do Produto Interno Bruto (PIB), considerando o ano de 2022. Os custos médicos associados às despesas diretas representam 7% de todos os gastos com saúde no Brasil.

No que se refere à produção de fumo, de acordo com a Associação dos Fumicultores Brasileiros (AFUBRA, 2025), a safra de 2023/2024 gerou impostos equivalentes a R\$ 16,7 bilhões, com venda de cigarros. Contudo, esse montante representa apenas 9% dos gastos necessários para o tratamento de problemas relacionados ao tabagismo e às DCNT.

Portanto, os números de adoecimentos e mortes causados por essas patologias superam e muito a arrecadação tributária. O custo social é significativo, pois, enquanto a indústria do cigarro obtém lucro com venda de seus produtos, não contribui para cobrir os gastos com o adoecimento das pessoas que fazem uso do tabaco.

A AFUBRA (2025) afirma que o Brasil é o segundo maior produtor de tabaco¹, exportando aproximadamente 85% de sua produção. Segundo a associação, o setor gera divisas da ordem de R\$ 13,63 bilhões e emprega 2,06 milhões de pessoas direta e indiretamente. Entretanto, dados do Ministério do Trabalho e Previdência revelam que, em 2022, apenas 12,6

¹ A China é o maior produtor de tabaco no mundo (AFUBRA, 2025).

mil pessoas estavam empregadas diretamente na produção de tabaco no Brasil. A produção estimada é de 540 mil toneladas, sendo 508 mil provenientes da região do Sul do País (Brasil, 2022).

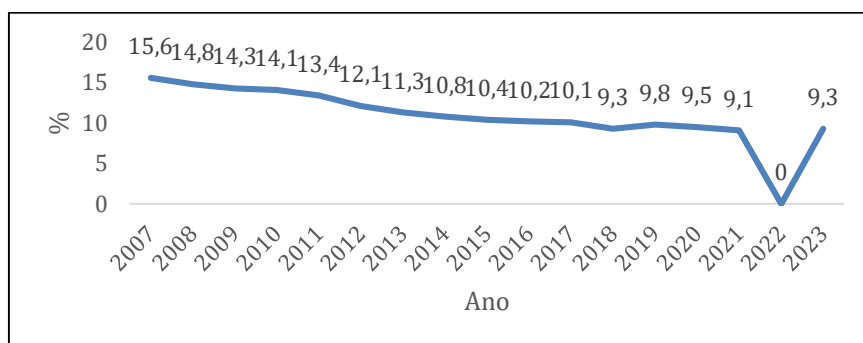
Dados da FNCP (2023) informam que, em 2022, o mercado ilegal de cigarros representou o equivalente a 59% do consumo nacional. A diferença de preço entre os cigarros legais e ilegais é a principal causa da venda nas classes com menor renda. Estima-se que o país tenha deixado de captar cerca de R\$ 8,3 bilhões em impostos devido ao contrabando, valor equivalente a 52% da arrecadação do setor.

Essa situação revela que o consumo de contrabando ultrapassa a comercialização dos cigarros legalizados, o que prejudica a economia, fortalece o crime organizado e amplia riscos à saúde pública devido à ausência de controle sanitário nos citados produtos.

Nesse cenário, que envolve dados referentes aos custos, adoecimentos e incapacidades relacionadas ao tabagismo, além do *lobby* da indústria do cigarro, surgem discussões em escala global e local sobre a necessidade de ações estratégicas para reduzir a prevalência do uso de tabaco, com o desenvolvimento de políticas institucionais voltadas para o controle do tabaco.

Outro dado preocupante foi revelado pela pesquisa da Vigitel do ano de 2024², que apontou um aumento na prevalência de fumantes adultos de 9,3% em 2023 para 11,6% em 2024. Entre os homens, o percentual subiu de 11,7% para 13,8%. Já entre as mulheres, o percentual de aumento foi de 7,2% para 9,8% no mesmo período. O Ministério da Saúde afirma que o número de fumantes adultos aumentou em 25% no Brasil, um crescimento que não era registrado desde 2007 (Brasil, 2025). Essa escala de redução do número de fumantes pode ser observada no gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4 – Percentuais de fumantes de 2007 a 2023



Fonte: elaboração própria com base nos dados da Vigitel (2023).

² O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde tem função de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT a partir de dados coletados por inquérito telefônico.

Observando uma linha temporal sobre os percentuais de fumantes no Brasil, conforme gráfico 4, verifica-se que a frequência de pessoas tabagistas apresentou uma redução entre os anos de 2007 e 2023, passando de 15,6% em 2007 para 9,3% em 2023. Entretanto, a análise do período mais recente (2018–2023) revela estabilidade, uma vez que o percentual se manteve próximo de 9,3% tanto no início quanto no final do período. Ressalta-se que, em 2022, a pesquisa Vigitel não foi realizada.

Diante disso, a prática de controle do tabaco torna-se relevante, tanto no âmbito da assistência à saúde quanto na formação profissional dos trabalhadores da área, devendo ser analisada de forma sistemática. Isso contribuirá para a promoção de ações que estabeleçam e fortaleçam fluxos e protocolos capazes de conter efetivamente essa questão.

Contudo, a plena realização dessa política em instituições de alta complexidade, como hospitais universitários, ainda encontra barreiras que comprometem sua eficácia. Embora o Brasil tenha adotado, há mais de duas décadas, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), avanços significativos ainda são insuficientes para solucionar todos os desafios.

2.1.1 Política pública e a fase de implementação

A necessidade de compreender e estudar as políticas públicas surge a partir de mudanças relacionadas ao contexto social e econômico no mundo. As principais transformações conjunturais observadas nesse período foram a substituição das políticas keynesianas do pós-guerra por políticas restritivas de gastos por parte dos governos que passaram a ser uma prioridade em vários países (Souza, 2006).

Para Batista, Domingos e Vieira (2021), a política pública pode ser compreendida como a análise do "Estado em ação". Representando a principal forma de atuação do Estado na sociedade, incluindo, situações em que o Estado opta por não intervir em determinados assuntos. Um aspecto recorrente nas políticas públicas é a "complexidade do processo decisório para a materialização dos seus efeitos".

De forma complementar, Souza (2006) expressa que as políticas públicas são um reflexo na economia e nas sociedades, por isso essas teorias relacionadas precisam elucidar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Entende que as políticas governamentais constituem uma área em que o governo recebe demandas, toma decisões, executa e delega ações, além de monitorar, avaliar e propor mudanças que impactam diretamente a vida dos cidadãos. E são decididas por políticos, funcionários do governo e atores não governamentais.

Na visão de Howlett, Ramesh e Perl (2013), as políticas públicas são constituídas por três dimensões: os atores envolvidos, as instituições e as ideias, constituindo, assim, parte de um sistema político e econômico mais amplo. E, neste sentido, o autor aponta que a maioria das sociedades modernas está constituída a partir de duas grandes instituições, o Capitalismo e a Democracia, as quais orientam as estruturas nas quais se desenvolvem as referidas políticas.

Independentemente do modelo de política escolhido pelos governantes para deliberarem sobre o andamento de uma política pública, há necessidade de se basear em alguma experiência vivenciada ou teoria, visto que sem a concepção adequada da política pode haver algum comprometimento durante seu processo inicial de formulação até a fase da implementação. Existe um modelo que descreve em ciclo os diferentes estágios pelos quais uma política pública passa. Essa é uma forma didática que a literatura encontrou para informar sobre o referido assunto.

Esse modelo foi estabelecido por Brewer (1983) e apresenta fases que não têm estabelecimentos fixos: agenda, formulação, tomada de decisão, implementação e avaliação (Howlett; Ramesh; Perl, 2013). O ciclo de políticas públicas, que se estende desde a definição da agenda até a fase de avaliação, é um processo dinâmico, marcado por debates, reorganizações e acordos políticos até a obtenção de seus resultados. Cada política segue um percurso próprio, influenciado pelo contexto em que está inserida. Diante do objetivo dessa pesquisa, será focada a fase da implementação.

A implementação é uma etapa fundamental do ciclo de políticas públicas, visto que analisa se o que foi pensado conseguiu ser estabelecido. Quando uma política pública é sancionada, ela precisa ser implementada. Batista *et al.* (2021) baseiam-se em Pressman e Wildavsky (1984) para questionar que a ideia que foi aprovada e a ação que foi entregue à população podem afetar diretamente as características concretas da política, demonstrando que essa fase não é algo comum.

É descrita como uma etapa intermediária entre a formulação e avaliação. Os estudos realizados durante essa etapa podem identificar, de forma antecipada, problemas que estejam ocorrendo e sugerir alterações tanto no desenho quanto na execução da política. Ela consiste em discorrer como ela sendo posta em prática. E a sua importância deve-se ao fato de que estudos realizados nesse período podem detectar, com antecipação, problemas que podem estar ocorrendo e propor mudanças no desenho e na implementação da política (Souza, 2002).

Já Gomes (2019) descreve alguns outros fatores que influenciam esse tema numa perspectiva macro e micro. Em formato macro, verifica-se o desenho institucional e os

instrumentos escolhidos, além das condições sociais, econômicas ou culturais de uma sociedade. No nível micro tem-se as decisões tomadas por burocratas e outros atores locais em suas rotinas administrativas cotidianas.

Durante o estudo faz-se necessário deter-se nos atores-chave durante esse processo, conhecido por níveis de burocracia: burocratas de alto escalão, de médio escalão e de nível de rua, faz-se necessário compreender a importância dos papéis desempenhados e como cada um deles influencia essa etapa do ciclo de políticas públicas.

Os burocratas de alto escalão (BAEs) são formados por gestores que ocupam cargos de alta responsabilidade e de tomada de decisão, tais como o superintendente e diretores. Cabe a eles determinar as diretrizes gerais de atuação e deliberar os serviços ofertados no órgão público sob sua direção. Conta com autonomia para gerir os recursos disponíveis sob sua gestão. Esses cargos também são caracterizados por instabilidades associadas ao ciclo eleitoral e coalizões de governo, uma vez que são funções diretamente nomeadas pelos dirigentes eleitos (Pires, 2018).

Outra particularidade dos BAEs é a utilização do tempo desses atores; sua agenda diária é marcada por uma sequência quase ininterrupta de reuniões, eventos, cerimônias e interações com políticos, imprensa e grupos de interesse (Bevir e Rhodes, 2010). Assim, pode-se dizer que esses burocratas têm sua atenção voltada para fora, em situações e com atores externos à administração pública (Pires, 2018).

Os burocratas de médio escalão (BMEs) são profissionais em cargos de gestão que desempenham função intermediária na implementação das políticas; são responsáveis pela interconexão entre o alto escalão e os burocratas de nível de rua. Estabelecendo autonomia em relação a ambas. Assumem cargos de gerentes, coordenadores ou supervisores (Oliveira; Abrucio, 2018).

Suas atividades realizam tarefas de caráter administrativo (contratos, orçamentos e recursos humanos) e outras atividades direcionadas à motivação, mobilização e articulação de política pública. (Novato; Najberg; Lotta, 2020). Esses atores têm demonstrado que são imprescindíveis para a implementação das políticas, na medida em que têm a papel de traduzir decisões da alta gestão em ações e atuam para que sejam colocadas em prática (Pires, 2018).

Os burocratas de nível de rua (BNRs) são funcionários que possuem interação direta com o público e determinam como regras serão colocadas em prática, como os benefícios serão distribuídos, direitos garantidos ou negados, tais como médicos, assistentes sociais, professores, entre outros (Batista; Domingos e Vieira, 2021).

Lima e D'Ascenzi (2019) destaca que os burocratas de nível de rua possuem dois aspectos que estão inter-relacionados – o alto grau de discricionariedade e a relativa autonomia em relação à autoridade organizacional. Utiliza Lipsky (2010) para confirmar que as condições de trabalho é que determinam a atuação desse tipo de burocracia e destaca as características mais relevantes: são fazedores de políticas públicas em contraposição a executores de políticas públicas, visto que essa categoria têm a função de modificar as políticas em ações práticas dentro de contextos com situações imprevisíveis e recursos escassos. Eles fazem tudo isso exercendo a sua discricionariedade.

Os BNRs atuam na base do sistema, tomam decisões o tempo todo e estão sempre sob pressão dos governos ou de seus superiores e desenvolvem rotinas ou mecanismos para lidar com este ambiente. Neste caso, muitas vezes a política falha por não reconhecer que seu desenho institucional continha expectativas equivocadas sobre o comportamento dos agentes e, consequentemente, de seus efeitos na realidade (Gomes, 2019).

Lipsky (2010) expressa que a discricionariedade desses burocratas é motivada por vários fatores, tais como: a abrangência, a ambiguidade, o conflito ou a ausência de regras. Quanto mais inespecíficas ou contraditórias as regras, maior será a possibilidade de interpretação e decisão burocrática. Além das normas formais e das informais presentes nas instituições, nos grupos e entre os profissionais que interferem na implementação das políticas.

A fase de implementação é basilar para a efetivação das políticas, e uma variável determinante nesse processo é compreender a percepção dos gestores (alto e médio escalão) e dos profissionais (BNRs). Esses atores têm o poder de influenciar expressivamente os resultados, podendo tanto facilitar quanto dificultar a entrega de benefícios e serviços. Por isso, é essencial que a implementação da política seja analisada, com vistas a garantir a efetividade das ações e a entrega de produto adequado às necessidades da população.

A literatura supracitada estimula a refletir a respeito de como os serviços públicos organizam suas rotinas, como é realizada a atuação dos gestores e BNRs e as interações entre estes e os usuários das políticas públicas.

Para a realização da análise da referida experiência sobre essa etapa foi considerada a perspectiva de análise *bottom-up* (a implementação seja avaliada de baixo para cima), ou seja, da base de prática para o topo, possibilita verificar como os BNRs nos seus cotidianos visualizam o seu desempenho e *top-down* (implementação avaliada de cima para baixo), como os gestores avaliam a execução a partir do direcionamento dos implementadores (Novato; Najberg; Lotta, 2020).

Após abordar os elementos conceituais das políticas públicas e das principais atuações dos diferentes níveis de burocracia sobre esse processo, torna-se possível avançar na análise da CQCT e PNCT, políticas públicas específicas de controle do tabaco que serão apresentadas no subitem desse capítulo.

2.1.2 Convenção-quadro: um marco global no controle do tabaco

A Convenção-Quadro é uma política pública internacional formalizada a partir de um tratado internacional da OMS que propõe ações voltadas para o controle da epidemia de tabagismo. Esse instrumento internacional concretiza uma normativa de proteção da saúde, negociada por 192 países durante os anos de 1999 a 2003, sob coordenação e promoção da OMS (Brasil, 2015).

Gomes (2014) avalia que o compromisso da OMS na política de controle do tabaco talvez tenha sido decisivo, visto que quando questões de saúde interferem no comércio quase sempre derivam em conflitos políticos. A construção da CQCT é compromisso político fundamentado em evidências científicas, cuja implementação demanda ações intersetoriais e de colaboração internacional.

Para melhor entendimento da construção e desenvolvimento desse processo será detalhado no quadro 1 uma linha do tempo descrevendo as etapas de formulação, discussão e formalização da CQCT:

Quadro 1 – Linha do tempo para implementação da CQCT

(continua)

ANO	EVENTO
1978	Reunião da Assembleia Mundial da Saúde para ser discutida a epidemia do uso do tabaco. O Tabagismo começa a ser delineado como um problema de saúde pública.
1986	Iniciam ações voltadas a redução do tabaco no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS).
1996	A Assembleia Mundial de Saúde ³ propõe a elaboração de uma Convenção-Quadro, que seria a primeira convenção da OMS.
1998	Os Estados Unidos iniciam uma gama de processos judiciais contra a indústria do tabaco, acarretando uma divulgação de um grande acervo de documentos internos. Essas informações tornaram aparentes sobre as estratégias de mercado, as pesquisas sobre os impactos do tabaco e as conexões com o poder público.

³ A Assembleia Mundial da Saúde é o órgão de decisão da Organização Mundial da Saúde. Reúne-se anualmente e os participantes são as delegações dos Estados-Membros. A função basilar da Assembleia de Saúde é definir suas políticas, nomear o Diretor-Geral, supervisionar as políticas financeiras e revisar e adotar o programa orçamentário proposto (OPAS, 2024).

Quadro 1 – Linha do tempo para implementação da CQCT

(conclusão)

ANO	EVENTO
1999	A 52ª Assembleia Mundial de Saúde elabora documentos sobre a convenção-quadro a partir da formação de grupo de trabalho que contou com um corpo técnico com 153 representantes de Estados-Membros (que representavam 95% da população mundial). Além de organizações do sistema das Nações Unidas e organizações não governamentais.
2000	A 53ª Assembleia Mundial de Saúde instituiu-se o Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI) sob a presidência do então embaixador brasileiro Celso Amorim, aberto à participação de todos os signatários da OMS, às organizações de integração econômica regional e a observadores.
2003	O texto final é redigido e aprovado por unanimidade e em seguida foi iniciado a coleta de assinaturas dos Estados.
2005	A 56ª Assembleia Mundial de Saúde delibera que o tratado internacional entra em vigor após a ratificação consensual de 40 países.
2015	o tratado tem a adesão de 180 países.

Fonte: Elaboração pela autora com base nas referências de Gomes (2014) e Brasil (2015).

A CQCT é composta por 38 artigos e um elenco de medidas que tem o propósito de conter o consumo de produtos derivados de tabaco e suas consequências. É uma resposta global para a epidemia e uma forma de sustentação para a efetivação das políticas de controle do tabagismo (Figueiredo; Turci; Camacho, 2017).

O objetivo da Convenção-Quadro da OMS, de acordo com seu art. 3º, é "proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco". Este tratado da OMS determina a adoção de medidas intersetoriais nas áreas de propaganda, publicidade, patrocínio, advertências sanitárias, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal, preços e impostos.

A CQCT tem ações específicas para cada setor relacionado ao ciclo do controle do tabaco. A sua estrutura textual é formada com as seguintes partes: Introdução; Objetivos, princípios norteadores e obrigações gerais; Medidas relativas à redução da demanda de tabaco; Medidas relativas à redução da oferta de tabaco; Proteção ao Meio Ambiente; Definição das Responsabilidades; Cooperação Científica e Técnica e Comunicação de Informação; Mecanismos Institucionais e Recursos Financeiros; Solução de Controvérsias e Desenvolvimento da Convenção.

No Quadro 2, explana as principais informações sobre as medidas da CQCT.

Quadro 2 – Ações da CQCT

Medidas da CQCT	Descrição	Artigos
Redução da demanda de tabaco	Medidas relacionadas a preço e impostos; proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; regulamentação do conteúdo, da divulgação das informações dos produtos do tabaco; regulação da embalagem e etiquetagem de produtos do tabaco; educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; medidas relativas à dependência e ao abandono do tabaco.	Art. 6 a 14
Redução da oferta de tabaco	Combate ao comércio ilícito de produtos de tabaco, proibição da venda de produtos de tabaco para crianças e adolescentes, apoio a atividades alternativas economicamente viáveis.	Art.. 1, 16 e 17
Cooperação científica e técnica e comunicação de informação	Pesquisa, vigilância e intercâmbio de informação; apresentação de relatórios e intercâmbio de informação; cooperação científica, técnica e jurídica e prestação de assistência especializada.	Art. 20 a 22
Proteção ao meio ambiente	Proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas.	Art..18
Responsabilidade	Medidas legislativas e legais para tratar da responsabilidade penal e civil.	Art..19
Mecanismos institucionais, recursos financeiros e desenvolvimento da convenção	Organização e manutenção dos mecanismos institucionais e financeiros da CQCT.	Art. 22 a 29

Fonte: Elaboração pela autora com base em dados do INCA (2011).

Outro aspecto relevante da CQCT é a proposta de proteger as pessoas que não fumam, em especial os trabalhadores e as crianças, a partir das diretrizes que orientam os Estados-Partes a proibirem o fumo em ambientes públicos fechados, em todos os ambientes fechados de trabalho e em todos os transportes públicos. A CQCT da OMS determina que os Estados tomem medidas eficazes, como a criação de lei proibitiva e a conscientização das pessoas (Gomes, 2014).

Entretanto, mesmo diante da ampla ratificação da CQCT, havia um desafio para a OMS e os Estados participantes, que é o de garantir a efetiva aplicação de seus preceitos. E, em 2008, por meio do primeiro relatório da OMS sobre a epidemia global do tabaco, foi apresentado MPOWER⁴, como medidas incidentes na aplicação de um conjunto de ações e intervenções públicas, com custo-benefício comprovado, para o controle do tabaco. Os elementos de sua

⁴ Se constitui um acróstico: Monitor (monitor: monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção); P (protect: proteger a população contra a fumaça do tabaco); O (offer: oferecer ajuda para cessação do fumo); W (warn: alertar sobre os perigos do tabaco); E (enforce: fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio); R (raise: aumentar os impostos sobre o tabaco) (Borges, 2020, p.12).

composição estão voltados à diminuição da demanda e da oferta de produtos tabagistas. Cada letra do acróstico reproduz e sintetiza uma política presente no texto da Convenção (Borges; Menezes; Souza, 2020).

Desta forma, a CQCT (2011), através do seu artigo 5.3, expressa que é necessário implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses da indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.

O foco desse estudo será concentrado nas medidas de redução da demanda e a proteção do meio ambiente, tendo em vista que o objetivo é analisar a PNCT em uma unidade hospitalar inserida no SUS.

2.1.3 Política de Controle do Tabaco no Brasil: evolução e contexto histórico

O cenário sociopolítico estabelecido no Brasil, em meados de 1980, foi determinante para a materialização das ações de controle do tabagismo e para iniciar um percurso na construção de uma política pública. Entre os principais acontecimentos que ampararam esse processo estão o movimento da Reforma Sanitária, a promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, e a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei n. 8.080/1990.

Castilho e Souza (2018, p. 3) legitima que a consolidação da política pública de saúde no Brasil ocorreu da seguinte forma:

a partir das manifestações do movimento da sociedade civil organizada, em especial, o Movimento Sanitário e o Movimento Popular de Saúde, que questionavam não só a qualidade dos serviços prestados, como também reivindicavam a própria gestão e organização da política de saúde, entendidos como um processo primordial para a qualidade de vida da população.

Gonçalves (2009) aborda que, no Brasil, as pesquisas relacionadas ao tabagismo só passaram a ocorrer com o apoio das associações médicas, intensificando a discussão sobre a necessidade da temática se tornar política de saúde estatal, o que vem acontecer na década de 1980. É nesse período que surgem as primeiras pesquisas epidemiológicas, que se constituem em fundamento do movimento antitabagista dos médicos brasileiros, sobretudo pneumologistas. Outros atores dessa narrativa foram o segmento religioso da Igreja protestante, que apoiou e contribuiu para massificar as pesquisas científicas antifumo, entre a população.

O movimento da campanha antitabagismo, ganha notoriedade e começa a se configurar em políticas para reduzir o consumo do cigarro. Os momentos mais significativos desse processo estão descritos no quadro 3.

Quadro 3 – Linha do tempo para implementação da PNCT

ANO	EVENTO
1960	As primeiras ações relacionadas ao controle do tabagismo no país tiveram início nessa década a partir de discussões sobre as doenças tabaco-relacionadas.
1980	Realização da 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo e a formação do grupo.
1986	Criação do Programa Nacional Contra o Fumo (PNCF).
1989	O Instituto Nacional de Câncer (INCA) assumiu a coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabaco e passa a promover atividades.
1999	Instituída a Comissão Nacional para Controle do Tabaco através do decreto nº 3.136/9. Seu objetivo é preparar a participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco.
1999	Foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que favoreceu a fiscalização dos produtos derivados do tabaco.
1999 a 2003	O Brasil ganha reconhecimento internacional e é convidado para coordenar o processo de elaboração da Convenção-Quadro.
2003	Criação da Comissão Nacional ⁵ , mediante Decreto nº 9.944, para a implementação do Conicq com a característica de um caráter executivo. Ressalta-se que após 10 anos, este decreto é revogado e substituído pelo decreto 11.672/2023.
2004 a 2005	Realizadas audiências públicas fora do Congresso Nacional para discutir a implementação da CQCT no Brasil.
2005	A adesão do Brasil à CQCT/OMS foi formalmente ratificada pelo Senado Federal, através do decreto nº 5658, e a implementação nacional desse tratado estabelece a categoria de política de Estado denominada Política Nacional de Controle do Tabaco.

Fonte: Elaboração pela autora com base em Portes *et al.* (2018) e Ministério da Saúde (1999, 2023 e 2025).

O Brasil foi o centésimo país a ratificar a Convenção-Quadro, em um processo influenciado por diversos aspectos e atores, conforme pode-se verificar no quadro 4. A tramitação teve início em 27 de agosto de 2003, quando o então Ministro da Saúde, Humberto Costa, apresentou o texto da CQCT na Câmara dos Deputados, sendo incorporado ao Projeto de Decreto Legislativo (PDL) 602/2004. A demora desta confirmação foi ocasionada pela forte pressão da indústria do fumo, contudo o Brasil também sofreu de influências de atores internacionais e nacionais para acelerar o trâmite da aprovação do referido tratado (Rangel, 2011).

Em resposta, o Ministério da Saúde, por meio da Conicq, mobilizou setores da sociedade civil nacional e internacional para impulsionar o debate, por meio de audiências públicas fora

⁵ Formada por diversos segmentos governamentais e tem como presidente o Ministro da Saúde.

do Congresso Nacional, no período de setembro de 2004 a outubro de 2005; os locais escolhidos foram os municípios de pequenos produtores de fumo (Rangel, 2011).

As audiências públicas caracterizavam um espaço de debate aos vários atores e instituições envolvidas no processo de ratificação da CQCT, com vistas a ampliar a discussão entre os envolvidos a favor e o contra. Basicamente profissionais da saúde, sociedade civil organizada e outros atores defendiam a necessidade da política de controlar os danos do cigarro e melhorar a saúde das pessoas. E do lado oposto à indústria e à associação dos fumicultores em defesa de continuar a cultivar, produzir e vender o cigarro para obter lucros sem se preocupar com danos acarretados por esse consumo.

Borges, Menezes e Souza (2020) expressam que as empresas do tabaco atuam não apenas diretamente no *lobby* junto aos tomadores de decisão, mas também na construção de redes de apoio e grupos de pressão que buscam retardar ou impedir mudanças nas regras de controle e no consumo de tabaco.

Quadro 4 – Principais atores envolvidos no processo de ratificação da CQCT da OMS

Item	Atores envolvidos na Ratificação da CQCT da OMS	Órgãos e Instituições envolvidos
1	Governos federal, estadual e municipal.	Ministério da Saúde (em especial, INCA e Anvisa), outros representantes da Conicq, com destaque para o MDA, MPA e Casa Civil Governadores e prefeitos; Promotoria do Ministério Público do Trabalho do Paraná
2	Parlamentares do Congresso Nacional, Assembleias Legislativas e Câmaras de Vereadores.	Senadores, deputados federais, estaduais e vereadores municipais.
3	Sociedade Civil Organizada (inclui sociedades médicas e de profissionais da saúde).	ACTBR, Deser, SBOC, SBPT, AMB, Amrigs.
4	Imprensa (principais)	Governo Federal: TV Senado, Jornal do Senado São Paulo: Folha de São Paulo, O Estado de São Paulo Rio Grande do Sul: Zero Hora, Gazeta do Sul Santa Catarina: Diário Catarinense Bahia: A Tarde Minas Gerais: O Tempo.
5	Indústria fumageira.	Souza Cruz, Philip Morris, Sindifumo.
6	Associações ou representantes de fumicultores.	Afubra, FETRAF-SUL, Projeto Esperança Coesperança da Cáritas, CUT, Contag, FETAESC, FETA Paraná, CNA, Farsul, FAEP, Fetag, Fetaep.

Fonte: Rangel (2011).

Diante desse cenário, tornou-se necessário adotar estratégias para proteger e preparar os agricultores que cultivam fumo e suas famílias, tendo em vista que o Brasil é um grande

produtor de tabaco, essa atividade envolve em grande parte os pequenos agricultores rurais, desta forma conjuntamente com a ratificação da presente convenção-quadro foi lançado o “Programa de Apoio à Diversificação Produtiva nas Áreas Cultivadas com Fumo”, sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Agrário (Brasil, 2010).

Após intenso debate, a CQCT/OMS foi implementada e esse tratado estabelece a categoria de política de Estado denominada Política Nacional de Controle do Tabaco, por meio do Decreto nº 5.658/2006. Essa Política intersetorial encontra-se coordenada pelo Ministério da Saúde e sua efetivação é amparada pelos princípios e diretrizes do SUS. A partir desse momento, a CQCT é adotada integralmente no Brasil. As medidas e ações organizam e impulsionam a PNCT.

Para ser executada no país, a PNCT instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabaco. O Inca é órgão responsável por conduzir o Programa e determinar um modelo específico para cada nível de atenção à saúde, ou seja, atenção básica, média e de alta complexidade (Brasil, 2024).

O Inca juntamente com Ministério da Saúde vem publicando portarias que direcionam o tratamento do tabagismo na rede SUS, a partir desses documentos oficiais definem formas de abordagem para o tratamento, plano para implantação, protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, materiais de apoio, medicamentos, formas de adesão ao tratamento do tabagismo, além de definir o financiamento dos procedimentos a serem utilizados (Brasil, 2021).

A PNCT contou com uma estrutura normativa que contribuiu para o aparato legal direcionado ao controle do tabagismo, conforme pode ser visualizado no quadro 5.

Quadro 5 – Normativas direcionadas ao Controle do Tabagismo no Brasil

LEI	DESCRIÇÃO
Lei nº 9.294/1996	Restringe a propaganda, proibição do fumo em locais fechados e fortaleceram a regulamentação dos produtos do tabaco. Acentua-se nessa lei, após determinação da Anvisa em 2001, o uso das advertências sanitárias em todas as embalagens de produtos derivados do tabaco e a proibição do ato de fumar em locais fechados, nesse período, criam-se espaços de fumódromos para pessoas fumantes em área aberta.
Lei nº 12.546 de 14 dezembro de 2011 (essa lei altera a nº 9.294/96)	Expressa a criação de ambientes livres da fumaça do tabaco para proteção do tabagismo passivo recomendado pela CQCT, sua proposta recomenda o banimento do ato de fumar em ambientes fechados como a única forma de proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, e com isso não são mais aceitos as áreas de fumódromos.
Lei nº 10.167/2000	Retrata medidas de proibição da publicidade nos meios de comunicação e a limitação da exposição dos produtos nos pontos de venda, visto que a indústria do cigarro começa a investir nesses locais para se tornarem mais atrativos para o comércio do seu produto.

Fonte: elaborada pela autora a partir das referências do Ministério da Saúde (1996, 2000 e 2011).

No que se refere ao processo educativo da PNCT, são estabelecidas datas específicas em alusão temática, o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio). Além disso, também foi constituído o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco para monitorar tal política. (Portes *et al.*, 2018).

Sobre atividades de pesquisa e vigilância, o Inca tem exercido o papel de centro colaborador da OMS desde 1997. No Brasil também existem estudos periódicos da Vigitel desde 2006 e a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (Petab) que acontece desde 2008. Ressalta-se ainda a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) em 2009, 2012 e 2015; a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 e o Projeto Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco (Projeto ITC) em 2009, 2012 e 2016/17 (Portes *et al.*, 2018).

Constata-se que essa política se tornou próspera, conseguiu contribuir e implementar várias medidas da CQTC relacionadas à demanda, oferta, cooperação científica e comunicação, contribui também para a proteção ambiental e a responsabilidade através da elaboração dos preceitos normativos.

Apesar desses avanços, no ano de 2024 o Brasil inicia um aumento significativo do número de fumantes no curto período de um ano (2023 a 2024), esse contexto se configura em um desafio para ocorrer ações que consigam diminuir o número de fumantes, a partir da intensificação das ações estabelecidas na Política, com a continuidade de expansão do Programa Nacional de controle do tabagismo nas diversas áreas de atenção à saúde do SUS.

Durante esse capítulo foi dissertado sobre a importância de uma política pública para controle do tabaco em âmbito internacional, CQCT, e nacional, PNCT. Foi evidenciada a sua construção, as arenas estabelecidas e o processo de implementação e concretização a partir do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Os dados atuais remeteram a visualização da importância da continuidade dessa política pública na contemporaneidade.

O próximo tópico se dispõe a apresentar as características do local do estudo de caso. Visa, ainda, obter uma maior aproximação com o processo de análise da implementação da referida política em um hospital universitário com o propósito de oferecer subsídios para estudar a ação institucional no que se refere ao controle do tabaco.

2.2 HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE COMO UM ESPAÇO ESTRATÉGICO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO

Esta seção irá caracterizar o local de estudo dessa pesquisa com a finalidade de apresentar o HC-UFPE/Ebserh e seu contexto organizacional, bem como indicar essa instituição como um espaço propício para implementação da PNCT.

2.2.1 Panorama e contexto institucional

O HC-UFPE encontra-se sob a administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), uma instituição pública com personalidade jurídica de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC). Segue as diretrizes da Portaria Interministerial n. 285, de 24 de março de 2015, que regula o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (Brasil, 2015).

Enquadra-se na denominação de hospitais-escola, definidos pelo Ministério da Saúde (MS) como Hospitais Universitários (HU) e cumprem um papel significativo na área de inovação assistencial e na inclusão de tecnologias em saúde dentro do SUS. Classifica-se como unidades de referência para procedimentos de alta complexidade, oferecendo assistência hospitalar à comunidade a partir de procedimentos cobertos pelo SUS. Além disso, desenvolve ações relacionadas ao ensino, à pesquisa, à extensão e à formação de profissionais na área da saúde pública (Brasil, 2024).

A criação da Ebserh foi autorizada pela Lei n. 12.550/2011, organizando a gestão dos hospitais universitários federais por meio de contratos firmados em 2013, sendo em 2014 oficializada essa administração. O HC-UFPE/Ebserh proporciona uma assistência em saúde aos usuários do SUS, referenciados pela regulação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco e por encaminhamento das clínicas especializadas que se encontram no próprio hospital. Conta com 32 habilitações, destacando-se em áreas como cirurgia bariátrica, oncologia, atenção ao processo transexualizador e transplantes renais (Brasil, 2024).

Os serviços compreendem apoio diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, exames laboratoriais, serviços de imagem, exames de alta tecnologia, quimioterapia, hemodiálise, cirurgias de alta complexidade e outros serviços especializados; além de atendimento ambulatorial e a existência de 315 leitos para internação. O hospital efetua mensalmente mais de 22 mil consultas ambulatoriais e 956 internações. Oferece, também, 51 especialidades presenciais e 21 por teleconsultas (Brasil, 2024).

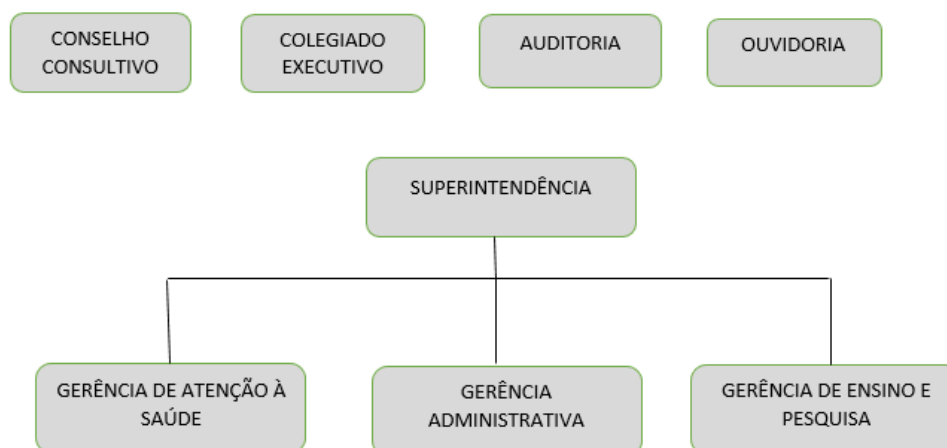
A partir dos dados informados pela Unidade de Desenvolvimento de Pessoas, Unidade de Suporte Operacional e Setor de Hotelaria Hospitalar do HC-UFPE/Ebserh (2025), verifica-se que o quantitativo de profissionais no hospital perfaz 2.952 colaboradores, incluindo 1.049 servidores estatutários (RJUs), 1.595 empregados públicos (Ebserh), 273 profissionais terceirizados (contratos temporários) e 35 voluntários.

O perfil dos usuários se caracteriza por um público de 65,35% do sexo feminino e 34,65% do sexo masculino, tendo a faixa etária de crianças e jovens, até 19 anos, uma participação de 17% do total de usuários; 53% são adultos com idade entre 20 e 59 anos e 30% idosos com idade acima de 60 anos. Constatase que 68% são residentes na Região Metropolitana do Recife, 14% na Zona da Mata, 12% no Agreste e apenas 6% no Sertão pernambucano (Brasil, 2024).

Como hospital de ensino, recebe cerca de 590 estudantes provenientes dos cursos técnicos, de graduação e pós-graduação na área de saúde e afins, provenientes da UFPE e de instituições públicas conveniadas. Conta com 54 programas de residência, sendo 45 em medicina, 5 em enfermagem, 1 em nutrição e 3 em áreas multiprofissionais, totalizando 357 residentes. Na área de pesquisa e na inovação em saúde, apresenta 1.757 pesquisadores cadastrados e 164 projetos aprovados no ano de 2023 (Brasil, 2024).

Em relação à estrutura organizacional do Hospital das Clínicas – UFPE/Ebserh observa-se uma estrutura constituída de conselhos, colegiados, setores responsáveis pelo controle interno e ouvidoria, além de gerências, divisões, unidades e setores diversos para abranger as demandas de um cuidado em saúde de alta complexidade, conforme observa-se nas figuras 1 e 2 a seguir.

Figura 1 – Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas – UFPE/Ebserh



Fonte: Hospital das Clínicas – UFPE/Ebserh (2025).

Observa-se que a estrutura organizativa do HC-UFPE/Ebserh se apresenta hierarquicamente. No alto da hierarquia institucional estão situados o Conselho Consultivo, o Colegiado Executivo, a Auditoria e a Ouvidoria, e logo abaixo está a Superintendência. Existem três gerências, assim especificadas: de atenção à saúde, administrativa e de ensino e pesquisa⁶.

A Ebserh possui na sua organização 45 hospitais que compõem uma rede e para o desenvolvimento de suas práticas estabelece uma gestão estratégica a partir da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Seu objetivo é “consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS”. Seu ciclo atual, PDE 2024-2028, define metas para a área oncológica, qualificação de docentes, colaboradores e preceptores; pesquisa, sustentabilidade ambiental, transformação digital e segurança cibernética, além da eficiência em compras e contratações (Ministério da Saúde, 2024).

Em relação aos dados epidemiológicos do referido hospital, evidencia-se um quantitativo de mortes relacionadas com as DCNT entre os anos de 2021 a 2024, conforme observa-se na Tabela 1:

Tabela 1 – Mortes por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no HC-UFPE/Ebserh

Ano	Doenças do Aparelho Respiratório	Doenças do Aparelho Circulatório	Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	Neoplasias (Tumores)	Total
2021	12	25	16	165	391
2022	10	12	14	144	303
2023	5	27	14	176	365
2024	22	29	10	204	392
Total	49	93	54	689	1.451

Fonte: Vigilância epidemiológica do HC (2025).

Analisa-se que o número de mortes informadas na tabela 1 expressa que houve uma diminuição relacionada à mortalidade desses números nos anos de 2022 e 2023, com um leve aumento no ano de 2024. Em todos os anos, o maior percentual de mortes foi por neoplasias. Verifica-se que o menor índice foi para a doença respiratória, com exceção do ano de 2024, que obteve o menor percentual de 2,55% para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

Sobre o quantitativo de DCNT por ano, obtém-se no ano de 2021, um total de 218 (55,75%) mortes no hospital; em 2022, há 180 (59,40%); em 2023, um número de 222 (60,82%); e no ano de 2024, foram 265 (67,60%). Esses dados da tabela 1 evidenciam que o

⁶ Cada gerência tem atividades e departamentos que podem ser vistos diretamente no site do HC, disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/estrutura-organizacional-1/organograma2025.pdf>.

percentual de mortes por essas doenças a partir dos anos avaliados (2021 a 2024) tem crescido ano a ano. Além de destacar que nos dois últimos anos o percentual fica próximo, em 2023 (60,82%) e maior em 2024 (67,60%), do percentual de 63% da causa de morte das DCNT em âmbito mundial, conforme informado na justificativa desse estudo.

É importante ressaltar que HC-UFPE/Ebserh é um estabelecimento de saúde referência do SUS para a área de oncologia, por isso existem muitos atendimentos e, consequentemente, falecimentos nessa especialidade.

Legitima-se a afirmação de Albertasse e Siqueira (2013) que, embora existam evidências científicas sobre a relação causal entre tabaco e doenças graves, o sistema de saúde tem dado mais ênfase ao tratamento dessas doenças, que consomem recursos financeiros elevados e deixam em segundo plano programas preventivos ou de cuidado dos fatores de risco à saúde.

Considera-se, também, que em uma unidade hospitalar é necessário compreender e avaliar os processos de trabalho, amparados a partir dos princípios do SUS, com a perspectiva de ir além do modelo biomédico hegemônico, que reduz o fazer em saúde a intervenções voltadas para a cura e controle dos sintomas, a partir da fragmentação e da medicalização do cuidado (Santos; Mishima; Merhy, 2018).

2.2.2 Um espaço estratégico para a Política de Controle do Tabaco

Os hospitais integram um conjunto de instituições da atenção de alta complexidade, conceituadas como unidades complexas que apresentam uma estrutura tecnológica disponível para atender pacientes com condições agudas, crônicas ou com complicações de seu estado de saúde, por isso necessitam de assistência continuada em regime de internação e ações que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2013).

Para Almeida (2021), atualmente no SUS, verifica-se uma deficiência de investimento no que se refere a saúde básica e prevenção, caso ocorresse melhores ações nessa área o sistema de saúde teria um menor gasto, contudo pela ausência de recursos nessa atenção, ocasiona-se um aumento na busca por atendimentos de saúde de média e alta complexidade, que são efetivamente mais onerosos.

Ao falar de prevenção em um serviço hospitalar, entende-se na perspectiva de uma prevenção terciária, ou seja, prevenir durante o processo de cuidado de pessoas que já possuem

alguma doença e encontram-se internadas por uma piora no seu quadro clínico, e caso elas não sejam devidamente tratadas e orientadas, acarretará em um agravamento no seu quadro de saúde ou mesmo no aparecimento de outras doenças.

Para melhor organização da rede hospitalar no âmbito do SUS, foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), estabelecendo as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. A PNHOSP estabelece que a assistência hospitalar no SUS, pública ou privada, deve ser organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir um atendimento multiprofissional, atuando na organização do cuidado e na regulação do acesso aos serviços, norteados pela qualidade e pela segurança do paciente (Brasil, 2013).

O HC-UFPE/Ebserh abrange várias especialidades na área clínica, o que traz desafios para gerir uma gama de políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde. No contexto de análise da Política de Controle do Tabaco em um hospital universitário, possui um *lócus* privilegiado para sua implementação, visto que combina a assistência em saúde e a função na área de educação que é de qualificar a formação dos profissionais do SUS.

Ao pesquisar a PNCT em um hospital universitário, é necessário abordar que, a partir do ciclo de políticas públicas, a fase da implementação se constitui em uma fase essencial para entender como as decisões são tomadas em âmbito local e como elas são transformadas durante o processo de execução até a fase da efetivação da política. Outro ponto relevante a analisar nessa etapa é a função dos burocratas de alto, médio e da base, visto que é preciso compreender as diferentes formas de envolvimento desses atores que possuem interesses diversos.

A organização de uma política específica como a PNCT, seja em âmbito regional, estadual ou municipal, assim como a rede de atenção e os serviços que prestam o cuidado à saúde, sofre influência da conjuntura de determinada época. A efetivação do SUS está direcionada a partir dos desafios da contemporaneidade e das suas conexões com a agenda, a formulação, o grupo de interesses envolvidos para implementação de uma política nesta área.

O cenário é marcado por uma política de saúde que se manifesta por meio de processos de:

tecnificação da saúde, ampliação restrita do acesso, ênfase em uma assistência precarizada, focalizada e emergencial, além da privatização e mercantilização da saúde pública. Observa-se também a precarização e superexploração do trabalho no setor público de saúde, uma promoção da saúde limitada e o aumento do tensionamento nos espaços de participação social (Soares, 2020, p. 270).

No percurso dessa construção, Cavalcanti (2016) expressa que essas condições evidenciam as particularidades da PNCT em um contexto de contrarreforma do Estado,

representando um desafio significativo no momento da implementação dessa política em uma instituição de alta complexidade.

Nessa perspectiva, analisar a execução das políticas em um hospital universitário que oferece serviços de média e alta complexidade requer compreender os desafios dessa instituição, seus usuários e as dificuldades de acesso aos serviços ofertados pelo SUS.

Portes (2020) descreve que o momento da implementação de PNCT requer a escolha de múltiplas estratégias em virtude do envolvimento de atores com interesses variados (decisões políticas, burocratas, sociedade civil, entre outros) e de consumidores em diferentes perfis etários, socioeconômicos e culturais. Diante desse contexto, o autor reflete que tabagismo demanda ações abrangentes e intersetoriais que não se restringem à área de saúde.

Outra reflexão importante é que para se referenciar sobre a implementação da PNCT em hospital de ensino, se faz necessário perceber um processo dinâmico e não linear. Nesse sentido, Wipfli *et al.* (2004) propõem um modelo baseado em três pilares para aferir tal efetivação na área de saúde, tais como: evidências sobre os prejuízos do tabagismo e os impactos das medidas de controle; estruturação de políticas e programas nos sistemas de saúde; e formação de redes intersetoriais e lideranças para o controle do tabaco.

Portes (2020) acrescenta que, segundo Mahoney e Thelen (2010), as mudanças institucionais podem ocorrer de diferentes formas, podendo haver mudanças de regras, associação de novos elementos ou mudança da aplicação de normas já existentes. Essas particularidades institucionais e o contexto político influenciam essas mudanças que são incrementais.

Além disso, é necessário considerar que, como descrito nesse estudo, o controle do tabaco possui um impacto relevante na área de saúde; desta maneira, precisa de ações amplas e intersetoriais para obter uma melhor compreensão. O cumprimento da PNCT é indispensável em uma instituição de saúde, porque oferece benefícios a toda a comunidade hospitalar, visto que melhora a qualidade de vida, a saúde e a segurança de pacientes, acompanhantes, profissionais, residentes e estudantes.

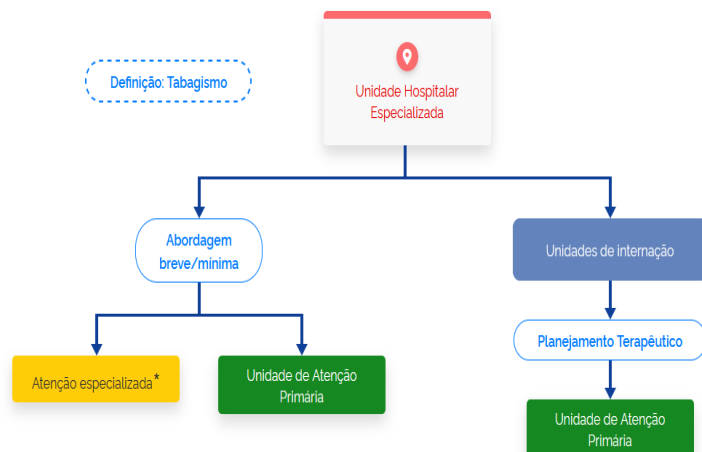
Para o Inca (2021), quando o gestor se propõe à habilitação do programa de tratamento do tabagismo⁷, ele assume o compromisso de organização das ações para o cuidado da pessoa tabagista que se encontra estabelecida na PNCT. O Programa Nacional de Controle do

⁷ Portaria GM/MS n. 502, de 1º de junho de 2023

Tabagismo desenvolve três ações: Prevenção da iniciação, Cessação do tabagismo e Promoção de ambientes livres de tabaco (Brasil, 2021)⁸.

A figura 2 mostra o fluxograma da unidade hospitalar especializada para atendimento de pacientes tabagistas que se encontram internados.

Figura 2 – Fluxograma da Unidade Hospitalar Especializada



Fonte: INCA, 2021.

Observe-se que todo profissional de saúde pode fazer abordagem mínima do fumante durante atendimento em ambulatório e, em seguida, pode direcionar fazendo a contrarreferência para atendimento no município ou na rede básica. No caso de paciente internado, o modelo estabelece a necessidade de um plano terapêutico do paciente tabagista e, após alta, encaminhar para a unidade básica.

O SUS a partir da portaria GM/MS n. 908/2022 organiza os serviços referentes ao cuidado à pessoa tabagista em todos os níveis de atenção à saúde, estabelecendo assim uma rede de atendimento. Sua finalidade se constitui em contribuir para a cessação do tabagismo, de modo a reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco e seus derivados.

Segundo Carrión *et al.* (2022), a cada ano, milhões de fumantes são hospitalizados por doenças tabaco-relacionadas. O internamento pode constituir uma oportunidade para parar de

⁸ O Programa de cessação do tabagismo na Unidade Especializada – hospitalar possibilita a Abordagem breve/mínima: A Unidade hospitalar é um ponto de atenção importantíssimo para identificar pacientes tabagistas. Os pacientes devem ser referenciados para programa de cessação na Atenção Primária à Saúde ou, caso ele seja disponível na própria unidade especializada. O Planejamento terapêutico: O paciente inicia as medidas terapêuticas neste ponto de atenção, e é encaminhado para acompanhamento na Atenção Primária à Saúde/Unidade especializada (Ministério da Saúde, 2021)

fumar a partir da implementação de um programa de cessação tabágica. Essa situação, contribui para que os pacientes fumantes hospitalizados possam melhorar sua saúde, facilitar a convivência durante o internamento e fazer cumprir o que determina a legislação que ambientes de saúde devem ser livres da fumaça do cigarro.

Nolan *et al.* (2019) evidenciaram que intervenções direcionadas a um cuidado ao paciente tabagista que combinam aconselhamento com acompanhamento pós-alta podem ser determinantes e eficientes para o paciente.

No Brasil, quase não há estudos sobre o processo de implementação de protocolos hospitalares para a cessação do tabagismo, e apenas uma pequena parcela dos hospitais adota diretrizes estruturadas para identificar e tratar esses pacientes. Diante dessa realidade, é necessário fortalecer-se por meio de um maior investimento em pesquisas e capacitação profissional para garantir que o cuidado com o paciente tabagista se torne parte integrante da assistência hospitalar (Pacheco, 2025).

Face ao exposto, o HC-UFPE/Ebserh é um espaço privilegiado e estratégico para implementação da PNCT devido à possibilidade de reunir duas políticas que se complementam, saúde e educação. Evidenciamos no estudo que a conjuntura atual dificulta a execução dessa política; entretanto, conduzir ações com ênfase nos pacientes tabagistas e na incorporação de orientações sobre o tema é uma exigência legal, visto que o Brasil é signatário da CQCT.

Outro ponto relevante é que essa política oferece benefícios significativos ao sistema de saúde, no que tange à redução de custos e à melhora na qualidade de vida da população. Também se torna relevante pelo fato de que o hospital universitário forma profissionais alinhados às necessidades e às especificidades do SUS, bem como encaminha constantemente esses mesmos profissionais para compor a rede de saúde, seja ela pública ou em caráter complementar.

2.3 ESTUDOS ANTERIORES

Para responder ao problema e direcionar os objetivos desse estudo, foi realizada uma revisão de literatura sobre a implementação da PNCT em uma instituição hospitalar. A análise foi por meio digital na base de periódicos do CAPES, Scielo, a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – BVS/MS. Também buscou informações sobre a temática em livros, teses, dissertações e publicações de especialistas da área.

A PNCT tem sido objeto de análise de alguns autores devido à sua complexidade, aos resultados sanitários positivos e à sua continuidade institucional no País. Portes (2020) aborda aspectos teóricos, legislativos e da política de saúde pública relacionada à PNCT. Faz um estudo de 30 anos dessa política (1986 a 2016) e inicia com avaliação sobre o cenário internacional e a direção em âmbito nacional que resultaram em progressos, alcances e desafios.

O referido autor destaca, também, na sua análise, a articulação desta no SUS, por meio do envolvimento entre Inca, a Anvisa e a Conicq. Outro ponto de relevância é a participação da sociedade civil e da CQCT durante todo o processo.

Em relação à determinação em saúde, Figueiredo et al. (2017) dialogam sobre o impacto do tabagismo em várias áreas como saúde, economia, sociais e ambientais. Relaciona o tabagismo como um fator de desigualdade em saúde e avalia que sua diminuição pode proporcionar a redução da pobreza.

Observa-se que os impactos na saúde relacionados ao tabagismo se encontram presentes na maioria dos países em desenvolvimento, sendo mais prevalente entre pessoas com menor nível de escolaridade e de vulnerabilidade socioeconômica, fato que contribui para o aumento das desigualdades sociais.

As dificuldades na implementação da PNCT são reforçadas por Carvalho (2009), quando descreve os limites para sua execução, tais como a fragmentação das ações, a falta de financiamento estável e a insuficiente articulação intersetorial. Salienta a importância da capacitação de profissionais de saúde, da oferta de tratamento ao tabagista e da integração entre os níveis de atenção como forma de contribuir para sua efetivação.

Essa política não está livre de dificuldades políticas e administrativas que comprometem sua consolidação. Por isso, a importância de abordar o tabagismo de forma articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde (básica, média e alta complexidade), estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência conforme preconizado pelas diretrizes da política de saúde brasileira.

Nesse sentido, Portes *et al.* (2018) demonstram que a efetividade da PNCT é resultado da significativa redução da prevalência do tabagismo no país a partir de ações de evidência científica, mobilização social e regulação do Estado. No entanto, reconhece-se como desafios a limitada diversificação econômica das regiões produtoras de tabaco, especialmente no Sul do Brasil, o combate insuficiente ao comércio ilegal de cigarros e a contínua influência da indústria tabágica nas decisões de controle do tabaco.

Proporcionar estudos na área, assim como fortalecer a atuação do movimento social organizado, pode favorecer a efetividade das ações dessa política no Brasil. Ressalta-se que a indústria do cigarro atua para reduzir as ações necessárias para a diminuição do consumo do tabaco.

Na economia, Pinto *et al.* (2024) focam nos custos sociais e sanitários do tabagismo. Sugere o aumento da tributação sobre os cigarros como uma medida estratégica eficaz para reduzir o consumo e aliviar a sobrecarga sobre o sistema de saúde.

A autora aponta uma possibilidade de redução do consumo do cigarro com aumento de impostos; contudo, não faz referência em seu estudo à relação entre o aumento de impostos e o crescimento da procura por cigarros que entram ilegalmente no país.

Ao pesquisar a PNCT em um hospital, é preciso considerar que o seu controle possui um impacto na área de saúde, por isso ações amplas e intersetoriais nessas instituições são necessárias para obter uma melhor efetivação.

Na área hospitalar, Carrión *et al.* (2022) indagam a função estratégica dos hospitais na cessação do tabagismo. Propõe a criação de protocolos institucionais para aconselhamento, terapias e acompanhamento pós-alta. Apresenta que o momento da hospitalização pode ser utilizado como oportunidade de intervenção. Observa-se que o estudo enfoca no cuidado do paciente tabagista, contudo não aprofunda sobre o processo de implementação institucional.

Essa experiência descrita pelo autor supracitado refere-se a um hospital espanhol que possui diretrizes semelhantes a brasileira, ou seja, sistema nacional público, universal e gratuito.

Por conseguinte, Nolan *et al.* (2019) avaliam a relação entre cessação do tabagismo e redução dos custos com saúde após a hospitalização. Demonstra que os pacientes que pararam de fumar após a alta hospitalar resultam em economia significativa no período de 12 meses. A pesquisa ocorre no contexto hospitalar dos Estados Unidos, fato que difere das diretrizes do SUS. Ressalta-se a importância de integrar o tratamento do tabagismo em hospitais, com vistas a saúde das pessoas e de redução de gastos, contudo também não relata o processo de construção e execução.

Nessa perspectiva, analisar a execução das políticas em um hospital universitário requer compreender a forma de organização e atuação dessa instituição, devido à sua estrutura tecnológica, diversidades de políticas inseridas na sua rotina, corpo profissional e ao perfil dos usuários com condições graves de saúde.

Dessa forma, a literatura estudada aponta que a concretização da PNCT em hospitais universitários como o HC-UFPE/Ebserh necessita não apenas de diretrizes bem formuladas,

mas também de uma compreensão das dinâmicas institucionais e das percepções da burocracia que a operacionalizam.

Para o contexto, é importante ressaltar que não se localizaram artigos e trabalhos científicos sobre a implementação da PNCT na área hospitalar na literatura nacional. Existem estudos que tratam de cuidados relacionados à área clínica ou mesmo em programas de controle do tabaco a nível municipal. Diante disso, recorreu-se a trabalhos científicos internacionais; entretanto, também não informam como foi realizado o processo de efetivação nos hospitais avaliados.

Por fim, entende-se como uma lacuna na pesquisa, por limitar a análise devido à ausência de estudos sobre a especificidade dessa temática na realidade do SUS.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a realização desta pesquisa, adotou-se como abordagem a pesquisa qualitativa, por ser mais adequada para interpretar e compreender a percepção dos diferentes níveis de burocracia hospitalar, respondendo satisfatoriamente aos objetivos do estudo.

O método qualitativo, segundo Sarapioni (2004), facilita a identificação de contextos específicos e auxilia no desenho de políticas e ações de saúde. Esse método permite interpretar como as políticas públicas afetam os indivíduos envolvidos (Batista; Domingos, 2017).

Quanto ao objetivo, a pesquisa foi definida como exploratória e descritiva: exploratória, para buscar compreender e aprofundar o conhecimento sobre a implementação da PNCT em um hospital universitário, e descritiva, para apresentar as características dos gestores e profissionais envolvidos no processo.

A pesquisa descritiva, de acordo com Gil (2008), busca apresentar características de determinadas populações ou fenômenos. Já a pesquisa exploratória, conforme Cervo e Silva (2006), orienta a investigação por meio de critérios, métodos e técnicas que permitem a formulação de hipóteses.

Em relação aos procedimentos, desenvolveu-se um estudo de caso, adequado ao objeto e objetivos da pesquisa. Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma abordagem de pesquisa abrangente, que pode ser aplicada tanto às disciplinas acadêmicas tradicionais quanto às disciplinas acadêmicas tradicionais quanto às áreas práticas, como políticas públicas. Essa metodologia permite explicar vínculos causais em intervenções reais que são complexas demais para abordagens experimentais ou levantamentos.

Embora tenha limitações, como o tamanho da amostra e a dificuldade de generalização, o estudo de caso é considerado promissor para análises específicas de desempenho (Meyer; Vorsanger, 2010). Ele fornece acesso detalhado às realidades em que as políticas públicas são inovadoras.

Os dados foram encontrados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre março e abril de 2025, compostas por perguntas abertas e fechadas, captando as percepções dos entrevistados sobre o tema em análise (Minayo, 2006). Posteriormente, foram examinados utilizando a metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2006). Segundo esta metodologia, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sistemáticas e objetivas da descrição das mensagens, gerando indicadores que permitem inferências sobre as condições de produção e recepção das mensagens.

O roteiro das entrevistas semiestruturadas foi elaborado com base nos objetivos da pesquisa, abordando temas como os profissionais, como: identificação de pacientes fumantes, avaliação da PNCT no HC, ações desenvolvidas e engajamento dos profissionais, aplicabilidade da Política, dificuldades e facilidades para o controle do tabaco e a sua efetividade diretrizes formalizadas sobre a PNCT, ações e iniciativas no HC, estrutura definida para atendimento de tabagistas, investimento em formação da equipe, conhecimento sobre implementação da Política no hospital e sua efetividade.

De acordo com Alves, Figueiredo Filho e Silva (2015), a metodologia de Bardin (2006) organiza-se em três fases principais: 1. Pré-análise, que corresponde ao planejamento, formulação das questões de pesquisa e definição de hipóteses de trabalho; 2. Exploração do material, onde os dados são codificados e organizados em categorias, permitindo uma análise sistemática e tratamento dos dados; e 3. Tratamento dos dados, que envolve a interpretação dos dados, com base nas categorias estabelecidas, para gerar inferências e conclusões que respondam aos objetivos da pesquisa.

Essa metodologia permitiu construir um banco de dados primário com informações relevantes extraídas das entrevistas. Os dados foram organizados em categorias de análise, denominadas “eixos”, com base nas perguntas do roteiro de entrevista. Essas categorias possibilitaram uma análise de conteúdo direcionada às percepções e avaliações de profissionais e gestores.

Os participantes do estudo foram gestores e profissionais de saúde, garantindo representatividade dos participantes por gênero (homens e mulheres). A amostra foi composta por 23 participantes, divididos entre 18 profissionais de saúde, 4 gestores do hospital e uma coordenadora estadual de controle do tabagismo. Os profissionais de saúde (BNRs), foram selecionados das clínicas que atendem pacientes com DCNT: cardiologia, pneumologia, cirurgia vascular, endocrinologia e oncologia.

Os participantes foram identificados por códigos, garantindo a confidencialidade: EP para profissionais de saúde, EG para os gestores do hospital e EGE1 para a Coordenadora Estadual de Controle do Tabaco e EGE2 para sua assessora.

Os critérios de inclusão foram: participação de profissionais diretamente ligados ao cuidado ao paciente e com mais de três anos de experiência no hospital, para garantir familiaridade com as políticas e práticas institucionais inovadoras. Foram excluídos profissionais com menos de três anos de exercício, aqueles que se recusassem a participar ou que apresentassem condições que pudessem comprometer a condução das entrevistas.

Os entrevistados estão descritos na tabela 2, divididos por categoria de profissionais das cinco clínicas escolhidas e de gestores.

Tabela 2 – Gestores e Profissionais Entrevistados por Clínicas

Função		Quantidade
	Enfermaria de Oncologia	
Assistente social		1
Técnico de enfermagem		2
Terapeuta ocupacional		1
	Ambulário de Cardiologia	
Cardiologistas		2
Técnica de enfermagem		2
	Enfermaria Vascular	
Psicóloga		1
Fisioterapeuta		1
Assistente social		1
	Ambulário de Endocrinologia	
Endocrinologista		2
Enfermeira		1
Técnica de enfermagem		1
	Ambulatório de Pneumologia	
Pneumologista		2
Enfermeira		1
	Gestores do HC	
Superintendente		1
Gerente de atenção à saúde		1
Gerente da unidade de saúde mental		1
Coordenadora do núcleo de estudos de dependência química (Nesdeq)		1
	Gestor Estadual do Controle do Tabagismo	
Coordenadora Estadual de Controle do Tabagismo		1

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

Quanto aos gestores, a seleção destes foi definida pela estrutura organizacional do hospital. Por essa razão, priorizou-se a Gerência de Atenção à Saúde, responsável pela gestão do hospital específica no cuidado em saúde. As entrevistas ocorreram com o superintendente, o gerente de atenção à saúde, a gerente da unidade de saúde mental e a coordenadora do núcleo de estudos de dependência química (Nesdeq), totalizando quatro gestores.

Durante as entrevistas, optou-se por entrevistar a coordenadora do Nesdeq, considerando que alguns entrevistados sinalizaram o trabalho desenvolvido por esse ambulatório com pacientes tabagistas. Isso contribuiu para uma melhor compreensão de como a PNCT está sendo conduzida no hospital.

Também foi realizada uma reunião com a Coordenadora Estadual de Controle do Tabagismo, para conhecer as ações desenvolvidas no controle estadual do tabaco. A relevância desse contato apareceu durante o processo de entrevista devido ao papel da coordenação estadual mencionado por alguns participantes. No total, foram realizadas 23 entrevistas com profissionais, gestores e coordenação estadual.

Os participantes foram selecionados para compreender como as práticas e percepções dos diferentes níveis de burocracia hospitalar impactam os processos de implementação da PNCT. Também se buscou identificar as ações institucionais elaboradas pelo HC-UFPE/Ebserh e os fatores facilitadores e barreiras relacionadas à implementação da política.

A entrevista com a Coordenação Estadual do Programa de Controle do Tabaco não seguiu o roteiro original, pois visou compreender o papel da coordenação estadual no desenvolvimento da Política de Controle Estadual, na organização da rede de atenção de alta complexidade para cuidado de pacientes tabagistas no estado de Pernambuco.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Parecer Consubstanciado nº 7.444.866 e CAAE: 86538725.7.0000.8807, em 17 de março de 2025.

No início das entrevistas, os (as) participantes foram informados de que sua participação era livre e espontânea. Eles foram esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, ao concordarem, aprovaram o documento. Com anuência dos participantes, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Foi reforçado o compromisso ético de zelar pela privacidade e sigilo das informações, incluindo a assinatura de um termo de confidencialidade. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, garantindo transparência.

Embora esta análise busque contribuir para o debate sobre a implementação de política de controle do tabaco na instituição hospitalar, não pretende esgotar todas as questões que o tema exige. Por isso, recomendá-se uma continuidade de pesquisas complementares, com diferentes abordagens e referenciais teórico-metodológicos, ampliando a escuta para outros atores e instâncias da burocracia pública.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

As análises da pesquisa foram elaboradas a partir das entrevistas semiestruturadas. Esse processo permitiu identificar, por meio do discurso dos profissionais e gestores, como os fatores institucionais, organizacionais e as práticas dos diferentes níveis da burocracia hospitalar influenciam a implementação da PNCT no HC - UFPE/Ebserh.

Os materiais obtidos foram organizados em sete eixos analíticos, definidos com base nos critérios da técnica de categorização de Bardin (2006). Essa abordagem possibilitou a interpretação dos dados, a formulação de inferências e a obtenção de conclusões que atendem aos objetivos da pesquisa. Além disso, foram utilizados os referenciais teóricos apresentados neste estudo e a experiência da autora na área como suporte analítico.

Para contextualizar os resultados, inicialmente foi identificado o perfil dos profissionais e gestores que exercem a burocracia institucional, a partir de características como idade, sexo, raça/cor, função, tipo de regime trabalhista e tempo de trabalho no HC.

4.1 EIXO 1 – PERFIL DO PROFISSIONAL

Do total de profissionais entrevistados, 61% estão na faixa etária entre 36 a 45 anos. A maioria (56%) é do sexo feminino e se se autodeclara parda. Entre as categorias profissionais, os médicos representam 34% do grupo entrevistado, e 78% dos participantes possuem vínculo trabalhista com a Ebserh. Além disso, 61% dos profissionais envolvidos têm mais de 10 anos de atuação no HC.

Esses dados revelam um quadro de profissionais experientes, com tempo significativo de trabalho na instituição. Essa característica pode indicar maior familiaridade com as práticas institucionais e com o atendimento a pacientes tabagistas.

4.2 EIXO 2: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES FUMANTES NAS CLÍNICAS PESQUISADAS E AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADO SOBRE A PNCT NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Lotta (2019) afirma que os burocratas, no exercício de suas funções, usam sua discricionariedade com base em valores e experiências pessoais, o que impacta diretamente a implementação de políticas públicas. No contexto do HC, os profissionais conseguem identificar o paciente fumante de várias maneiras, incluindo características físicas da

dependência (cheiro, sinais de adoecimento), perguntas diretas durante a anamnese ou conseguem relacionar o uso do cigarro com as doenças que estão sendo tratadas nas clínicas pesquisadas.

Uma análise das entrevistas revelou que 95% dos profissionais identificaram pacientes fumantes em sua atuação, seja em ambulatórios ou em enfermarias. Destes, 67% identificaram por meio das perguntas da anamnese ou por meio da abordagem clínica relacionada à doença. Esses dados mostram que, mesmo sem diretrizes institucionais específicas, os profissionais direcionam o atendimento para os impactos do cigarro.

Em relação à avaliação da PNCT, 95% dos profissionais identificaram não ter conhecimento da política. Esse dado evidencia a invisibilização da PNCT na instituição, o que contribui para que os profissionais adotem posturas individuais no atendimento aos tabagistas. A ausência de diretrizes claras leva os profissionais a estabelecer rotinas próprias, reforçando a dependência de sua discricionariedade.

4.3 EIXO 3: FORMAÇÃO OU CONHECIMENTO SOBRE TABAGISMO E AS AÇÕES DESENVOLVIDAS E ENGAJADAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A APLICABILIDADE DA PNCT

Para Souza (2002), o conhecimento dos implementadores e a capacidade institucional são fatores determinantes para a efetividade de políticas públicas. No entanto, os dados do estudo apontam que 50% dos entrevistados não possuem formação específica sobre tabagismo. A outra metade adquiriu conhecimento por iniciativa própria, com o objetivo de melhorar o atendimento aos tabagistas.

Em relação às ações realizadas, apenas 34% dos entrevistados orientaram os pacientes sobre os riscos do tabagismo e os benefícios da cessação. Por outro lado, 56% afirmaram não realizar nenhuma ação relacionada ao tema, enquanto 10% mencionaram iniciativas pontuais, como prescrição de medicamentos, encaminhamentos a programas municipais ou participação em grupos educativos. Ressalta-se que a experiência dos profissionais da instituição pode influenciar tanto o uso da discricionariedade quanto no engajamento com a citada Política.

Esses dados confirmam o argumento de Gomes (2019), segundo a qual muitas políticas falham por não considerarem a realidade institucional e o comportamento eficaz dos agentes que as executam.

Outro ponto destacado foi a ausência de protocolos institucionais ou Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) voltados ao enfrentamento do tabagismo nas clínicas onde atuam. A inexistência de diretrizes institucionais claras compromete a implementação da PNCT, deixando as ações dependentes de iniciativas individuais.

A ausência de formação continuada, prevista como exigência da própria Política, reforça a necessidade de iniciativas institucionais voltadas à capacitação dos profissionais, uma vez que o desconhecimento da PNCT e a falta de protocolos institucionais podem comprometer a identificação dos pacientes e a adequação das ações às suas especificidades de saúde.

4.4 EIXO 4: IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O CONTROLE DO TABACO NO HC

As entrevistas revelaram diversas dificuldades para a implementação de ações de controle do tabaco no HC. Entre as principais referências estão: a burocracia institucional, a resistência de parte da equipe multiprofissional, a inexistência de um ambulatório específico para tratamento de tabagistas e, mais estruturalmente, a ausência da própria PNCT na instituição.

Por outro lado, os entrevistados destacaram em relação a algumas facilidades, como: a existência de um setor especializado em pneumologia, a presença de profissionais com *expertise* no tema, a equipe multiprofissional e a oferta de medicamentos para tratamento do tabagismo. No entanto, os participantes demonstraram maior facilidade em relatar os limites do que os aspectos positivos. Isso pode estar relacionado à invisibilidade da PNCT no hospital, o que dificulta sua percepção como uma política estruturada e, conseqüentemente, uma avaliação mais direcionada.

Essa percepção dialoga com as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2019), que apontam como pilares para o controle do tabaco: formação de profissionais, existência de protocolos institucionais, ações intersetoriais, programas específicos para pessoas fumantes e acesso a medicamentos. A ausência de algumas dessas diretrizes reforça o argumento de que a implementação da PNCT no HC ainda está em estágio inicial.

4.5 EIXO 5: ANÁLISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS

Esse eixo analisa a efetividade da política e as possíveis estratégias para sua implementação no HC. A narrativa dos profissionais entrevistados avalia a política como

inexistente ou invisível no HC, apesar da existência de uma normativa nacional. Essa percepção decorre da ausência de diretrizes locais, protocolos, equipes especializadas e da dificuldade em retomar as experiências anteriores de controle do tabagismo.

Os resultados apontaram os seguintes caminhos possíveis para fortalecer a implementação da PNCT no HC:

- a) Formalizar, junto à gestão e aos profissionais, um programa institucional voltado ao atendimento de pessoas fumantes;
- b) Superar a falta de interesse da gestão em implementar a PNCT e retomar experiências anteriores de programas específicos de controle do tabagismo.
- c) Sensibilizar a gestão para a importância do tema, considerando o papel do HC como instituição pública de saúde que integra assistência, ensino, pesquisa e extensão;
- d) Promover a qualificação dos profissionais e fomentar o diálogo entre as diversas especialidades sobre o tema, que é transversal às clínicas;
- e) Criar uma equipe profissional dedicada à implementação da PNCT, responsável por gerenciar sua execução, planejamento, palestras, divulgar e ações e atuar diretamente aos usuários;
- f) Melhorar a administração da burocracia do HC, facilitando a visibilização de iniciativas relacionadas ao controle do tabagismo.

Os relatos também indicaram que o hospital teve experiências anteriores com um programa de controle do tabagismo, vinculado ao setor de pneumologia. Contudo, foi descontinuado devido à saída e à aposentadoria dos profissionais, resultando na ausência de equipe multiprofissional. Outra tentativa, entre 2015 e 2016, também não obteve sucesso pela mesma razão.

Esses desafios relatados pelos profissionais estão alinhados às medidas descritas pela CQCT (2011) que viabiliza a PNCT que inclui: educação, formação e treinamento; redução da oferta do tabaco; proteção das pessoas contra a exposição à fumaça e apoio ao abandono do tabaco. A não adesão do hospital a esses princípios da política, compromete não apenas o controle do tabaco; mas a função pública da instituição como promotora da saúde.

4.6 EIXO 6: PERFIL DOS GESTORES

Entre os gestores entrevistados, 75% têm entre 46 e 55 anos. Em relação ao sexo e à cor autodeclarada, observa-se uma distribuição equivalente, com 50% do sexo masculino e 50% do feminino, sendo que metade se autodeclara branca e a outra metade parda. Do ponto de vista clínico, 75% dos gestores possuem formação em medicina. Quanto ao regime de trabalho, 50% têm vínculo com a Ebserh. No que se refere ao tempo de atuação no HC, 75% têm mais de 10 anos de serviço, com uma experiência entre 3 e 5 anos em cargos de gestão na instituição.

Esses dados evidenciam um perfil de gestores especializados, com longa trajetória na instituição e formação predominantemente médica. Essa característica pode limitar uma visão mais ampla e interdisciplinar sobre a implementação de políticas transversais como a PNCT, que exigem articulação entre diversas especialidades e áreas do conhecimento.

4.7 EIXO 7: DIRETRIZES FORMALIZADAS SOBRE A PNCT

Segundo Batista *et al.* (2021), é a fase da formulação que ocorre o desenho de políticas públicas, sendo comum em uma instituição a adoção do modelo incremental para tomada de decisão. Neste modelo, o *status quo* é mantido, e as decisões são baseadas em modificações pontuais. A formalização de uma política ocorre por meio de diretrizes que são documentos formais utilizados para padronizar ações e resolver problemas públicos (Tribunal de Contas da União, 2021).

No entanto, os dados da pesquisa evidenciam uma dificuldade significativa para essa formalização. Entre os gestores entrevistados, 75% afirmaram desconhecer a existência de um protocolo ou documento que direcione a PNCT no hospital. Uma das falas descreve que “o tratamento ao tabagista não é considerado prioridade na instituição, porque essa responsabilidade seria da atenção básica, e o hospital está direcionado ao atendimento de média e alta complexidade”.

Esses dados revelam uma disparidade clara entre as diretrizes da política nacional e as ações hospitalares. A ausência de normativas, somada ao desconhecimento por parte da gestão, exige a implementação da PNCT no HC e evidencia uma fragilidade no processo de institucionalização da política.

4.8 EIXO 8: ANALISAR AS AÇÕES E/OU INICIATIVAS SOBRE A PNCT DENTRO DO HOSPITAL E ENTENDER SE EXISTE UMA ESTRUTURA DEFINIDA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS TABAGISTAS

Ao analisar a implementação da PNCT no HC, revela-se a ausência de uma estrutura institucional consolidada para o atendimento de pessoas tabagistas. Segundo Pires (2018), os burocratas de alto escalonamento (BAEs) tendem a focar em questões externas à administração pública, enquanto os burocratas de médio escalão (BMEs) possuem uma relação mais próxima com a materialização da política, visto que realizam atividades na instituição por meio de competências técnicas, gerenciais e políticas (Novato; Najberg; Lotta, 2020), favorecendo conhecimento das políticas públicas que se aproximam.

Os dados mostram que 50% dos gestores identificaram o ambulatório de dependência química (Nesdeq) como serviço de atendimento aos pacientes tabagistas. A outra metade relatou ações pontuais, como orientações em atendimento clínico e campanhas realizadas em datas alusivas ao tema pela Divisão de Gestão de Pessoas. No entanto, todos os entrevistados afirmaram que não existe, até o momento, uma abordagem multiprofissional voltada ao controle do tabagismo no HC.

Quanto à estrutura formal para o atendimento de pessoas fumantes, metade dos entrevistados reconhece a atuação do Nesdeq como uma tentativa de consolidação dessa política, embora ainda em fase de estruturação. Destaca-se que o atendimento realizado pelo Nesdeq não contempla outros pontos necessários para a concretização da política, como ambientes livres de fumo com sinalização adequada e ações de formação para os profissionais.

Portanto, o eixo evidencia que, apesar de haver iniciativas incipientes, a PNCT ainda não está institucionalizada no hospital.

4.9 EIXO 9 - AVALIAR O INVESTIMENTO NA FORMAÇÃO DA EQUIPE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNCT

A formação profissional é um elemento importante na implementação de políticas públicas, pois possibilita o alinhamento entre as ações dos trabalhadores às normas institucionais. No caso da PNCT, a formação está prevista como uma das ações da política, incluindo ações educativas, mobilização da população e capacitação de profissionais da saúde e da educação para atuarem no controle do tabagismo (Brasil, 2024). Além disso, a Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde prevê a qualificação contínua dos trabalhadores do SUS (Brasil, 2018).

Os dados mostram que 50% dos entrevistados afirmaram que a equipe do Nesdeq participou de um curso específico do Programa de Controle do Tabagismo promovido pelo Inca. Apesar disso, essa formação é limitada a um setor específico e não abrange todos os profissionais do hospital.

Fica evidente que, embora haja iniciativas pontuais de formação, estas ainda são insuficientes para a implementação ampla e integrada da PNCT. A ampliação dessas capacitações é essencial para alinhar as ações dos profissionais às diretrizes da política e fortalecer sua implementação no HC.

Percebe-se que a visibilidade de algumas políticas dentro da agenda institucional costuma ocorrer a partir de incentivos externos, sejam do Ministério da Saúde, sejam de pressões de movimentos sociais, de grupos de usuários ou mesmo de interesses de setores da gestão. No caso da PNCT, apesar de estar iniciando sua inserção no hospital, os dados indicam que ela ainda não é prioridade institucional. Fato que reforça a necessidade de apoio político da gestão, criação de estratégias de formação e integração da política às ações de assistência, ensino e pesquisa.

4.10 EIXO 10 - VERIFICAR O CONHECIMENTO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA PNCT NO HOSPITAL E POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MELHORIAS

De acordo com Souza (2002), o neoinstitucionalismo se fundamenta no fato de que as instituições são moldadas por regras formais e informais, que orientam ou limitam a atuação dos atores no processo de formulação e implementação de políticas públicas. A história institucional e os valores compartilhados também interferem na adoção ou resistência a novas iniciativas.

No caso do HC, os dados mostram que a linha de cuidado voltada ao controle do tabagismo ainda é incipiente. Metade dos gestores entrevistados reconhece que se trata de um processo recente, que iniciou sua atuação no ambulatório do Nesdeq. No entanto, a efetividade da PNCT vai além do atendimento clínico individual e exige ações estruturadas.

Entre as sugestões dos entrevistados para melhorar a PNCT no HC, destacam-se: a criação de protocolos específicos e formação da política no hospital; sensibilização da população hospitalar, com a adoção de ambientes livres de fumo e sinalização adequada;

integração das ações da PNCT às práticas de ensino, pesquisa e extensão; e maior diálogo entre as clínicas para promover um trabalho interdisciplinar.

A efetividade do PNCT no HC depende diretamente de uma gestão que reconheça sua relevância e promova o alinhamento às práticas institucionais, superando a ausência de priorização observada atualmente.

4.11 EIXO 11 - ANALISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS

Conforme Souza (2003), a finalidade de uma política pública é “colocar o governo em ação e analisar essa ação”, recomendando ajustes sempre que necessário. O Tribunal de Contas da União (2021) reforça que a efetividade de uma política depende de uma avaliação que verifique o alcance dos objetivos e os benefícios para a população.

Os dados indicam que, embora haja reconhecimento da importância da PNCT, as ações no HC ainda estão em estágio inicial. A ausência de normativas claras, protocolos e apoio institucional dificulta a análise efetiva da política e compromete o seu avanço.

Portanto, para que a PNCT seja efetiva no HC, é relevante a criação de diretrizes formais, a qualificação contínua dos profissionais e o fortalecimento do apoio institucional, alinhando a política às necessidades de saúde pública.

4.12 UMA DAS DESCOBERTAS DA PESQUISA– o ambulatório do Nesdeq

O Nesdeq foi identificado como um dos principais achados dessa pesquisa. Esse ambulatório especializado oferece atendimento voltado às dependências químicas, incluindo anfetamina, álcool ou tabagismo.

Chegou-se ao ambulatório Nesdeq após o relato de alguns profissionais e de uma gestora entrevistada, que informaram a existência desse serviço especializado no cuidado à dependência química. Por essa razão, foi solicitada uma entrevista com a coordenadora do referido ambulatório.

O Nesdeq iniciou suas atividades no HC-UFPE/Ebserh como projeto de extensão e, posteriormente, consolidou-se como ambulatório especializado. A coordenadora informou que, ao tomar posse como psiquiatra em 2021, recebeu o desafio de retomar as atividades do ambulatório. As ações relacionadas ao tratamento de pacientes tabagistas tiveram início em meados de novembro/dezembro de 2024.

Atualmente, o Nesdeq conta com uma equipe composta pela coordenadora (psiquiatra), dois residentes de psiquiatria e, recentemente, um psicoterapeuta foi incorporado ao serviço. No entanto, a coordenadora enfatiza que o ambulatório não pode ser considerado um programa formal direcionado ao controle do tabagismo, pois a configuração reduzida da equipe impede que o atendimento se concentre exclusivamente nessa dependência, ou seja, realizado de forma mais abrangente e efetiva sem nenhum apoio de uma equipe multiprofissional.

A necessidade de se trabalhar com controle do tabaco surgiu a partir da demanda espontânea dos pacientes tabagistas, que procuraram o ambulatório em busca de atendimento. Outros serviços do próprio hospital também começaram a encaminhar pacientes para o Nesdeq. Com o aumento da demanda e a limitação da equipe, o agendamento de pacientes passou a ser realizado por meio da regulação da Secretaria Estadual de Saúde. Para iniciar os atendimentos aos pacientes fumantes, a equipe participou de um curso promovido pelo INCA e também iniciou as atividades em grupo.

A coordenadora destacou que houve discussões sobre a possibilidade de atender pacientes tabagistas internados nas enfermarias. Um residente elaborou, recentemente, uma diretriz relacionada ao estudo de viabilidade para a implementação de um protocolo de cessação de tabagismo em pacientes internados no Hospital das Clínicas. Contudo, até momento, o protocolo não conseguiu ser implementado.

Quanto aos desafios para a implementação do PNCT no HC-UFPE/Ebserh, a coordenadora considera que é necessário o apoio da direção do hospital para instituir um programa formal direcionado aos pacientes tabagistas. Ela sugere a criação de um grupo de estudo para melhor aprimorar o serviço, afirmando que o atendimento aos pacientes tabagistas do nesdeq surgiu a partir das demandas espontâneas dos próprios pacientes.

Outro grande desafio seria a organização do atendimento aos pacientes internados no HC-UFPE/Ebserh com base no protocolo já mencionado. Para isso, seria necessário sensibilizar algumas clínicas fundamentais para o processo, como pneumologia, psiquiatria e a equipe psicossocial. A coordenadora também mencionou que, assim como o HC-UFPE/Ebserh, outros hospitais em Pernambuco estão em processo de implementação de programas voltados deão controle do tabagismo, orientados pela Coordenação Estadual do Programa de Controle do Tabagismo de Pernambuco.

4.13 UMA ENTREVISTA NECESSÁRIA COM A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DE TABACO

A entrevista com a coordenadora Estadual do Programa de Controle do Tabagismo de Pernambuco foi realizada com a finalidade de obter informações atualizadas sobre a rede assistencial de alta complexidade para fumantes no Estado, além de verificar a existência de documentos oficiais, emitidos pelo Estado ou pelo INCA que orientassem a formação dessa rede na alta complexidade.

A Gerente de promoção de saúde e qualidade de vida (EG1) coordena o Programa Estadual de Controle do Tabagismo da SES-PE em conjunto com a EGE2. O setor tem como objetivo oferecer apoio técnico às regionais de saúde e aos municípios, promover o monitoramento estadual, além de viabilizar a formação profissional e educação permanente para prevenção e tratamento das pessoas tabagistas.

Sobre a formação de uma rede de atendimento de alta complexidade, EGE1 informou que, entre novembro e dezembro de 2024, foi iniciada uma formação e um processo de implementação do tratamento de tabagismo em alguns hospitais da Região Metropolitana do Recife (RMR). O credenciamento dos hospitais interessados acontece por adesão voluntária.

Após a adesão, é designada uma referência técnica em cada instituição, que assume a responsabilidade de seguir as normativas do programa. No entanto, esse processo tem sido conduzido como um projeto piloto, já que ainda não há arcabouço teórico ou normativo para subsidiar de forma estruturada a formação dessa rede na alta complexidade.

Atualmente o programa está implementado em 68 dos 185 municípios de Pernambuco (36,76%), abrangendo 8 municípios da RMR, 16 na Zona da Mata, 21 no Agreste e 23 no Sertão, conforme detalhado no quadro 6:

Quadro 6 – Municípios com programa de controle do tabagismo, por região geográfica

Região	Municípios
Região Metropolitana do Recife	Abreu e Lima, Camaragibe, Ipojuca, Itapissuma, Ilha de Itamaracá, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Recife.
Zona da Mata	Amaraji, Aliança, Carpina, Camutanga, Chã de Alegria, Chã Grande, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitinga, Lagoa de Itaenga, Macaparana, Nazaré da Mata, Paudalho, Timbaúba, Vitória de Santo Antão.
Agreste	Alagoinha, Brejo da Madre de Deus, Buíque, Cachoeirinha, Correntes, Cumaru, Feira Nova, Frei Miguelinho, Iati, Jataúba, Pedra, Pesqueira, Riacho das Almas, Sanharó, Salgadinho, São Caetano, São Joaquim do Monte, São Vicente de Férrer, Surubim, Tupanatinga, Venturosa.
Sertão	Afogados da Ingazeira, Afrânio, Arcoverde, Cabrobó, Custódia, Dormentes, Granito, Ibimirim, Igaraci, Ingazeira, Ipubi, Itapetim, Lagoa Grande, Manari, Orocó, Petrolândia, Petrolina, Quixaba, Santa Maria da Boa Vista, Sertânia, Tabira, Tacaratu, Trindade.

Fonte: Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo (2025).

O quadro demonstra que a maioria dos programas está localizado no sertão e agreste do Estado. A EGE1 explica que a maioria dos serviços está inserida na atenção básica. Na atenção especializada, existem alguns serviços hospitalares que ofertam o tratamento para o tabagismo, como o Hospital das Clínicas (HC), o Ambulatório de Beneficência Maria Fernanda (RHP) e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Outros hospitais estão em processo de implantação do programa, mas enfrentam entraves relacionados ao fluxo de dispensação de medicamentos, o que tem dificultado sua efetiva execução. Entre esses, destacam-se: Hospital da Restauração (HR), Hospitais Geral de Areias (HGA), Hospital Ulisses Pernambucano (HUP), Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Fundação de Hematologia e Hemoterapia (Hemope) e Setor Qualivida da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Segundo EGE1, a estruturação dessa rede também busca oferecer tratamento aos trabalhadores de saúde e atender pacientes internados crônicos como parte de uma estratégia de redução de danos do cigarro. Ela destaca a existência da Nota Técnica Estadual nº 02/2024, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos serviços do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do SUS em Pernambuco. Contudo, essa nota é voltada principalmente à atenção básica.

Atualmente, o governo estadual está desenvolvendo uma nova nota técnica para orientar as ações de atenção especializada (hospitais, policlínicas, UPAs e CAPS), mas, até o momento, não há diretrizes estatais ou municipais formalizadas para essas áreas.

A EGE2 reforça a importância de atender pacientes internados, já que muitos estão hospitalizados devido a problemas de saúde relacionados ao tabagismo. Ela destaca que a política de controle do tabagismo enfraquece ou cresce de acordo com a conjuntura, mas as ações globais, como as promovidas pela Conicq, pela vigilância sanitária e pela regulação do cigarro eletrônico, continuam em andamento.

Ainda assim, enfatiza que o tabagismo foi planejado como uma prioridade na atenção básica, com o objetivo de prevenir doenças relacionadas ao uso do cigarro. Porém, ressalta: se o paciente já adoeceu decorrentes desse uso, é necessário tratar seus danos.

A partir dos dados do quadro 6 e dos relatos apresentados, evidencia-se que a política de controle do tabaco no Estado de Pernambuco enfrenta desafios significativos para a formação de uma rede formalizada e sua execução adequada. A iniciativa do projeto piloto com hospitais, conduzida pela coordenadora estadual, corrobora a necessidade de expandir a implementação da PNCT na alta complexidade, especialmente para atender pacientes que apresentam doenças crônicas decorrentes do tabagismo.

Conforme determina a PNCT, as linhas de cuidados ao paciente tabagista devem ser abrangentes, englobando ações na atenção básica, média e de alta complexidade. A expansão e formalização dessa política são relevantes para garantir um cuidado integral e alinhado às diretrizes nacionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado na metodologia adotada, os resultados obtidos revelam que a implementação da PNCT no HC encontra-se em uma fase inicial e enfrenta desafios estruturais e organizacionais que comprometem sua efetividade e consolidação. Apesar do reconhecimento da importância da política, tanto por gestores quanto por profissionais, observa-se uma dificuldade em estabelecer protocolos e articulações institucionais necessários para sua efetivação.

As percepções dos gestores sobre a política indicam que os BAEs desconhecem a existência de protocolos ou diretrizes formalizadas e fazem referência apenas a ações pontuais sobre temática. Já os BMEs, que estão mais próximos da política, conseguem enxergá-la e descrever as contribuições que se encontram em fase inicial para atender pacientes tabagistas. Eles avaliam a necessidade de ampliação do serviço, fortalecimento de uma atuação multidisciplinar e maior integração entre as clínicas do HC.

Dentre os discursos dos BNRs, foram apontados diversos desafios para ações de controle do tabaco no referido hospital. Entre os mais citados estão: a burocracia institucional, a resistência da equipe profissional, a ausência da própria política de controle e falta de um ambulatório específico para tratamento do fumante.

Em relação às facilidades para o controle do tabaco, esses profissionais informam: a existência de um setor específico de pneumologia, o conhecimento de alguns profissionais sobre o tema, a presença de uma equipe multiprofissional e a oferta de medicação para tratamento de pacientes tabagistas. No entanto, evidencia-se que os discursos sobre as dificuldades prevaleceram em relação às facilidades, reforçando a percepção de que a política ainda não é visualizada como uma prioridade institucional.

Essa pesquisa também trouxe algumas conexões importantes. Uma delas foi verificar que já existe um espaço de atendimento à pessoa tabagista, o Nesdeq, desde novembro de 2024. Este serviço encontra-se em fase de estruturação e organização, podendo contribuir para a formalização da referida política no hospital.

Outra conexão foi a formação de uma rede hospitalar em Pernambuco para concretização das ações de controle do tabaco em alguns hospitais da RMR, incluindo o HC. A gestora estadual ressalta a importância do atendimento na atenção especializada, mesmo que a proposta de atuação do INCA esteja estruturada, sobretudo, na atenção básica como forma de prevenção ao tabagismo.

A falta de priorização da PNCT na agenda institucional e a ausência de normativas refletem as limitações do processo de formulação, implementação e gestão dessa política no hospital. Observa-se, ainda, que políticas públicas específicas, que necessitam de uma transversalidade para sua institucionalização, precisam de apoio da gestão e dos profissionais para serem efetivadas.

Com base nas evidências levantadas, destaca-se que ações estratégicas podem fortalecer a implementação da PNCT no HC. A efetivação dessa política requer a elaboração de protocolos institucionais alinhados às diretrizes nacionais, que orientem e padronizem as ações, além da sensibilização e capacitação contínua de gestores e profissionais de saúde, com apoio técnico de instituições como o INCA. Também é relevante ampliar o Nesdeq, incorporando uma equipe multiprofissional capaz de oferecer um atendimento mais abrangente e qualificado aos pacientes tabagistas.

Adicionalmente, a criação de espaços de diálogo intersetoriais entre setores como pneumologia, psiquiatria e psicossociais é indispensável para promover uma abordagem interdisciplinar. É importante estimular a integração entre a atenção básica e a atenção especializada, assegurando ações complementares e contínuas de prevenção e tratamento, otimizando recursos e fortalecendo o cuidado integral.

Durante a revisão de literatura sobre a PNCT em instituições de alta complexidade, constatou-se que ela ainda é pouco estudada na literatura nacional. Portanto, considera-se importante a continuidade de estudos que busquem desenvolver conhecimentos sobre sua implementação, oferecendo contribuições teóricas que reforcem o papel do SUS como um sistema público de saúde integral e inclusivo.

Esse estudo pode subsidiar decisões e ações concretas, tanto em nível local quanto nacional, possibilitando a superação de barreiras e a consolidação de políticas públicas voltadas ao controle do tabagismo, especialmente em contextos de média e alta complexidade.

Por fim, evidencia-se a necessidade de ampliar a divulgação das ações do Nesdeq, com vistas a fortalecer o serviço e a temática do tabagismo no HC. Além disso, torna-se relevante sugerir ao gestor estadual a necessidade de fomentar parcerias entre os hospitais que já desenvolvem ações voltadas ao controle do tabaco, favorecendo a troca de experiências, a construção de estratégias em rede e a consolidação da PNCT.

REFERÊNCIAS

- AFUBRA. **A Fumicultura no Brasil**. 2025. Disponível em <https://afubra.com.br/associacao/fumicultura>. Acesso em: 22 de fev. 2025.
- AGÊNCIA BRASIL. **Dados mostram crescimento de 25% no número de fumantes no Brasil**. Brasília: Agência Brasil, 28 de maio de 2025. Reportagem de Oussama El Ghaouri. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2025-05/dados-mostrar-crescimento-de-25-no-numero-de-fumantes-no-brasil>. Acesso em 25 de junho de 2025.
- ALBERTASSE, L. A.; SIQUEIRA, M. M. D. M. Programa de controle do tabagismo do hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes: perfil de usuários e funcionários. *In: Tempus—Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, 2013.
- ALMEIDA, N. C. A. S. **O Hospital Universitário no Sistema Único de Saúde**. [Dissertação de Mestrado em Direito]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2021.
- ALVES, D.; FIGUEIREDO FILHO, D.; SILVA, A. H. O poderoso Nvivo: uma introdução à análise de conteúdo. *In: Revista Política Hoje*, 2.^a ed., v. 24, 2015, pp. 119-132.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 3. reimp. 2016.
- BATISTA, M.; DOMINGOS, A.; VIEIRA, B. **Políticas públicas: modelos clássicos e 40 anos de produção no Brasil**. BIB, São Paulo, n. 94, 2021 (publicada em agosto de 2020), pp. 1-25.
- BATISTA, M.; DOMINGOS, A. Mais que boas intenções: técnicas quantitativas e qualitativas na avaliação de impacto de políticas públicas. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 32, n. 94, 2017.
- BEVIR, M.; RHODES, R. A. W. **The state as cultural practice**. New York: Oxford University Press, 2010.
- BORGES, L.C.; MENEZES, H. Z.; SOUZA, I. M. L. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. *In: Caderno de Saúde Pública*, 2020.
- BREWER, G. D. **Regulation and its Reform**. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1983.
- BRASIL.Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Exposição ao Controle do Tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 29 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. *In: Caderno de Atenção Básica*, n. 40. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 285, de 24 março de 2015.** Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 04 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Observatório da Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).** Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Linhas de cuidado do tabagismo.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/unidade-hospitalar/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Portaria de Consolidação GM/MS n. 908, de 20 de abril de 2022.** Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos serviços e do cuidado à pessoa tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0908_25_04_2022.html. Acesso em: 29 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Portaria de Consolidação GM/MS n. 502, de 1 de junho de 2023.** Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-502-de-1o-de-junho-de-2023/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-**

2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 70 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do Tabagismo.** Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 24 mar. 2025.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Observatório da política nacional de controle do tabaco.** Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/magnitude-do-comercio-ilicito-de-cigarros-no-brasil>. Acesso no dia: 20 de fev. 2025.

_____. Ministério Do Desenvolvimento Agrário. **Ações do Ministério do Desenvolvimento Agrário para a diversificação da produção e renda em áreas cultivadas com tabaco no Brasil.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2010.

CARRIÓN, V. F.; GONZÁLEZ, M. D.; BASCARÁN, B. M. T.; GIL, G. G.; SERRANO, O. J.; CHORRO, G. F. J.; BOBES, J.; RUIZ, J. C. A. Tabaquismo en pacientes hospitalizados. Una gran oportunidad. In: **Adicciones**, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 13–21, fev. 2022. Disponível em: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1358>. Acesso em: 8 abr. 2025.

CARVALHO, C. R. S. **O Instituto Nacional do Câncer e o controle do tabagismo:** uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. [Dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

CASTILHO, G. G. D. C.; SOUZA, A. P. D. A. A Regulação Assistencial Intrahospitalar no âmbito do Sus: as contribuições do assistente social em um hospital em São Luís (MA). In: **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social.** EBSEH, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/ebserh-10-anos#ano2021>. Acesso em: 20 nov. 2024.

CAVALCANTI, S. A.U. **Análise da política de controle de tabagismo no Brasil frente à convenção-quadro para o controle do tabaco no contexto de contrarreforma do Estado.** [Tese de Doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2016.

CERVO, A. L.; SILVA, R. **Metodologia científica.** São Paulo: Prentice-Hall, 2006.

EBSEH. **Plano diretor estratégico 2024-2028 Hospital das Clínicas de Pernambuco - HC-UFPE**, v.01. 30/04/2024.

_____. **Regimento Interno.** Aprovado pela Portaria n. 159, de 10 outubro de 2019, publicado no Boletim de Serviço n. 136, 15 de outubro de 2019. Brasília, 2019.

_____. **Estrutura Organizacional do Hospital das Clínicas.** Brasília: EBSEH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/estrutura-organizacional-1>. Acesso em: 12 de abril de 2025.

_____. **Organograma da Gerência de Atenção à Saúde do Hospital das Clínicas.** Brasília: EBSEH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/estrutura-organizacional-1/organograma2025.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2025.

FNCP – Fórum Nacional Contra a Pirataria e a Ilegalidade. Mercado ilegal de cigarros no Brasil 2022-2023. São Paulo: FNCP, 2023. Disponível em: <https://fncp.org.br/wpcontent/uploads/2023/07/Mercado-Ilegal-BR-2022-2023.pdf>

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

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, P.G.V. S. **Convenção-quadro para o controle do tabaco:** políticas públicas de implementação. São Paulo: USP / Faculdade de Direito, 2014.

GOMES, S. Sobre a viabilidade de uma agenda de pesquisa coletiva integrando implementação de políticas, formulação e resultados. *In:* LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil.** Brasília: Enap, 2019.

GONÇALVES, H.S. **Antitabagismo no Brasil:** da mobilização da comunidade médica à política de saúde pública (1950-1986). Belo Horizonte, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. 2009.

HOWLETT, M.; RAMESH, A.; PERL, A. **Política pública:** seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Convenção-quadro para o controle do tabaco.** Texto oficial. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

_____. **Prevalência de tabagismo.** Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>. Acesso em: 6 dez. 2024.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação e avaliação de políticas públicas: intersecções, limites e continuidades. *In:* LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil.** Brasília: Enap, 2019.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy:** dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. *In:* LOTTA, G. **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil.** Brasília: Enap, 2019.

MAHONEY, J.; THELEN, K. (Eds.). A gradual theory of institutional change. *In*: MAHONEY, J.; THELEN, K. (Eds.), ***Explaining institutional change: Ambiguity, agency, and power*** (pp. 1–37). Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

MEYERS, M. K.; VORSANGER, S. Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas. *In*: PETER, B. G. PIERRE, J. **Administração Pública**: coletânea. Brasília: ENAP: 2010. 649 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NOLAN, M. B.; BORAH, B. J.; MORIARTY, J. P.; WARNER, D. O. Association between smoking cessation and post-hospitalization healthcare costs: a matched cohort analysis. *In*: **BMC Health Services Research**, [S.l.], v. 19, n. 924, p. 1–9, 2 dez. 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4777-7>. Acesso em: 8 abr. 2025.

NOVATO, V. O. L.; NAJBERG, E.; LOTTA, G. S. O burocrata de médio escalão na implementação de políticas públicas. *In*: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 416–432, maio/jun. 2020.

OLIVEIRA, V. E.; ABRUCIO, F. L. Burocracia de médio escalão e diretores de escola: um novo olhar sobre o conceito. *In*: PIRES, R. R. C.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018. cap. 8, p. 269-298.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Uso de tabaco no Brasil está em declínio**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco#:~:text=Uso%20de%20tabaco%20no%20Brasil%20est%C3%A1%20em%20decl%C3%ADnio>. Acesso em: 5 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke**. Genebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>. Acessado em 28/02/2025.

PACHECO, D. F. **Estudo de viabilidade para implementação de protocolo de cessação de tabagismo em pacientes internados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Recife: Programa de residência médica em psiquiatria Hospital das Clínicas, 2025.

PINTO, M *et al.* Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *In*: **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 8, 2019.

PINTO, M.; BARDACH, A.; COSTA, M. G. D.; SIMÕES; SENNA K. M.; BARROS, L. B.; MORAES, A. C. D.; CAIROLI, F. R.; AUGUSTOVSKI, F.; ALCARAZ, A.; PALACIOS, A.; CASARINI, A.; PICHON-RIVIERE, A. **Carga da doença e econômica atribuível ao tabagismo no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos**. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, maio de 2024. Disponível em: tabaco.iecs.org.ar. Acessado em 22/02/2025.

PIRES, R. R. C. O trabalho na burocracia de médio escalão e sua influência nas políticas públicas. In: PIRES, R. R. C.; LOTTA, G.; OLIVEIRA, V. E. (org.). **Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas**. Brasília: Ipea; Enap, 2018. cap. 7, p. 233-268.

PORTES, L. H. **Política de controle do tabaco no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

PORTES, L. H; Machado, C. V;Turci,S.R.B;Figueiredo, V.C;Silva,V.L.C. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1837-1848, 2018.

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA DO BRASIL. **Decreto Nº 3.136/99**. Cria a Comissão Nacional para Controle do Tabaco. 1999.

_____. **Decreto Nº 9.944/2003**. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.2003.

_____. **Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da União, 3 jan. 2006.

_____. **Decreto Nº 11.672/2023**. Revoga o decreto 9.944/2003 e Institui a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos.2023.

_____. **Decreto Nº 12.127/2024**. Altera o Decreto nº 7.212, de 15 de junho de 2010, para retomar a política de aumento da alíquota específica do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI incidente sobre cigarros e do preço mínimo de venda desses produtos no varejo. Brasília: Diário Oficial da União, 2024.

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. implementation: how great expectations in Washigton are dashed in Oakland. 3. Ed. Berkeley: University of California Press, 1984.

RANGEL, E. C. **Enfrentamento do controle do tabagismo no Brasil: o papel das audiências públicas no Senado Federal na ratificação da convenção quadro para controle do tabaco (2004 – 2005)**. Rio de Janeiro. 2011.

SANTOS, D. S; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. In: **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], v. 23, pp. 861-870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. 3. Acesso em: 21 mar. 2025.

SENADO FEDERAL. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh. Brasília. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112550.htm. Acesso em: 04 abr. 2025.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, p. 187-192, 2004.

SOARES, C. S. A. **Contrarreforma no SUS e o serviço social**. Recife: Ed. UFPE, 2020.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas**. Bahia: Fundação Luís Eduardo Magalhães, 2002.

_____. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *In: Revistas Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

_____. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. *In: Caderno CRH*, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez. 2003.

_____. “Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas”. *In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2007.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Política pública em dez passos**. Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex); Secretaria de Orientação, Métodos, Informações e Inteligência para o CE e o Combate à Corrupção (Soma), 2021. 32 p.

WIPLFLI, H. *et al.* Achieving the Framework Convention on Tobacco Control’s potential by investing innational. *In: Capacity tobacco control*, v.13, p. 433-437, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA – FUNCIONÁRIOS (REF)

1- Dados do Entrevistado(a):

1.1- Idade: 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () 46 a 55 anos () 56 a 60 anos () mais de 60 anos ()

1.2- Sexo: Feminino () Masculino ()

1.3- Raça/cor (autodeclaração):

1.4- Função:

1.5- Tipo de regime: RJU () EBSEH () EBSEH (contrato) () Terceirizado ()

1.6- Tempo de trabalho no HC? () menos de 3 anos () de 3 a 5 anos () 6 a 10 anos () mais de 10 anos

2- Na sua prática profissional diária consegue verificar se há pacientes fumantes?

3- Qual sua opinião sobre a política de controle de tabaco no Hospital das Clínicas?

4- Na sua formação e/ou durante sua trajetória profissional você estudou o fez algum curso ou formação sobre tema do tabagismo?

5- Você na sua rotina profissional desenvolve alguma ação sobre controle do tabagismo? Quais e como são desenvolvidas?

6- Na sua opinião, quais os fatores que facilitam ou dificultam ações de controle do tabaco no HC?

7- Para você qual o desafio atual para a implementação da Política Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTOR (REG)

1- Dados do Entrevistado(a):

1.1- Idade: 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () 46 a 55 anos () 56 a 60 anos () mais de 60 anos ()

1.2- Sexo: Feminino () Masculino ()

1.3- Raça/cor (autodeclaração):

1.4- Formação:

1.5- Tipo de regime: RJU () EBSEH () EBSEH (contrato) () Terceirizado ()

1.6- Tempo de trabalho no HC? () menos de 3 anos () de 3 a 5 anos () 6 a 10 anos () mais de 10 anos

1.7- Tempo em cargo de gestão no HC? () menos de 3 anos () de 3 a 5 anos () 6 a 10 anos () mais de 10 anos

2- Existem protocolos institucionais que favorecem a implementação da política de controle do tabaco no HC?

3- Existe no hospital algum serviço ou ação que se encontra em consonância com política de controle do tabaco? Esse cuidado é focado no cuidado médico ou é extensivo a equipe interdisciplinar/Quais?

4- Existe algum fluxo de atendimento da pessoa tabagista com identificação e definição de competências?

5- Existe algum investimento do HC ou da rede EBSEH na formação e/ou capacitação dos profissionais e sobre a Política de Controle do Tabaco?

6- O que você pensa a respeito da implementação da Política Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas?

7- Para você qual o desafio atual para a implementação da Política Controle do Tabaco no Hospital das Clínicas?

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

EIXO 2: IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES FUMANTES NAS CLÍNICAS PESQUISADAS E AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADO SOBRE PNCT NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS:

Entrevistado (a)	Resposta
EP1	<i>Absolutamente sim. Na maioria das vezes, a gente identifica pelo fim para o começo. Então, eu vejo a doença cardiovascular e percebo que ele tem fator de risco para tabagismo. E aí a gente questiona se você é fumante. Mas sim. Então, na maioria das vezes, a identificação ocorre dessa forma. PNCT - Não sei, não tenho como dizer.</i>
EP2	<i>Diariamente. Na pergunta, eles nunca falam diretamente. PNCT- No Hospital das Clínicas, eu não conheço nenhuma política. Posso estar sendo leviano de falar isso, mas estou falando porque eu não conheço. Pode ter, mas eu não conheço.</i>
EP3	<i>Sim. Pelo odor. PNCT- É porque eu estou um pouco desatualizada. Eu sei que tem um programa, né, de..Como é que se diz? Programa para deixar de fumar. De fumar, tudo, né. Aqui no hospital. Sim, não sei se ainda fica. Eu que fico desatualizada. Mas tinha e era no 5 andar.</i>
EP4	<i>Sim. Não. Às vezes, pelo cheiro mesmo. Percebe pelo cheiro, às vezes. E porque ele diz. Alguns relatam que é fumante. E o médico pediu pra ele parar de fumar, entendeu? Perder peso, orientações. e que todo médico orienta. PNCT- Eu não vejo nenhuma, nem campanha, nem orientação. Só nas consultas que o médico orienta. Mas assim, o Hospital das Clínicas em si, não vejo nada. Nenhuma política.</i>
EP5	<i>Sim. Durante a consulta, a anamnese a gente questiona também se é fumante ou ex-fumante, quanto tempo parou de fumar. E o cheiro do cigarro também, que é bem característico disso. PNCT- Eu não conheço a política no Hospital das Clínicas. Mas acredito que é um fato que deveria ser um projeto, um programa, se instalar.</i>
EP6	<i>Sim. Durante a anamnese, eu pergunto ativamente se o paciente é tabagista. PNCT- Não conheço a política.</i>
EP7	<i>SIM. Na anamnese, questionou diretamente. PNCT- Não tenho opinião, porque não sabia nem que existia essa política.</i>
EP8	<i>Sim. Na entrevista, o serviço social costuma perguntar. Se o paciente é tabagista, ex-tabagista. É um dado importante na clínica que eu trabalho, que é a Oncologia. PNCT- Não conheço. No hospital, a princípio por conta dos profissionais. Eu acho que a saúde do profissional também é impactada pelo uso do cigarro. Os acompanhantes também, eu acho que, fora os pacientes e os familiares, eu acho que em relação aos acompanhantes também. Porque tem um movimento no hospital, inclusive de enfermagem, um movimento muito grande de acompanhantes que fazem o percurso de subir e descer, mudar de ambiente para poder consumir o seu cigarro.</i>
EP9	<i>Tenho, tenho. Como essa identificação ocorre? Então, assim, os próprios pacientes, eles... E aí, eles que trazem no discurso. Entendem? São fumantes, fumantes há, tipo, há 30 anos. Ou então, pararam de fumar no internamento. Mas, assim, também não é com uma frequência grande, não. Tá? E, assim, isso só vem quando o paciente traz no discurso dele. PNCT- Eu acho que é importante, né, com forma de conscientização, né. Ainda mais com um público que a gente tem, que é um público que não tem muita</i>

	<i>instrução, né. E, assim, eu acho que basicamente é isso, sabe. Mas eu acho que é muito importante, muito, muito.</i>
EP10	<i>Sim. Que vão fumando no banheiro, no corredor, ali no posto, pela fumaça. PNCT - Ah, eu acho que deveria ser proibido. Proibido fumar? É, porque prejudica, por mais que a pessoa seja, não sei se o termo é viciado ou viciante, né? Dependente? Dependente. Prejudica, além dos funcionários, outros pacientes, né? Eu acho que deveria ser proibido. É, não sei. As vezes até, já teve um caso aqui que o médico disse, ah, o paciente já estava em plano terminal, ele não quer fumar. Permitiu que ele saísse para o segundo andar fumar lá, ou se não, ele ia fumar até no banheiro.</i>
EP11	<i>Sim. na entrevista que a gente faz ao paciente, à beira-leito, aí tem junto com os acompanhantes, aí a gente vai perguntando, né, como é a rotina, por a gente trabalhar muito com rotina, rotina, hábitos, atividades significativas. Quando isso não surge de forma espontânea, mas a gente observa, por algumas características, né, às vezes a voz, o cheiro, aí eu tenho a tendência de perguntar diretamente, mas fuma um cigarzinho, bebe um negocinho, né? Aí, normalmente, as pessoas dizem sim, não, aí eu pergunto, e como é que está sendo aqui no hospital? Normalmente, a gente já emenda a pergunta. Aí, a primeira resposta é não, estou sem fumar, né? Estou sem fumar. Mas, aí eu pergunto, e quando vem a vontade? Aí, assim, na verdade, a gente vai emendando uma coisa com a outra, porque eu acho que, a gente tem essa visão mais global, mas a gente não tem aquela coisa de, quando está avaliando o paciente, tem que seguir um protocolo. A conversa do paciente vai direcionando o nosso atendimento, entendeu? Vai surgindo, né? Isso. E aí você vai falando e vai acrescentando. Isso. Ao mesmo tempo que a gente coleta informação, a gente orienta e sonda também, né, algumas questões. PNCT- Eu, na verdade, eu não conheço. Na sua formação, ou durante sua trajetória profissional, você estudou, fez algum curso, ou formação sobre o tema tabagismo? Eu já fui, eu não tenho formação, mas tenho prática profissional de caps AD. Então, eu já trabalhei no caps de álcool e outras drogas. Então, a gente, na época do trabalho no caps AD, a gente trabalhou com grupos, né, de controle de tabagismo. Um grupo que tinha uma demanda muito, muito profissional. Então, a gente conduzia com psicólogo, assistente social. Então, assim, a minha pouca experiência, não era um grupo que eu tinha, não era a principal referência. Eu ia mais como colaboradora, né, em alguns momentos. Mas, um pouquinho do que eu vi foi dessa época. Mas, não tenho nenhuma formação específica, não. Então, eu acredito que é uns 3 anos atrás.</i>
EP12	<i>Eu não sei, porque eu não perguntei se ele fuma ou não fuma. Então não tem como identificar esse paciente, né? Não, eu nunca perguntei se ele fumava ou não. PNCT- Tá tendo, eu nem sabia.</i>
EP13	<i>Sim. Durante a entrevista social, quando a gente conhece o corpo da realidade social, econômica, familiar desses usuários. E aí, durante a entrevista, a gente pergunta se ele é fumante, quanto tempo fumou, se ele deixou de fumar, né, no caso. PNCT- Acho que não tem, né, política nenhuma aqui. Todo mundo responde isso.</i>
EP14	<i>Sim. Geralmente com dados que já constam no prontuário do paciente. PNCT- Eu não tenho muito conhecimento sobre essa política. Mas é até bom saber que ela existe, né? E acho válida, né? Pela importância do combate ao tabagismo. E por a gente saber que causa tantas doenças, né? E a comorbidade e agravamento e por aí vai.</i>
EP15	<i>Sim, com certeza. Alguns pacientes já demonstram as suas atividades. Eles já sentem a necessidade em si. Mesmo as vezes, sem perguntar, eles já se identificam como fumantes. E algumas vezes eles perguntam se podem fumar</i>

	<p><i>ou a hora que eles podem descer para fumar. Às vezes a gente também entra no quarto e identifica que está um cheiro forte de cigarro. E aí a gente tenta orientar que eles não fumem na dependência dos quartos, das enfermarias. Até porque as enfermarias não é só deles, são compartilhadas.</i></p> <p><i>PNCT- Rapaz, eu acho que eles deveriam, não em relação a mais o controle, mas em questão do ambiente mesmo, eles deveriam, para a minha opinião, deveria ter um outro local que não seja totalmente na dependência do hospital. Um local mais específico de fumante, entendeu? Porque se a gente for parar para analisar, a gente tem um hall do segundo andar. A gente identifica porque o pessoal, até mesmo no elevador, quando a gente está, que abre o segundo andar, a gente fica bem nítido, o cheiro é bem forte. Se tivesse um outro local, fora da unidade que pertence a esse andar, mais próximo, mas não tão dentro. Não é um local específico. Mas que eu também vejo que é um local que, às vezes, na hora do almoço, tem pessoas que se juntam, que louvam, que cantam hinos, entendeu? Então, é um local mais específico da pessoa passar um tempo e dar uma relaxada naquele momento. Então, o fumante aproveita esse local justamente para isso, né? Mas aqui não tem um local específico para fumante.</i></p>
EP16	<p><i>Sim. Na verdade, eu realizo o teste de caminhada e aí eu identifico quando eu faço um interrogatório. Porque geralmente eu recebo esses pacientes e eu avalio se eles fumam, medicações que usa e muitos ainda estão, embora já esteja em tratamento, a maioria já é DPOC e deve ser acompanhado no ambulatório, mas muitos deles não conseguiram fazer a cessação do uso do tabagismo. Muitos não conseguiram. Embora os médicos reforcem sempre, eu percebo que os médicos reforçam sempre, sabe, nas consultas, mas tem alguns que chegam ainda já fazendo uma medicação, mas não param.</i></p> <p><i>PNCT- veja só. Eu acho que precisava ter uma ênfase maior, sabe. Eu acho que a gente está tratando a patologia e esquecendo de tratar um pouco. Não é que a gente esteja esquecendo, a palavra eu acho que não seria esquecendo, mas não estamos focando no que eu acho que seria a prevenção, né. Chegar o paciente adoecido, é muito mais interessante você conseguir fazer o controle desse tabagismo, tirar essas pessoas desse vício, né, levando elas à diminuição do uso e cessação do tabagismo. Eu acho muito mais interessante a gente agir com a prevenção que já no tratamento, né. DPOC, aí vem leve, grave, moderada, enfim. E o paciente já chega muitas vezes aqui já com comprometimentos severos e a gente não tem ofertado, na minha visão, não tem ofertado o tratamento para cessação. Embora eu soube recente que tem uma médica na psiquiatria, que eu acho que começou a fazer algum programa interno relacionado a cessação nas quintas-feiras à tarde. O que geralmente ocorre aqui é que a gente direciona esses pacientes para a unidade básica, mas eu acho que seria interessante a gente ter um ambulatório de tabagismo, realmente com psicologia, com assistente social, com psiquiatria, com o próprio pneumologista, equipe multidisciplinar, enfermagem.</i></p>
EP17	<p><i>Sim, frequentemente. Quase toda semana tem paciente aqui que ainda fuma. A gente tem que perguntar ativamente, mas as vezes os pacientes mentem e a gente identifica pelo cheiro.</i></p> <p><i>PNCT- Sério? Eu acho que a gente não tem política.</i></p>
EP18	<p><i>Sim. Em geral, quando ele vem pra mim, ele já vem por conta disso.</i></p> <p><i>PNCT- Pobre. As tentativas que a gente já teve num passado remoto, a gente encontra algumas dificuldades. Eu espero que isso esteja sendo sanado, né? Até porque a colega já começou com o pé direito. A psiquiatra, Isabela.</i></p>

EIXO 3: FORMAÇÃO OU CONHECIMENTO SOBRE TABAGISMO E AÇÕES DESENVOLVIDAS E ENGAJADAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A APLICABILIDADE DA PNCT

Entrevistado(a)	Resposta
EP1	<i>Especificamente sobre o tabagismo, não. A gente tem aulas ao longo da graduação, da pós, sobre controle e sobre cessação do tabagismo. Sobre prevenção. Eu acho que é bem escassa informação para a gente.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – A gente faz só orientação. Individuais. Pelo menos eu desconheço. Se tiver, não fui apresentado.</i>
EP2	<i>Não, só estudei para fazer a prova da residência, mas nem na escola a gente tinha isso direto.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – A não ser a escuta ativa e orientação ativa. Não, no HC não. Individual.</i>
EP3	<i>Não. Específico não.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não. O controle aqui é pare de fumar.</i>
EP4	<i>Não.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – E se existe aqui, eu nunca ouvi falar. Na verdade, nem se fala sobre esse assunto. Mas a realidade é essa.</i>
EP5	<i>Sim, a gente fazia trabalhos. Inclusive, eu cheguei a fazer uma pesquisa na Universidade Federal. A gente fez um artigo sobre isso. Tanto o tabagismo quanto o alcoolismo. Foi num curso de graduação.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não. Eu sei que há algum tempo antes de trabalhar na endócrino, que era a clínica vizinha da pneumologia, existia um problema de controle do tabagismo na clínica da pneumologia. Mas que já acabou há algum tempo.</i>
EP6	<i>Não.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Específica não, só orientações gerais aos pacientes durante as consultas mesmo. Mas como parte de uma orientação geral de atos de vida saudáveis.</i>
EP7	<i>Sim, na faculdade, teve esse tema.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Alguns pacientes eu prescrevo medicação para poder ajudar, mas sempre em caminho para ambulatorios específicos. Eu início a medicação, mas em caminho para ambulatorios específicos. sim, ambulatorios municipais.</i>
EP8	<i>Fiz. Em Jabotão tinha o programa de tabagismo, que é um programa do governo, mas que havia a execução no município e trabalhei com a equipe no programa, com pacientes que tinham desejo de deixar o consumo. O nome do curso eu não sei não, mas faz muito tempo. Mas a equipe tinha psicólogos, assistentes sociais e médico pneumologista que acompanhavam esses pacientes. Tinha o fornecimento também da medicação para aqueles que estavam querendo deixar o acompanhamento.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Eu já desenvolvi como tema de grupo de educação e saúde, na verdade discutindo um pouco a repercussão do uso, como um preventivo do uso e do impacto disso, porque a gente tem muitos pacientes que tem câncer com histórico grande de tabagismo. Aí é grupo de educação e saúde mesmo.</i> <i>Mas sem nada de política, nada específico. Então era uma iniciativa individual, do profissional. Isso, porque tem o dia nacional, dia mundial, aí como faz a atividade de grupo, quando chegava no dia a gente terminava falando do tema.</i>
EP9	<i>Nunca.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não. Mas, assim, não é do meu conhecimento porque não faz parte do meu escopo de trabalho, entende? Talvez você entrevistando o pessoal da enfermagem, o pessoal médico, provavelmente eles vão ter algo a mais pra dizer.</i>
EP10	<i>Aqui não, a gente nunca teve esse trabalho não.</i> <i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Eu acho que o controle na portaria e também não em todo local, acho que poderia ter em toda enfermaria aqueles adesivos que</i>

	<i>é proibido fumar e até mesmo um... uma coisa sinalizada é até mesmo a educação, na hora do internamento, na hora da visita médica ou da equipe multidisciplinar.</i>
EP11	<p><i>Ação específica, eu não sei se seria específica. Mas, assim, quando a gente coleta essas informações com o paciente, né, com a família, a gente sempre tenta, eu, pelo menos, na minha prática, eu tenho que trabalhar um pouquinho com a questão da redução de danos mesmo. Então, falar sobre o lugar do hospital. Eu sempre me incomodo estar nesse lugar do não pode, não pode, né? Porque aqui é não pode. A gente sabe que o dependente, ele vai sofrer também por essa ausência da substância. Então, assim, as minhas orientações são muito mais na questão de tentar resistir aqueles primeiros minutos, né? Tentar desviar a atenção, beber uma água, chupar um confeito. E se não der de jeito nenhum, às vezes a gente orienta mesmo para descer, para fazer isso quando é com o acompanhante, eu acho que é menos difícil. Eu acho que o mais difícil é quando é com o paciente. Porque o paciente não tem essa mobilidade. E era interessante, né? Para saber se existe alguma normativa do que a gente pode orientar para essas pessoas. Porque, às vezes, a gente fica na sensação, pelo menos eu, de que estou fazendo algo assim. Não sabe se está fazendo, se é o mesmo direcionamento do hospital ou não.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – É uma iniciativa individual e mais isso. É sondando com aquele familiar, né? Dentro das possibilidades, o que é que dá para fazer aqui dentro. O que a gente sempre orienta, de fato, é não fazer uso da substância nas dependências internas do hospital. E aí fazendo toda a reflexão sobre que lugar é esse. Não é um lugar de cuidado que você não está sozinha. Que existem outros pacientes, a condição clínica do paciente. Então, eu tento ir nessa sensibilização mesmo, sabe? Mas a gente sabe que nem sempre isso é suficiente. Então, não é raro. A gente tem casos de pegar pessoas fumando dentro do banheiro. Entendeu? No final da enfermaria. Só se sente cheiro. E aí fica aquela situação desconfortável entre a equipe e o acompanhante. Porque o acompanhante morre dizendo que não é. E a gente vê o que está acontecendo. Então, eu prefiro partir do princípio de dizer, não, eu sei o que está acontecendo. Vamos tentar fazer o menos errado possível. Por isso que eu acho interessante saber. Realmente a normativa institucional traz isso. Não cria tanta angústia</i></p>
EP12	<p><i>Não, assim, eu pesquisei sobre tabagismo, E, durante o processo de formação ou mesmo na prática. Eu procurei e lei sobre as doenças que o cigarro causa. Porque eu sou tabagista de longa data, 32 anos, né? Que o meu único vício é o cigarro, né? Então, eu procurei ler bastante as doenças que são inúmeras, que o cigarro causa. E eu tô bem ciente e consciente, Mas eu sou muito viciada na nicotina e no alcatrão. É meu único vício, infelizmente. Eu sei bastante de todo o mal que ele nos traz, né? Sei bastante. Sei de todo o mal, realmente. Mas a dependência também é algo que não é fácil de ser tirada.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não, eu gosto muito de fumar meu cigarrinho. Eu nem penso nisso.</i></p>
EP13	<p><i>Não.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não, porque na verdade eles nem falam pq eles têm até um receio de dizer que é fumante. Ah, por conta da doença. Às vezes, ele diz, não, eu fumei até semana passada. Não existe protocolo.</i></p>
EP14	<p><i>Algumas disciplinas, por exemplo, a disciplina de pneumologia, tanto a clínica como a aplicada a fisioterapia, a gente tinha aulas referentes às doenças pulmonares relacionadas ao tabagismo. E também a disciplina cardiovascular, onde falava que muitas doenças cardiovasculares tinham como fator agravante o tabagismo.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não.</i></p>
EP15	<p><i>Não, estudar a gente estuda, mas o curso específico não tem sobre o tema. A gente passa e estuda sobre o tema, mas aquela coisa assim, é uma especialização, ou é uma formação só específica sobre o tabagismo, não. Na faculdade e no curso técnico. O que a gente encontra mais é mais estudo de caso, né? Estudo de caso, paciente que já é fumante, etilista, entendeu? Então, não tem algo específico, né? A gente encontra nos estudos de caso.</i></p>

	<p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Na minha prática, não. Eu não tenho conhecimento se tem algum POP, se fala sobre isso, né? Mas, eu acredito que, assim, na nossa prática de vivência, a gente tenta sempre orientar os pacientes para que não fumem nas enfermarias, né? Então, às vezes alguém tem alguns pacientes mais persistentes. Quando eu era no outro andar, que era no 11º Norte, tinha um hallzinho de escada, né? Um hallzinho de escada no final. E, às vezes, eles sempre iam para lá, para a escada e faziam a atividade de fumo, né? Mas, a gente sempre orienta de não fazer. Mas, dependência da enfermaria, né? Isso. Eu acredito que não tenha POP. Eu posso estar enganado. Pode até existir um POP institucional sobre isso. Mas, é mais uma coisa individual, porque a gente sempre dá uma orientação. Isso, solucionar o problema naquele momento. Eu acredito que, assim, já faz mais de seis meses que a gente não encontra paciente fumando. Eu acredito nisso. Existe um paciente que a gente trabalhou com ele, mas ele ainda foi no 11º Norte. Entendeu? Mas, de lá para cá, eu não identifiquei, não.</i></p>
EP16	<p><i>Durante a minha formação, eu tive acesso a isso porque eu fiz a residência em enfermagem em pneumologia. Então, durante a formação, a gente abordava esse tema em seminários, em estudo de casos, em clube de revista, mas era algo muito pontual, sabe? O foco, eu acho, desde lá já era muito a patologia. Porque a gente sempre só precisa, poxa, porque a gente não está na prevenção, às vezes até com orientações de prevenção mesmo, sabe? Não teria ou a pessoa a usar fazendo projetos em escolas, enfim, para orientar as pessoas que elas possam tomar uma decisão melhor, porque sem formação as pessoas... E a gente faz esse trabalho de educação e saúde, né? Poderia ser mais atuante. Talvez, se tivesse isso, a quantidade de tabagistas pudesse diminuir, porque as pessoas iriam ter mais consciência na sua escolha. Muitas vezes, eles vão sem saber o que está por vir. Eu tive a impressão que, por um período, o uso do cigarro tinha diminuído. E que hoje, ele deu uma alavancada. Eu não sei se é uma impressão minha ou se realmente, assim, porque eu não fui ler sobre epidemiologia, não, mas eu tenho percebido que, nos últimos tempos, eu observo que as pessoas estão fumando mais.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não, não tem. O que a gente orienta, durante as consultas de enfermagem, que seria interessante a pessoa procurar parar o uso do cigarro, porque as sequelas são multisetoriais, no organismo como um todo, e procurar o posto de saúde para fazer. Mas você faz uma orientação real aqui? Não, nem que existe, não.</i></p> <p><i>É uma iniciativa que eu percebo muito individual. Não é um programa, não é um projeto, não, é algo institucionalizado.</i></p>
EP17	<p><i>Durante a residência. A gente faz. O congresso sempre tem o tema de tabagismo. Agora é uma pós-graduação específica em tabagismo, não. Mas durante a residência e congressos.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Específica, não. A gente até já tentou criar, mas a gente entende que para fazer um grupo de cessação de tabagismo, um grupo não, um ambulatório, a gente precisaria não só do pneumologista, mas do psicólogo, do T.O. De uma equipe mais multi, que a gente não conseguiu. Às vezes é até de um psiquiatra na equipe.</i></p> <p><i>Não conseguimos montar e aí passou. Não institucional, não. Tem protocolos individuais.</i></p>
EP18	<p><i>Na residência, né? Na residência e pós-residência, né? Na vida profissional também. Os cursos de atualização do tabagismo, dos congressos, essas coisas.</i></p> <p><i>APLICABILIDADE DA POLÍTICA – Não. Fora os atendimentos com as orientações para a cessação. Todo atendimento eu faço DPOC aqui, então como tem uma associação importante com o tabaco, a gente sempre tem essa orientação para a cessação.</i></p>

EIXO 4: IDENTIFICA DIFICULDADES E FACILIDADES PARA O CONTROLE DO TABACO NO HC

Dificuldades	Facilidades
Divulgação da PCT no HC: <i>“alguma coisa que vá dificultar a implantação. Se a divulgação é uma dificuldade, então seria essa dificuldade, mas não algo que seja um impeditivo, um obstáculo”</i> . (EP1)	A união da expertise de vários setores para o atendimento ao paciente tabagista: <i>“eu acho que teria que ser um grupo mesmo, sabe, um grupo. Não seria uma coisa assim, o pneumologista atende e encaminha para o psiquiatra, porque o psiquiatra é encaminhado...Eu não acho que teria que ser um grupo voltado para esse perfil de paciente do tabagismo”</i> . (EP16)
Os protocolos institucionais do hospital são hierarquizados e dificultam os atendimentos proporcionando muitos entraves para acesso: <i>“os protocolos de atendimento são muito fechados aqui no hospital. O HC, que é uma instituição federal regida pela Ebserh, ela não é uma instituição fácil”</i> . (EP2)	Ter um ambulatório específico: <i>“Talvez agora a abertura do ambulatório específico pra isso daí esteja facilitando”</i> . (EP18)
Ausência de um tratamento para esses pacientes tabagistas: <i>“Então, as pessoas que querem e não conseguem (parar de fumar), acho que deveria ter uma assistência mais direcionada para elas”</i> . (EP4)	Ter uma grande quantidade de pacientes fumantes e profissionais que orienta na hora do atendimento: <i>“Ele (HC) tem a clientela que fuma, muito grande. Então, eu acho que, além de orientar, de forma geral, não só especificamente no serviço, na hora do atendimento”</i> . (EP4)
A burocracia e a infraestrutura: <i>“Que dificultam... Acredito que... Burocracia. Questão de infraestrutura, de recursos. Eu não sei como funciona. Eu acho que seria um item dificultador”</i> . (EP5); <i>“Ela não é uma instituição fácil. Ela tem muitas leis que para a população fica um pouco mais difícil. Não só para a população, como para o profissional”</i> . (EP2)	Tem profissionais capacitados e interessados: <i>“Que facilitam... Eu acredito que tem profissionais capacitados para fazer isso. E profissionais interessados seria o fator facilitador”</i> . (EP5) <i>“E a gente ter equipe multiprofissional aqui também, que pode atuar na abordagem do paciente tabagista”</i> . (EP6)
Inexistência de uma política específica sobre tabagismo: <i>“O que dificulta é que não há, eu não conheço, uma política específica. Então, acaba ficando algo que depende da iniciativa individual de cada profissional, dentro daquilo que eu sei”</i> . (EP6); <i>“Não sei se existe a política de controle”</i> . (EP7) <i>“Pelo desconhecimento também que existe uma norma institucional. Se realmente isso fosse mais divulgado, talvez as pessoas se sentiriam um pouco mais confortáveis a falar sobre isso. Porque o que eu vejo é que todo mundo vê, todo mundo sabe, mas ninguém fala”</i> . (EP11)	Existe o ambulatório de pneumologia no hospital: <i>“O que facilita é a gente ter um serviço de pneumologia dentro do hospital, que é uma especialidade que atua bastante nesse tema. Pode ser uma referência”</i> . (EP6) <i>“A dispensação de medicação pelo HC facilita muito a adesão do paciente tabagista: Uma dispensação de medicação facilita muito a adesão do paciente até porque ele não vai ter o custo”</i> . (EP18)
Ausência de ambulatório para paciente tabagista: <i>“eu acho que não ter um ambulatório que trabalhe especificamente isso, eu acho que é muito importante”</i> . (EP8)	Equipe multiprofissional.: <i>“Eu acho que o que facilitaria é realmente a comunicação. Esse olhar da equipe multiprofissional. Eu acho que isso é um potencial. Eu acho que a gente pode se unir aí de muita força, né? Não só para, como a gente vê na prática, apontar o erro. Não, mas é criar soluções juntos. Eu acho que isso é um ponto positivo”</i> . (EP11) <i>“E a gente ter equipe multiprofissional aqui também, que pode atuar na abordagem do paciente tabagista”</i> . (EP6)
Questão política de interesse na temática: <i>“Eu acho que talvez o que dificulta é o movimento</i>	Acesso a informação sobre a temática tabagismo: <i>“Eu acho que ele (HC) tem tudo para ser um</i>

político mesmo, interno, de interesse nessa temática”. (EP16)	fomentador de educação e saúde, porque usuários circulando pelo hospital é o que não falta. Clínicas específicas, enfermarias específicas de pacientes que têm doenças que são agravadas pelo tabagismo”. (EP14) “Às vezes a pessoa é fumante, mas não sabe dos males que o cigarro traz. Quando conhece, para de fumar. Então o acesso a informação”. (EP12)
O paciente desconhece a gravidade da sua doença e o ato de continuar fumando: “Então, assim, eles meio que não tem esse conhecimento, sabe. E aí, eu acho que qualquer tipo de informação, qualquer tipo de informação mesmo pra esse paciente, eu acho que é válido. Entendeu? Informação, orientação”. (EP9)	
Resistência dos funcionários por mudanças: “Eu acho que por ser um órgão público, os funcionários são mais resistentes a mudanças”. (EP10) “E o ponto negativo, eu acho que também está relacionado à equipe de alguma forma, que é essa visão muito restrita que eu vejo que alguns profissionais têm”. (EP11)	
Ter protocolo contendo a prevenção com medidas educacionais e orientação aos profissionais de saúde e outra medida é indicação de ações de cessação ao tabaco: “eu acho que a instituição tem um protocolo. Seria o início do trabalho, né? Tanto para prevenção como até para indicação de cessação do tabagismo. Então, talvez essa fosse a principal ação. E aí ela vem acompanhando também medidas educacionais, orientação aos profissionais de saúde e tudo mais”. (EP1)	
Profissionais desqualificados e necessidade da gestão dar mais importância a esse tema: “Acho que falta profissional qualificado com a temática e a gestão a dar mais importância a esse tema”. (EP13) “Porque esse paciente passou alguns anos sendo acompanhado, sempre que ele internava era a mesma situação, e aí eu passei, muitas vezes a procurava os profissionais médicos para dizer assim, não é possível que a gente não consiga fazer nada, assim, para ajudar ele também, porque ele estava no sofrimento. Mediava os transtornos, mas não cuidava da dependência dele”. (EP8)	
Ausência de uma ação continuada e permanente quanto à educação visando a conscientização desses pacientes tabagistas e de fumantes passivos: “uma ação continuada e permanente quanto à educação mesmo, à instrução, visando não só a conscientização desses pacientes, daqueles que são tabagistas para tentar se livrar do vício, como também pessoas que não chegam a se tornar tabagistas, e até mesmo pessoas que convivem com quem é tabagista no intuito de prevenir a questão dos fumantes passivos”. (EP14)	
Falta de estudo sobre tabagismo para que possa começar a fazer algum tipo de proibição ou algum	

tipo de controle no HC: “Então, acho que precisa ter pelo menos um estudo, né? Para que possa começar a fazer algum tipo de proibição ou algum tipo de controle”. (EP15)	
--	--

EIXO 5: ANÁLISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS

Entrevistado (a)	Resposta
EP1	<i>Eu imagino que o desafio seja a implantação, né? De um protocolo, de orientação, de algo mais institucional. Acho que o desafio é esse. Como eu disse, eu não vejo um obstáculo. Seria a organização. E aí eu estou dizendo isso porque eu acho que não existe, mas se existe, talvez aí a divulgação. Realmente não tive contato.</i>
EP2	<i>Ter um fácil acesso ao profissional. O desafio são as dificuldades que seriam os protocolos, as leis, essas normativas que permitem o atendimento. Um protocolo direcionado para essa política e que fosse multiprofissional.</i>
EP3	<i>Pra abrir um leque direcionado a esses pacientes. Seria um programa. E a gestão mesmo. E os profissionais como o médico, a enfermeira, também podem fazer esse tipo de programa.</i>
EP4	<i>Da gestão. Com certeza. Porque se investe em outras coisas, por que não um assunto tão importante, né? Que se lidar com a saúde. E já evitaria muitas doenças mais graves, né? Como o câncer, né! Tuberculose. Outras doenças que ele tivesse, né? Ficar mais vulnerável a ter por conta do uso do cigarro. Eu acho que seria mais lucrativo, vamos dizer assim, para o serviço público. É, gastaria menos na prevenção. Do que gasta mais com a doença, né?.</i>
EP5	<i>Eu acho que a continuidade. Visto que já teve algo voltado para o controle do tabagismo e não temos mais. Então, o desafio seria a continuidade. Isso por parte da instituição e dos profissionais também.</i>
EP6	<i>O hospital tem uma grande diversidade de clínicas e profissionais, de modo que se torna um público heterogêneo, o que acaba tornando mais complexa a adoção de uma conduta uniforme em relação ao tempo. Acho que é implementar um protocolo. Cada serviço teria que ser abordado de forma individual. Serviço da endocrinologia, da cardiologia, da psiquiatria. E isso leva tempo, dá trabalho.</i>
EP7	<i>Eu soube que tem um ambulatório aqui de tabagismo, mas eu não tenho certeza se está funcionando. E segundo, se tem, a dificuldade do paciente ter acesso. O Hospital das Clínicas tem uma dificuldade muito grande do acompanhamento multidisciplinar, porque o protocolo de combate ao tabagismo deve ser muito disciplinar, e a gente tem muita dificuldade em conseguir acompanhar multidisciplinar os pacientes, porque é muito difícil que o paciente consiga marcar os profissionais. Então se eu quero encaminhar para um profissional que vai me ajudar em um determinado tema, o tabagismo seria um, né? A gente não consegue que o paciente marque. Então é muito difícil que o paciente chegue a outros profissionais. Então é o acesso a equipe multidisciplinar.</i>
EP8	<i>Eu acho que o principal desafio é a gestão, enxergar o quanto isso é importante. Inclusive, quando fala de política, eu falo da intersetorialidade, a política de controle do tabaco é intersetorial, então ela não consegue ser implementada.</i>
EP9	<i>Assim, a primeira coisa que vem na minha cabeça é... não sei, talvez dar a devida importância a esse problema. É um problema grave, é um problema crônico, né. E a partir daí, conseguir pensar numa gestão. Acho que é questão de gestão.</i>
EP10	<i>É, eu acho que sim. Para garantir que essa política funcione, né? Porque aqui tem vários protocolos, várias... Porque não... Quando vai começar a implantar, o pessoal já bota a barreira. Não quer nem experimentar, já bota pra dizer que não vai dar certo, que isso, que aquilo... Às vezes é mais trabalho. É. Acho que pra todo mundo é mais trabalho.</i>

EP11	<i>Eu acho que é o conhecimento mesmo. Eu acho que é realmente dissipar esse conhecimento que existe essa normativa. Trazer esses setores, como você falou, específicos, eu acho que tem uma possibilidade de uma prevalência maior, não sei, para pensar junto, para que a equipe também sintam-se parte, não chegue só como algo a mais, porque aí a equipe também tem essa tendência de eita, agora pronto, agora a gente vai ter que fazer mais isso, né? E aí eu acho que quando é construído junto, eu acho que sempre tem um risco, mas eu acho que eles reduzem, né?</i>
EP12	<i>Sim. O que projetou aqui? O que dificultaria? Eu acho que não tem dificuldade não. Se eles quisessem implementar, era tudo fácil. É só eles quererem mesmo. Dificuldade nenhuma. Seria muito importante, né? É só eles organizarem.</i>
EP13	<i>Acho que falta profissional, falta dar importância ao tema. E porque também muita gente vê isso como centro da atenção básica e aqui é um hospital de alta complexidade. Eu não sei se isso tem alguma coisa a ver, já funcionou um o programa de tabagismo aqui. Então, assim, essas pessoas foram saindo, se aposentando e não houve uma reposição. Acabou acabando o programa. Faz mais de 18 anos..</i>
EP14	<i>Bom, eu creio que toda instituição pública do corpo HC vai se deparar com vários desafios, talvez entre eles o maior seja a questão de pessoal, recursos humanos talvez, e aí você também administrar o tempo dessas pessoas que muitas vezes estão contratadas para dar assistência na linha de frente do atendimento e muitas vezes ter que deslocar essas pessoas para muitas vezes desempenhar outras funções e gerenciar a execução de planejamentos, porque aí vai envolver talvez palestras, vai envolver divulgação da política, vai envolver ações diretamente junto aos usuários, não só os internados como aqueles que também estão circulando pelos ambulatorios, pelos corredores e por aí vai. E aí os desafios são grandes talvez nesse sentido, de você conseguir uma equipe pessoal que bote para frente esse trabalho.</i>
EP15	<i>Eu acho que é justamente a consciência de cada um, né? Eu acho que é difícil de a gente orientar. Tem pacientes que realmente eles querem fazer, o que realmente eles desejam fazer. Os acompanhantes também são bem permissíveis. Então, assim, às vezes é difícil você proibir algo. E sempre quando a gente lida com pessoas, é difícil a gente poder... Mesmo que a gente esteja dando orientação para o bem, a pessoa, na cabeça dela, ela já tem algo fixo.</i>
EP16	<i>É como tu está dizendo, eu não consigo entender como que ela não ocorreu. Acho que falta alguém tomar a redea disso aí, sabe, uma... Que chegou-se até, como eu te disse, chegou a querer fazer junto com... Mas eu não sei o que foi que aconteceu ali e ele desistiu. Mas...Depois ele não quis mais. E eu realmente, como eu estou dizendo, não entendo o porquê!</i>
EP17	<i>A burocracia do HC. E alguns profissionais que também não têm interesse. Tem a própria burocracia hospitalar e têm as pessoas que não têm tanto interesse. Aí fica assim, algumas iniciativas isoladas. Uma pessoa é uma psiquiatra e a outra pessoa aqui? Enfim, não tem interesse de hospital em criar, né, em ter esse ambulatório do tabagismo, de chamar as pessoas. Poderia ser uma iniciativa institucional, inclusive. A política antitabaco.</i>
EP18	<i>Primeiro, montar uma equipe multidisciplinar, que eu acho que é importante ter esse tipo de acompanhamento com o mundo todo, né? A gente tem uma tendência de juntar, agrega mais e tem melhores resultados do que trabalhar sozinho. Fora isso, é procurar gente que queira fazer esse tipo de trabalho, porque eu lembro que eu fui conversar com psicologia e ninguém queria. E essa questão (tabagismo), como é muito de hábito, a terapia cognitivo-comportamental ajuda bastante.</i>

APÊNDICE 4 - ENTREVISTA COM GESTORES

EIXO 7: DIRETRIZES FORMALIZADAS SOBRE O PNCT

Entrevistado(a)	Resposta
EG1	<i>Desconheço, mas certamente existe porque temos um programa agora que vai dar ênfase ao cuidado, à prevenção e ao combate ao tabagismo, mas desconheço. Sei que é bastante recente por conta das questões mais logísticas que me foram solicitadas, a dispensação, para quem era, a quantitativa, então foi assim que eu fiquei sabendo que o programa tinha sido solicitado e a gente estava iniciando.</i>
EG2	<i>Protocolos...Sim, existem. Existem recomendações, existem nesses protocolos proibição do uso, sobre essa questão do uso em enfermarias, em ambulatórios.... Existe sim. Muito embora o nosso hospital, como hospital universitário, ele tenha um papel importante nessa média e alta complexidade, protocolos de tratamento, por exemplo, eles não são objeto, porque diante da política do SUS, da política do eixo SUS, esse controle e as orientações de tratamento antitabagismo, elas estão postas na atenção básica. Recomendações em protocolos que informam a proibição do uso do cigarro nas enfermarias e nos ambulatórios.</i>
EG3	<i>Veja, essas políticas institucionais específicas do tabaco aqui no Hospital, eu vou ser muito honesto com você, eu não conheço, né? Mas se você dissesse, ó, tem, eu acredito que sim, lá na equipe da pneumologia, ou na oncologia também, né? Que tem a relação aí com o câncer, né?. Mas não me pegou, viu? É, né? Nesses espaços, né, que trabalham mais diretamente com o tabagismo, né? Que aí pode ser a pneumo mesmo, a torácica, mas a torácica acho que não teria, pela estrutura que eu conheço da torácica</i>
EG4	<i>"Não, do que eu saiba"</i>

EIXO 8: ANALISAR AS AÇÕES E/OU INICIATIVAS SOBRE PNCT DENTRO DO HOSPITAL E ENTENDER SE EXISTE UMA ESTRUTURA DEFINIDA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS TABAGISTAS

Entrevistado(a)	Resposta
EG1	<i>Sim, hoje via Nesdeq, que hoje é um ambulatório ligado à psiquiatria. Era um programa de extensão e agora está como um ambulatório. Nesse momento, eu acho que está envolvendo só a equipe médica-psiquiatria. Não só o tabagismo, é todo tipo de dependência... critérios sim, eu posso me certificar melhor, eu realmente não sei dizer. Eu tenho experiência de outros atendimentos que eu sei que ampliava, saía só do tabagismo, mas eu não sei se isso vai se configurar mesmo assim..</i> <i>ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO - Existe, está sendo montado agora, é uma porta aberta por enquanto todas as quintas-feiras à tarde. É demanda espontânea ou encaminhamentos. Eles vão fazer uma avaliação inicial nas quintas e a depender dessa avaliação as pessoas têm um tipo de acompanhamento que, pelo que eu entendi, são grupos dialógicos também, né? Uma perspectiva de manter grupos em que as pessoas possam discutir o tema, enfim, pensar a medicação também como suporte, mas a discussão como um elemento aí de reflexão, né? Pelo que eu entendi, tem o primeiro atendimento que é individual, depois atendimento em grupo e o suporte medicamentoso.</i>
EG2	<i>Atualmente nós temos médicos que fazem abordagem clínica puramente medicamentosa, focada no aspecto medicamentoso, sabe? Então, eu não tenho</i>

	<p>conhecimento se há uma abordagem multidisciplinar, desconheço, até acredito que não.</p> <p><i>ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO</i> - Não, muito embora, até porque nós entendemos, nós enquanto Ebserh, entendemos que esta abordagem é uma abordagem que de fato deveria ficar na atenção básica, então não há nenhum incentivo por parte da liderança da rede que a gente aborde esses aspectos que são da atenção básica, para que a nossa vocação, para que os recursos pessoais e financeiros possam ser voltados realmente para a média e alta complexidade dentro da hierarquia do SUS.</p>
EG3	<p>via DivGP. A gente tem campanhas, né, de certa maneira, e aí são as mais diversas possíveis, em algum momento, ela aborda”. É um serviço que teria dentro da pneumologia, mas é cuidado médico. Até porque, infelizmente, né, essa interdisciplinaridade que deveria ser mais frequente em tudo, eu acho que ela ainda é incipiente na saúde como um todo, né? As visitas mesmo que acontecem, eu sou médico e, assim, sei que, às vezes, o pessoal não agrega todas as outras profissões na discussão dos casos e tudo, e não sabe o quanto se perde com isso, né?.</p> <p><i>ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO</i> - Mais uma vez, assim, eu acredito que dentro da pneumologia, né? Que aí, sim, acho que mais até do que a própria ONCO, eles devam tratar, encaminhar.</p>
EG4	<p>Tem como eu disse esse ambulatório de dependência química que a gente também atende o paciente tabagista. Antes estava sendo por demanda espontânea, a gente estava absorvendo, mas por mudanças na forma de entrada ambulatório, que agora vai ser via regulação do estado, aí o ambulatório foi fechado e agora a demanda vai ser através da SES, da regulação.</p> <p><i>ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO</i> - Infelizmente só tem o médico mesmo, por falta de pessoal e de conseguir, mas a gente já pediu. Porque um ambulatório de dependência química que só tem o psiquiatra, mas muito aquém do que a gente conseguiria se tivesse uma equipe mínima. Eu acho que o mínimo psicólogo e uma assistente social. Com certeza, se a gente pudesse ampliar aí em terapia ocupacional.</p>

EIXO 9 - AVALIAR O INVESTIMENTO NA FORMAÇÃO DA EQUIPE PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA PNCT

Entrevistado(a)	Resposta
EG1	<p>Veja, na verdade, eu acho que como a gente está ligado ao SUS, existe aí também uma prerrogativa de fazer esse alinhamento com a política do SUS e com todas as suas possibilidades. Então, específico do HC não, mas tem um incentivo nesse sentido, né? De que possa abrir novos serviços, de responder a uma demanda, então não tem nada que eu saiba específico. E sei que o atendimento foi atrelado a uma lógica que o próprio SUS propôs, do curso, né? Realizar o curso do INCA para poder ter esse atendimento numa forma de alinhar o cuidado, né?..</p>
EG2	<p>Exceto na pneumologia e na clínica médica, onde os residentes e graduandos têm aulas sobre a política e os malefícios do tabaco e tem uma visão sobre o tratamento medicamentoso, em geral para o restante dos residentes e graduandos não há esse foco não e com respeito ao treinamento deles é complementado nos rodízios externos, quando eles rodam fora do hospital aí o medicina da família e da comunidade também, eles também têm essa mesma abordagem.</p>
EG3	<p>Não. Eu desconheço, viu, isso. Mas olha que eu não sou dos mais, dos menos antenado, não. A própria rede, ela hoje em dia, não tem nem a ver com isso aí, mas</p>

	<i>tem se preocupado muito com a política de saúde mental, com materno infantil, com a questão do trans, né? Não é o LGBT.</i>
EG4	<i>Os que eu fiz em residência foi o do Inca, né? Que ele (Inca) faz duas vezes no ano, né? E a gente foi atrás por uma necessidade ambulatorio. Não foi nada também do hospital, nem indicação do hospital.</i>

EIXO 10 - VERIFICAR O CONHECIMENTO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO PNCT NO HOSPITAL E POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MELHORIAS

Entrevistado (a)	Resposta
EG1	<i>Pronto, na verdade, eu não tenho tanta propriedade para te dizer. Primeiro porque o próprio cuidado ainda não iniciou, então a gente não tem um plano de avaliação no sentido de saber como é que se operacionalizou. Mas sei que o próprio cuidado e esse processo todo, né? Essa linha de cuidado, em relação, ao controle do tabagismo tem um monitoramento que faz com que a política se implemente a partir desse monitoramento. Se efetivar e a gente poder ver o que avançou ou não, mas hoje eu não tenho parâmetros para poder te dizer. Mas o que eu acho? Eu acho superpositivo, né? A avaliação é de que ter um serviço desse responde a uma demanda importante, né? Estabelece a gente aí como lugar de referência e ajuda no processo de formação, porque a gente é uma escola, e isso é extremamente importante, que a gente tenha uma variedade de ofertas, né? E considerando também um pouco essa lógica da redução de danos, a gente poder fazer, estreitar essas discussões, né? De uma prática que seja compatível com o cuidado e essa lógica de reduzir danos.</i>
EG2	<i>O avanço recente foi a gente conseguir disponibilizar as drogas disponíveis no SUS para distribuição interna para os pacientes que frequentam o HC ou que são tratados no ambulatorio de pneumologia, isso foi bem recente. Eu acredito que a gente deveria ter uma maior propaganda antitabagismo com recomendações e orientações e até abordando os aspectos dessa prática do impacto na saúde para os nossos colaboradores, para o nosso público interno externo porque não, mas assim, focado mais no nosso público interno, já que nós temos também essa responsabilidade de orientar o nosso público interno.</i>
EG3	<i>Então, eu, assim... Se ela tiver, né? Aí eu acho que o que precisa avançar e aprimorar é melhorar a comunicação, a capilarização da informação, os acessos das pessoas, né? Dos pacientes, propriamente dito, para poder ter. Porque aí eu estou considerando que a gente tenha... E que, por exemplo, eu, que sou uma pessoa que está na gestão, eu realmente não soube dizer se está implementado, instalado. Então talvez o maior avanço, a melhoria, seria mais divulgação, né? Mais campanha de divulgação e mostrar o fluxo, né? Como é que poderia acontecer.</i>
EG4	<i>Eu acho fundamental, né? O espaço que a gente está dando é tentando sensibilizar para que isso aconteça. Quanto mais gente nesse processo, melhor. Acho que é um problema que a gente deixa escapar muito, né? É como se fosse um elefante branco na frente e a gente deixando passar toda hora. Isso em todas as clínicas que eu atendo os pacientes aqui, né? As cirúrgicas, as clínicas. Mais uma vez, é uma coisa que eu vejo, pelo menos que eu tenha conhecimento. Essa iniciativa da estruturação de um protocolo e discutir esse tema com o pessoal da psiquiatria e o interesse da pneumologia em conversar, mas que a gente não está progredindo muito nessa conversa.</i>

EIXO 11 - ANALISAR A EFETIVIDADE DA POLÍTICA E OS CAMINHOS POSSÍVEIS

Entrevistado (a)	Resposta
EG1	<i>Não sei te dizer, não tenho elementos, porque na verdade o que eu vejo é que tem uma abertura, ele está sendo implementado, não soube de nenhuma dificuldade, ao contrário, existe uma lógica, né? Que passa, sim, por entender essa importância, então acho que não houve nenhuma resistência. O desafio seria implementar, ver uma possível regulação, para a gente poder ter uma organização, uma maior disseminação desse serviço, né? Então acho que o desafio é poder colocar em prática e ver que necessidades elas vão aparecer. Acho que o desafio de todo serviço é ter a infraestrutura. Então, mais gente, mais insumos, de pessoal capacitado, acho que seria um pouco isso, né? A partir do que está positivo, a gente aumenta. Melhorar. Porque hoje está circunscrito a uma psiquiatria e os residentes, né? Mas quem sabe isso possa ser ampliado em função da demanda e da referência que a gente cria.</i>
EG2	<i>Eu acho que talvez um direcionamento central da administração central da Rede Ebserh com um direcionamento. Nós hoje trabalhamos em rede, as orientações de programas são verticalizadas, são orientadas a partir das decisões de Brasília e isso deveria, isso poderia melhorar se o foco fosse realmente verticalizado para toda a rede. Internamente acho que o que pode melhorar é a maior quantidade de notícias informativas em nossos meios de comunicação, divulgação interna, talvez ações como um dia internacional de tabaco, houvesse uma campanha, uma lembrança das pessoas, eu acho que isso também seria ações importantes. Porque muito embora a gente esteja em um ambiente hospitalar, um ambiente onde as pessoas, os profissionais lidam com a saúde da população, mas esses mesmos profissionais muitas vezes fumam, não têm orientação, não têm uma forma, uma condução, um suporte para também não iniciarem, ou caso sejam tabagistas, pararem de fumar. Acho que esse foco também deveria haver para os nossos profissionais também, além de que o tabagismo é a questão do aumento do risco em inúmeras doenças e doenças oncológicas. Eu acho que, a opinião minha, a gente teve grandes campanhas muito fortes nas décadas de 80, de 90, que fizeram, que mudaram uma cultura, talvez criando aquela cultura do tabaco, mas essas mesmas campanhas não ativeram o mesmo ritmo e intensidade e gerações que vieram após esse período, após os anos 90, por exemplo, estão recrudescendo essa coisa de voltar a fumar e nós não estamos com aquela mesma ênfase voltadas para essa advertência, para essa orientação.</i>
EG3	<i>Talvez seja que tenha uma pessoa que lidere o processo. Porque, em havendo, é o que eu digo aqui para tudo e para todos, sabe? Essas... políticas, sejam de tabaco ou qualquer outra... É uma política pública. A gente, enquanto gestão, a gente... É plataforma para essas pessoas possam desenvolver, sabe? As políticas que têm. Então, talvez, assim... O que precise, né? Alguém que lidere o processo, que chegue, que traga, que peça o apoio, porque vai ter.</i>
EG4	<i>Eu acho que é a organização. Eu acho que as pessoas que têm um pouco de interesse em liderar isso, se juntar com a direção para tentar estruturar tanto a questão dos pacientes internados quanto ambulatorial. Então, eu acho que tem condições. Se a gente direcionar para um grupo só, pode ficar sobrecarregado, é difícil. Então, é só pneumo, só a psiquiatria. Eu acho que fica difícil. Agora, se a gente juntar, e mais uma vez lembrando que não precisa ser médico, né? Mas se a gente conseguir enfermeiro, assistente social, outros profissionais que possam ajudar, isso aí teria ampliado.</i>