

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS PROGRAMA
DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL:
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL
FRENTE À CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO
NO CONTEXTO DE CONTRAREFORMA DO ESTADO**

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

RECIFE, NOVEMBRO/2015

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI

ANÁLISE DA POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL FRENTE À
CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO
NO CONTEXTO DE CONTRAREFORMA DO ESTADO

Tese de Doutorado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Ana Cristina Souza Vieira.

Recife
2015

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C376a Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa
Análise da política de controle de tabagismo no Brasil frente à convenção-quadro para o controle do tabaco no contexto de contrarreforma do estado / Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti, 2016.
151 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Cristina Souza Vieira.
Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.
Inclui referências e anexos.

1. Política de saúde. 2. Fumo – Legislação. 3. Fumo – vício – tratamento. 4. Política nacional de controle do tabagismo. I. Vieira, Ana Cristina Souza. II.

362 CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2016 – 0018)

SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL FRENTE À
CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO
NO CONTEXTO DE CONTRAREFORMA DO ESTADO**

Tese de Doutorado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Ana Cristina Souza Vieira.

Aprovado em: 30/11/2015.

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Cristina Souza Vieira
Deptº Serviço Social – UFPE

Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares
Deptº Serviço Social – UFPE

Profa. Dra. Sheilla Nadíria Rodrigues da Rocha
Deptº Serviço Social – UPE

Profa. Dra. Cecile Soariano Rodrigues
Deptº Epidemiologia e Saúde Pública – UPE

Profa. Dr. Marcus Túlio Caldas
Deptº Psicologia – UNICAP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a dona Bel
que na sua simplicidade me apresentou o mundo.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um esforço conjunto através de uma longa trajetória, são muitos os que contribuíram nesse processo e não poucas as horas que dispensaram nesse período, por isso e por tantos outros motivos meu sincero e profundo agradecimento.

À minha família, sobretudo aos meus pais – dona Bel e seu Lourival, Cida, Pedro, Araújo, Júnior e Mano meus irmãos e irmã, sobrinhos e sobrinhas cuja convivência abdicou nesse processo. Particularmente, não tenho palavras para expressar o papel e o significado de cada um em minha vida.

Especialmente Dona Bel (*24/08/1944 +27/09/2014), mãe amada de quem carrego profunda admiração pela sua história, coragem e retidão perante os desafios da vida e do mundo. Ela que lutou por quase trinta anos contra uma cardiopatia grave, o que não a impediu de viver seus sonhos, de amar e ser amada. Ela que via em cada ser humano a centelha divina que só o amor permite enxergar. Por tudo isso e por muito mais, ela deixa um espaço impossível de preencher.

Especialmente Araújo (*06/11/1971 +05/07/2015), irmão amado, que nos deixou inadvertidamente num belo dia de sol. Ele que venceu todos os obstáculos que a vida colocou, superou todas as expectativas. Ele que entrava em qualquer parada para defender a irmã caçula que fui e que não se encabulava de me passar à perna mesmo assim. Fruto de minha profunda admiração, não tinha medo de viver, amou da forma mais plena que se permitiu amar, deixa saudades sem medida.

Especialmente seu Lourival, pai amado, detentor de força e coragem incomuns. Ele que educou com palavras numa época em que educar tinha outro significado. Ele que

conheceu o trabalho aos 08 anos de idade, quando teve seu pai arrancado do convívio familiar. Ele que no último ano perdeu o amor de sua vida, o filho amado e o irmão querido. Perdas demais em tão pouco tempo para qualquer ser humano, mas que na convivência e na partilha segue em frente no seu tempo e no seu próprio ritmo. Ele que sempre teve a exata noção do peso do acesso à educação nas nossas vidas. Foram tantas lições, tantos aprendizados, impossível mensurar todos eles...

Ao Ítalo, companheiro de jornada, com quem tenho o privilégio de dividir a vida, as esperanças, os sonhos, os afetos... Meu amor de carnaval, das virgens de Olinda... São 18 anos de caminhada, mas séculos de amor. Esse ser destemido que se lança na vida e no mundo sem um pingão de medo sequer. Meu sincero agradecimento e amor.

À Sofia, filha querida, pessoa extraordinária, determinada, adorável, destemida, linda e talentosa. Eu não tenho palavras para expressar minha profunda admiração por você. Parafraseando você: eu te amo desde que o universo era uma sementinha, antes do planeta terra, dos dinossauros, de tudo... eu já te amava e cada dia amo mais.

A minha orientadora professora Dra. Ana Cristina Souza Vieira, a quem tive o prazer de conhecer ainda na Graduação em Serviço Social. Tive o prazer de sua orientação durante meu Mestrado e agora no Doutorado. Pessoa e profissional inigualável, a quem nutro profunda admiração por sua dedicação, afincamento e perseverança. Minha eterna gratidão.

Aos docentes da pós graduação em Serviço Social pelo conhecimento compartilhado e pela dedicação e persistência.

Às professoras Dra. Raquel Cavalcante Soares, Dra. Sheilla Nadéria Rodrigues Rocha, Dra. Cecile Soriano e Dr. Marcus Túlio Caldas, integrantes da banca da minha defesa do doutorado por suas contribuições na qualificação do trabalho aqui apresentado, meus sinceros agradecimentos e admiração.

Aos colegas de doutorado por dividirem a experiência vivenciada no processo de aprendizagem.

Às colegas Assistentes Sociais do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC da Universidade de Pernambuco – UPE, pelo apoio indiscutível, pela torcida e pelas quais tenho profunda admiração. Desde 2006 em companhia de pessoas extraordinárias. O privilégio é todo meu.

Aos colegas da Prefeitura do Recife, quando na coordenação de controle de tabagismo e outros fatores de risco de câncer partilharam sonhos, esperanças e sabedorias, especialmente Maristela, Marcus Túlio, Evandro e Joanyze.

Às colegas Galba Taciana, Sheilla, Renata e Christiane por partilharem lembranças, alegrias, desafios, superações e por partilharem vida.

Às colegas Assistentes Sociais de espaços outros que de uma forma ou de outra estiveram sempre comigo nessa caminhada. Irmãs de coração e de jornada.

E a todos e todas que contribuíram nesse processo, cuja memória falha não permite lembrar, mas certamente o coração não permite esquecer.

Eu vejo um horizonte trêmulo
Eu tenho os olhos úmidos
Eu posso estar completamente enganado
Posso estar correndo pro lado errado
Mas a dúvida é o preço da pureza
E é inútil ter certeza
Eu vejo as placas dizendo "Não corra"
"Não morra", "Não fume"
Eu vejo as placas cortando o horizonte
Elas parecem facas de dois gumes
(Engenheiros do Hawaii)

RESUMO

A presente tese de doutorado teve por objetivo analisar a Política Nacional de Controle do Tabagismo frente à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS. Mediante pesquisa documental foram analisadas 22 (vinte e duas) normativas brasileiras distribuídas nos seguintes eixos temáticos: oito normativas vinculadas a *proteção à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco* – Lei nº 7.748/1986, Portaria nº 3.257/1988, Lei nº 9.294/1996, Decreto Presidencial nº 2.018/1996, Lei nº 10.167/2000, Lei nº 10.702/2003, Lei nº 12.546/2011 e Decreto nº 8.262/2014; quatro normativas vinculadas a regulamentação da *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde* – Portaria MS / GM nº 1.575/2002, Portaria MS/GM nº 1.035/2004, Portaria SAS/MS nº 442/2004 e Portaria MS/GM nº 571/2013; cinco normativas de *políticas vinculadas ao controle de tabagismo no Brasil* – Portaria nº 2.439/2005, Portaria nº 687/2006; Portaria nº 1.996/2006; Lei nº 11.343/2006; e Portaria nº 874/2013; e cinco vinculadas à *implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil* – Decreto nº 3.136/1989; Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003, Decreto Legislativo nº 1.012, Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006 e Decreto Presidencial de 16 de março de 2012. Discutimos a contrarreforma do Estado na política de saúde e seus rebatimentos na oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de saúde, identificando que oferta de tratamento está aquém da demanda apresentada, a proposta de tratamento e método único ofertado, da assistência centrada na cessação não condizem com as políticas e normativas vigentes, escassez de recursos no âmbito público e o repasse a iniciativa privada, a sobrecarga dos profissionais envolvidos na oferta de tratamento atualmente centrada na atenção básica.

Palavras-chave: contrarreforma, política de saúde, convenção-quadro para o controle do tabaco, oferta de tratamento no sistema único de saúde.

ABSTRAT

The present doctoral thesis was to analyze the National Policy on Tobacco Control front of the Framework Convention on Tobacco Control in the context of counter-reform the Brazilian state and its repercussions on the provision of treatment for nicotine dependent in unified health system - SUS. By documentary research analyzed 21 (twenty-two) Brazilian normative distributed in the following themes: Eight regulations related to protection from exposure to smoke from tobacco products - Law No. 7,748 / 1986, Decree No. 3,257 / 1988, Law No. 9.294 / 1996 Presidential Decree No. 2,018 / 1996, Law No. 10.167 / 2000, Law No. 10,702 / 2003, Law No. 12,546 / 2011 and Decree No. 8,262 / 2014; four regulations related to regulation of the provision of treatment for nicotine dependent in unified health system - SUS - Ordinance MS / GM No 1575/2002, Decree MS / GM No 1035/2004, Ordinance SAS / MS No. 442/2004 and Decree MS / GM No 571/2013; five of regulatory policies related to tobacco control in Brazil - Ordinance No. 2439/2005, Ordinance No. 687/2006; Ordinance No. 1,996/2006; Law No. 11.343 / 2006; and Ordinance No. 874/2013 five related to the implementation of the Framework Convention on Tobacco Control in Brazil - Decree No. 3,136 / 1989; Presidential Decree of August 1, 2003, Legislative Decree No. 1012, Decree No. 5658 of January 2, 2006 and Presidential Decree of 16 March 2012. We discussed the counter-reform of the state in health policy and its repercussions on the provision of treatment for nicotine dependent on the health System, identifying which treatment provision falls short of the presented demand, the proposed treatment and only offered method of focused assistance in cessation are not consistent with the policies and regulations in force, resource scarcity in the public sphere and lending to the private sector, the burden of professionals involved in treatment provision currently focused on primary care.

Keywords: State counter-reform, health policy, a framework convention for tobacco control, treatment provision in the unified health system – SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01:	Comparação entre dependência de nicotina e de outras drogas	62
Quadro 02:	Normativas sobre tabagismo no Brasil – proteção contra os riscos da exposição à fumaça do tabaco e derivados e previsão de oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde.	70
Quadro 03:	Normativas sobre tabagismo no Brasil – oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS.	91
Quadro 04:	Normativas sobre tabagismo no Brasil – implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil.	98
Quadro 05:	Normativas vinculadas a implantação do Artigo 8 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	107
Quadro 06:	Normativas vinculadas a implantação do Artigo 9 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	108
Quadro 07:	Normativas vinculadas a implantação do Artigo 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	109
Quadro 08:	Competências de Gestão na atenção ao tabagista no SUS	118
Quadro 09:	Formação de Recursos Humanos ofertada pelas Políticas vinculadas à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas	128

LISTA DE SIGLAS

AAPCS	- Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária
ACT	- Aliança para o Controle do Tabagismo
ACT+	- Aliança para o Controle do Tabagismo + Saúde
ACTBr	- Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil
ADECON	- Associação de Defesa da Cidadania do Consumidor
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância à Saúde
APAC	- Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	- Atenção Primária à Saúde
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CACON	- Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	- Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	- Centro de Atenção Psicossocial para demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas
CBAS	- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CCTOFRFC	- Coordenação de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer
CEAS	- Conselho Estadual de Assistência Social
CEBES	- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEO	- Centro de Especialidades Odontológicas
CIDA	- Agência de Cooperação Internacional do Canadá
CFESS	- Conselho Federal de Serviço Social
CMAS	- Conselho Municipal de Assistência Social
CLT	- Convenção das Leis Trabalhistas
CNAS	- Conselho Nacional de Assistência Social
CONASEMS	- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CPTRA	- Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo
CQCT	- Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CRESS	- Conselho Regional de Serviço Social
DAB	- Departamento de Atenção Básica

DANT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEGES	- Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DPOC	- Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas
DNDCD	- Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas
DNPS	- Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DSS	- Divisão de Serviço Social
EaD	- Ensino a Distância
ECS	- Estratégia Comunidade Solidária
ENPESS	- Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FEDP	- Fundação Estatal de Direito Privado
FHC	- Fernando Henrique Cardoso
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
GACTB	- Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil
GM	- Gabinete do Ministro
HGV	- Hospital Getúlio Vargas
HR	- Hospital da Restauração
HSE	- Hospital dos Servidores do Estado
HUOC	- Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IAPs	- Instituto de Aposentadorias e Pensões
IARC	- International Agency for Reserach on Cancer
IGTC	- Institute for Global Tobacco Control
IPmed	- Instituto de Pesquisa e Ensino em Medicina Diagnóstica e Terapeutica
IPI	- Imposto sobre Produtos Industrializados
IMIP	- Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
INPS	- Instituto Nacional de Previdência Social
MARE	- Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MJ	- Ministério da Justiça
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NISC	- Núcleo Integrado de Saúde Coletiva da Universidade de

Pernambuco

OMC	- Organização Mundial do Comércio
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
OPNCT	- Observatório da Política Nacional de Controle de Tabagismo
OS	- Organizações Sociais
OSCIP	- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAAPA	- Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar
PAAP	- Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar
PAB	- Piso da Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO	- Pan American Health Organization
PASS	- Programa de Ação Social em saneamento
PASEP	- Programa de Integração do Patrimônio do Servidor Público
PIS	- Programa de Integração Social
PLANFOR	- Plano Nacional de Formação Profissional
PNAE	- Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAL	- Política Nacional de Atenção Oncológica
PNCF	- Programa Nacional de Combate ao Fumo
PNCT	- Política Nacional de Controle de Tabagismo
PNI	- Programa Nacional de Imunização
PNEPS	- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNTE	- Programa Nacional de Transporte Escolar
PPI	- Pactuação Plurianual Integrada
PRODEA	- Programa de Distribuição de Alimentos
PROGER	- Programa de Geração de Emprego e Renda
PSE	- Programa Saúde do Escolar
PSF	- Programa Saúde da Família
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
REDE ACT	- Rede do Controle do Tabagismo
REDEH	- Rede de Desenvolvimento Humano
RENAME	- Relação Nacional de Medicamentos Especiais
RITS	- Rede de Informações para o Terceiro Setor

RTZ	- Rede Tabaco Zero
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SENAD	- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SCIELO	- Scientific Electronic Library Online
SESAU	- Secretaria de Saúde
SGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIA	- Sistema de Informação Ambulatorial
SUDS	- Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUPERA	- Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
TIRC	- Comitê de Pesquisa da Indústria do Tabaco
UDED	- Unidade de Dependência de Drogas
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
UNIFESP	- Universidade Federal de São Paulo
UNASUS	- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UPE	- Universidade de Pernambuco
UBS	- Unidade Básica de Saúde
USF	- Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

Introdução	18
Capítulo I – A Contrarreforma do Estado e a Política de Saúde	34
1.1 – As Políticas Sociais no Neoliberalismo	34
1.2 – A Política de Saúde no contexto da contrarreforma	39
Capítulo II – A Política de Controle do Tabagismo no Brasil	57
2.1 – A trajetória da Política de Controle do Tabagismo no Brasil	58
2.1.1 – O Programa Nacional de Controle do Tabagismo	72
2.1.2 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL	74
2.1.3 – A oferta para tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS	77
Capítulo III – A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e a Política de Controle de Tabagismo no Brasil	93
3.1 – A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil	94
3.1.1 – As Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco	100
3.2 – A Política de Controle de Tabagismo no Brasil, as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Educação Permanente em Saúde, de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas	110
3.2.1 – A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS	116
Considerações Finais	130
Referências	135
Anexos	148

INTRODUÇÃO

Este trabalho é produto dos estudos desenvolvidos no Programa de Doutorado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e a temática tem origem no cotidiano de trabalho ao longo da última década.

Nosso primeiro contato com as ações de tabagismo ocorreu em novembro de 2008, quando passamos a atuar na Coordenação de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer – CCTOFRFC, da Secretaria de Saúde – SESAU do Recife. Concomitantemente, passamos a desenvolver ações de controle de tabagismo e outros fatores de risco de câncer no Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC, da Universidade de Pernambuco – UPE.

A Política Nacional de Controle do Tabagismo nos chamou a atenção por corroborar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, apontada como primeiro tratado internacional de Saúde Pública da Organização Mundial de Saúde – OMS. Este tratado tem por objetivo¹ “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” através de iniciativas para o controle do tabagismo nos países participantes.

No âmbito da política pública está inserida na Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS, na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (antes Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS e capitaneada pelo Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva– INCA. Cada Estado e cada município possuem de modo próprio coordenações locais de controle de tabagismo e

¹ Artigo 3º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT.

desenvolvem ações em consonância com a política nacional de controle de tabagismo e, mais especificamente, com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT.

Baseada nos preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS, tais políticas são operacionalizadas por profissionais de nível superior entre eles o Assistente Social nos diversos níveis vinculados. Dentre as ações desenvolvidas pelo Assistente Social inserido nas políticas locais de controle de tabagismo há a predominância do atendimento direto ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS através de ações sócio assistenciais, de articulação com a equipe e ações socioeducativas².

O atendimento direto ao usuário acontece nas unidades de saúde que ofertam tratamento para dependentes de nicotina, nos termos da Portaria nº 571, do Ministério da Saúde – MS, de 05 de abril de 2013, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina deve ocorrer, prioritariamente, na atenção básica, podendo ser ofertado na média e alta complexidade, compreendendo desde Unidades de Saúde da Família – USF, Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Hospitais Gerais, dentre outros.

De acordo com dados da Coordenação Estadual de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer de Pernambuco os seguintes municípios ofertam tratamento para dependentes de nicotina: Abreu e Lima, Aliança, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Garanhuns, Ipojuca, Itamaracá, Itambé, Jaboatão dos Guararapes, Nazaré da Mata,

² Ações sócio assistenciais, de articulação com a equipe e ações socioeducativas contempladas no documento Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Olinda, Palmares, Paudalho, Petrolândia, Recife³, Salgueiro, Timbaúba, Venturosa e distrito de Fernando de Noronha.

A condução desse tratamento não é exclusiva dos Assistentes Sociais, pelo contrário Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais e Odontólogos fazem parte da equipe multidisciplinar de atendimento aos dependentes de nicotina. Além dos grupos para dependentes de nicotina, as políticas locais de controle de tabagismo também desenvolvem ações socioeducativas através de palestras, sensibilização, campanhas e formação de recursos humanos.

A Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2004a) considera que o tabagismo é uma epidemia global responsável por cerca de quatro milhões de mortes anuais, das quais mais de 600 000 por exposição involuntária às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos derivados do tabaco, o que é denominado *tabagismo passivo*. Essa exposição refere-se à corrente secundária de fumaça, aquela que circula no ambiente e que inicialmente não é inalada pelo fumante. Assim, toda pessoa presente em ambientes em que há consumo do cigarro está sujeita a essa exposição, sendo chamado de *fumante passivo*.

O fumante por sua vez está exposto à fumaça decorrente da corrente primária (inalada pelo fumante) e secundária (presente no ambiente), por esse motivo está duas vezes mais exposto (em relação ao fumante passivo) às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos derivados do tabaco. O *fumante passivo*, entretanto, poderá ter sua exposição

³ Especificamente no município do Recife há grupos para tratamento no Hospital da Restauração – HR e Hospital dos Servidores do Estado – HSE (apenas para servidores); no Hospital Getúlio Vargas – HGV, vinculados ao governo do Estado de Pernambuco. Os grupos vinculados à Prefeitura Municipal do Recife são ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial para demandas associadas ao consumo de álcool e outras Drogas – CAPSad: Vicente Araújo (01 grupo), CPTRA (02 grupos), Eulâmpio Cordeiro (03 grupos), René Ribeiro (01 grupo) e José Lucena (01 grupo), localizados nos Distritos Sanitários II, III, IV, V e VI, respectivamente. Os distritos I, V e VI contam atualmente com grupos de tratamento em Unidades de Saúde da Família (01 grupo em cada distrito), o distrito I está ainda em processo de abertura de grupo de tratamento na Central de Alergologia. Cada grupo tem capacidade de atender até 15 (quinze) usuários ao mesmo tempo, uma média de atendimento de até 165 pessoas, anualmente esse número pode chegar a 330 pacientes atendidos. Há ainda a proposta em curso para abertura de ampliação de abertura de grupos de tratamento na Atenção Básica com formação prevista para o início de dezembro voltada para a abertura de grupos na atenção básica.

multiplicada dependendo do número de fumantes no ambiente do trabalho e/ou doméstico. O trabalhador vinculado ao ramo de entretenimento (bares, boates, restaurantes, dentre outros), por exemplo, estariam sujeitos às substâncias tóxicas de inúmeros clientes presentes nesses estabelecimentos, justificando assim as ações vinculadas na legislação para proteção de ambientes livres de fumo como veremos adiante.

No mundo há atualmente 1,1 bilhão de fumantes e a estimativa, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é de “que, se a atual tendência de consumo for mantida nos próximos 30 a 40 anos, quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia idade, a epidemia tabagística será responsável por 10 milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento” (BRASIL, 2001). No Brasil de acordo com dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) são 200 mil mortes anuais por doenças tabaco-relacionadas (BRASIL, 2004a).

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo e até 2020 será a primeira, quando se tornará responsável por uma em cada oito mortes no planeta. Os fumantes mortos em meia idade perderam em média 20 anos de expectativa de vida. Diariamente, entre 80 e 100 mil jovens tornam-se fumantes regulares, um quinto desses jovens começou a fumar antes dos dez anos de idade, a previsão é de 250 milhões de mortes das crianças e adolescentes quando estes chegarem à meia idade (The Tobacco Atlas & GYTS Collaborative Group Apud SAMET, 2008b).

Historicamente o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida durante pelo menos quatro séculos, nesse período

o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo por acreditar-se que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capaz de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado, e dos intestinos, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora com controvérsias sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos (PAHO apud Brasil, 2001).

De acordo com Samet (2008a) foi em 1938 que Raymond Pearl “relatou que fumantes não vivem tanto quanto não fumantes” no ano seguinte Franz Hermann Muller, na Alemanha, encontrou “forte relação dose-resposta entre fumo e câncer de pulmão”. Apenas na década de 1950 foram veiculados três importantes caso controle: Morton Levin com estudo ligando “o fumo ao câncer de pulmão”; Ernst L. Wynder e Evarts A. Graham destacando em seu estudo que “96,5% dos portadores de câncer de pulmão entrevistados eram fumantes”; e Richard Doll e Bradford Hill “concluindo que fumantes pesados têm 50 vezes mais chances de ter câncer de pulmão”. O estudo de Wynder, de 1954, demonstrou ainda que “o tabaco aplicado no dorso de ratos produzia tumores” (SAMET, 2008a).

Tais estudos⁴ motivaram o governo americano à “criação do Comitê de Pesquisas da Indústria do Tabaco – TIRC, em 1954; posteriormente, renomeado Conselho de Pesquisa do Tabaco”. Esse comitê chegou à conclusão de que fumar é: “uma causa de câncer de pulmão e laringe em homens; uma causa provável de câncer de pulmão em mulheres; a causa mais importante de bronquite crônica; um risco que justifica medidas de correção” (SAMET, 2008a).

Ainda de acordo com esse autor as evidências científicas indicam que a exposição à fumaça do cigarro está relacionada a vários tipos de câncer, tais como: leucemia, faringe nasal e oral, laringe, esôfago, pulmão, fígado, estômago, pâncreas, rim, cérvix, uretra e bexiga. A exposição à fumaça do tabaco também está relacionada a várias outras doenças, dentre elas: acidente vascular cerebral, catarata, doença coronária, saúde enfraquecida, doença arterial periférica aterosclerótica e doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC.

A OMS, através da International Agency for Reserach on Cancer – IARC, lançou em 2004, o primeiro estudo sobre tabagismo passivo evidenciando os riscos da exposição à

⁴ A indústria do tabaco após a veiculação desses primeiros estudos científicos passou a investir em campanhas publicitárias direcionadas ao consumidor voltadas a tranquilizar a população acerca da ausência de evidências científicas quanto ao risco da exposição à fumaça do cigarro.

fumaça ambiental do cigarro. Tabagismo passivo é a exposição involuntária à fumaça ambiental do cigarro. Neste contexto, toda pessoa presente em ambientes em que há consumo do cigarro está sujeita a essa exposição, sendo chamado de *fumante passivo*.

Dentre os prejuízos trazidos à saúde em crianças destacam-se: maior prevalência de doenças respiratórias, capacidade pulmonar reduzida, maior frequência de bronquite e pneumonia, aumento de tosse crônica e secreção, maior frequência de efusão do ouvido médio, maior gravidade de episódios e sintomas de asma, fator de risco para novas ocorrências de asma, fator de risco para síndrome da morte infantil súbita. A exposição à fumaça ambiental do cigarro ainda aparece como fator de risco para câncer de pulmão e doença cardíaca em adultos⁵.

De acordo com a OMS:

o tabagismo responde atualmente por 40 a 45% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por DPOC, cerca de 20% das mortes por doenças vasculares, 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos (WHO Apud BRASIL, 2001: 07).

A produção científica produzida ao longo das décadas vinculada à temática do tabagismo é bastante significativa, revisando riscos crescentes à exposição da fumaça do cigarro, estabelecendo fatores de risco, estudando os efeitos da fumaça do cigarro e estabelecendo as doenças tabaco-relacionadas.

Através do avanço científico nesta área foi possível determinar que a fumaça do cigarro possui mais de 4.720 substâncias tóxicas; destas, mais de 50 são cancerígenas e pelo menos 02 delas radioativas (BRASIL, 2004a). Na base de dados da Biblioteca Virtual em

⁵ Samet (2008a) utilizou os dados constantes em Relatório do Surgeon General (1984; 1986); Agência de Proteção Ambiental (EUA). (1992); California Environmental Protection Agency. (1997); UK Royal College of Physicians. (1998); Organização Mundial da Saúde. (1999); International Agency for Research on Cancer. (2004); Relatório do Surgeon General dos EUA. (2006).

Saúde – BVS⁶, por exemplo, é possível localizar 143.386 artigos científicos sobre tabagismo.

No Brasil, o controle do tabagismo se tornou mais evidente apenas a partir da década de 70, do século XX, através de manifestações organizadas inicialmente por:

profissionais isolados, associações médicas, religiosas e outras ONGs, sem nenhum apoio governamental. Na esteira das publicações científicas e de divulgação na mídia leiga, surgiram os primeiros projetos de lei, as manifestações públicas e declarações de entidades e algumas leis municipais e estaduais restritivas, campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigidos a escolares (BRASIL, 2001: 08).

O Ministério da Saúde, por sua vez, passou a desenvolver ações mais sistemáticas ao final da década de 80 através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT

construído com o apoio de alianças e parcerias e envolvendo dois grandes grupos de ações: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social (BRASIL, 2001: 08).

Neste contexto, foi possível propor legislações específicas para *proteger gerações presentes e futuras*, nos termos da CQCT, como a Lei 9.294/1996 que proíbe a publicidade e propaganda de produtos derivados do tabaco, bem como proíbe fumar em ambientes fechados de uso coletivo. E, mais recentemente, a Lei 12.546/2011 que proíbe, em todo o país, o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos e cachimbos em ambientes fechados, os chamados fumódromos, sejam eles privados ou públicos.

Do mesmo modo, foi possível pesquisar sobre a clínica da dependência da nicotina e ofertar locais de tratamento condizentes com a necessidade da população usuária do SUS ampliando o acesso e garantindo medicação de suporte para aqueles que necessitarem distribuídos gratuitamente, através do Ministério da Saúde na rede SUS.

No âmbito da oferta de tratamento para dependentes de nicotina, foi produzido pelo Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), material intitulado

⁶ Consulta realizada utilizando o descritor “tabagismo” na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível no link <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?q=tabagismo&where=&index=&lang=pt>. Acesso em 04/07/2015.

Abordagem e Tratamento do Fumante Consenso que traz o direcionamento acerca dos métodos eficazes para a cessação de fumar. Da mesma forma, o INCA produziu materiais específicos acerca do planejamento e das ações que deverão ser desenvolvidas por Estados e municípios no âmbito da oferta de tratamento.

Neste contexto, a produção de conhecimento acerca dos prejuízos causados pela exposição às substâncias tóxicas presentes na fumaça do cigarro, seja ela voluntária ou involuntária, seguiu seu curso conferindo subsídios para a formulação de políticas públicas voltadas para a proteção decorrente da exposição às substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos tabaco relacionados, bem como para a formatação de proposta de capacitação de recursos humanos para oferta de tratamento para dependentes de nicotina.

A política de controle de tabagismo é composta pelas ações do Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT, coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, pelo consubstanciado das normativas (a exemplo das expedidas pelo Ministério da Saúde – MS, Ministério do Trabalho – MT, dentre outros) e pelas ações dos diversos ministérios vinculadas ao controle do tabagismo no Brasil.

O mérito da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT está na pretensão de se configurar como uma resposta pública em nível global à atuação da indústria do tabaco. É bastante salutar a preocupação da OMS ao propor o primeiro Tratado Mundial de Saúde Pública, chamando a atenção aos Estados Nacionais da necessidade de atuação conjunta e articulada contra uma indústria específica. Neste contexto, se considerarmos os ministérios e normativas vinculadas o quantitativo de normativas é bastante amplo.

Netto (2010: 05) ao discutir teoria, método e pesquisa em Marx destaca que

a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento). Prossigamos: para Marx, o objeto da pesquisa (no caso, a sociedade burguesa) tem existência objetiva; não depende do sujeito, do pesquisador, para existir. O objetivo do pesquisador, indo além da aparência fenomênica, imediata e empírica – por onde necessariamente se

inicia o conhecimento, sendo essa aparência um nível da realidade e, portanto, algo importante e não descartável –, é apreender a essência (ou seja: a estrutura e a dinâmica) do objeto. Numa palavra: o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou.

Ainda de acordo com esse autor (2010: 16)

o método não é um conjunto de regras formais que se “aplicam” a um objeto que foi recortado para uma investigação determinada nem, menos ainda, um conjunto de regras que o sujeito que pesquisa escolhe, conforme a sua vontade, para “enquadrar” o seu objeto de investigação (...) é a estrutura e a dinâmica do objeto que comandam os procedimentos do pesquisador. O método implica, pois, para Marx, uma determinada posição (perspectiva) do sujeito que pesquisa: aquela em que se põe o pesquisador para, na sua relação com o objeto, extrair dele as suas múltiplas determinações.

Neste contexto, Marx em sua obra, articulou “três categorias nucleares – a totalidade, a contradição e a mediação – (...) [indicando] a perspectiva metodológica que lhe propiciou o erguimento do seu edifício teórico” (NETTO, 2010: 18).

Ao tratar especificamente da pesquisa em Serviço Social, que integra a “atitude investigativa compatível com o espírito do método em Marx” esse autor (Idem: 20-21) sinaliza três operações intelectivas, não necessariamente sucessivas:

o profissional necessita possuir uma visão global da dinâmica social concreta. Para isto, precisa conjugar o conhecimento do modo de produção capitalista com a sua particularização na nossa sociedade (...); precisa encontrar as principais mediações que vinculam o problema específico com que se ocupa com as expressões gerais assumidas pela “questão social” no Brasil contemporâneo e com as várias políticas sociais (públicas e privadas) que se propõem a enfrentá-las (...); [e] ao profissional cabe apropriar-se criticamente do conhecimento existente sobre o problema específico com o qual se ocupa. É necessário dominar a bibliografia teórica (em suas diversas tendências e correntes, as suas principais polêmicas), a documentação legal, a sistematização de experiências, as modalidades das intervenções institucionais e instituintes, as formas e organizações de controle social, o papel e o interesse dos usuários e dos sujeitos coletivos envolvidos etc. Também é importante, neste passo, ampliar o conhecimento sobre a instituição/organização na qual o próprio profissional se insere.

Sob essa perspectiva, problematizamos que o Brasil, no período de 1986 a 2014, evidencia através nas normativas existentes antes e após a assinatura e promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (e transversalidade nas políticas nacionais vinculadas: controle do tabagismo, educação permanente em saúde, promoção da saúde,

prevenção e controle do câncer, política sobre drogas), uma intenção de realizar o controle do tabaco no Brasil, mas a concretização desse controle apresenta descompasso na proteção da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco, formação de recursos humanos e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde.

Diante dessa problemática nossa hipótese é de que depois de 28 anos da primeira normativa vinculada ao controle do tabaco no Brasil as vinculadas à proteção dos riscos às doenças tabaco relacionadas possibilitaram um cenário favorável à implantação da CQCT no Brasil e à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS, entretanto a oferta de formação de recursos humanos e do tratamento em si permanece aquém da demanda reprimida.

Nesse contexto, esse trabalho teve por objetivo analisar a Política Nacional de Controle do Tabagismo frente à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

Dentre os pré-requisitos para a oferta para tratamento para dependentes da nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS estão: *a proteção à exposição a fumaça dos produtos derivados do tabaco; o desenvolvimento de ações educativas; e a capacitação de profissionais nos métodos de cessação* preconizados pelo Ministério da Saúde – MS e Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, consubstanciados na Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (e antes Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL), na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS.

As normativas analisadas nesse trabalho foram agrupadas por ordem cronológica e por eixo temático. Neste contexto, agrupamos as normativas em dois períodos: o primeiro compreendido de 1986 (data da primeira normativa vinculada) até 2005, período que antecede a Promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil, em 02 de janeiro de 2006, através do Decreto Presidencial nº 5.658/2006. O segundo período, compreendido de 2006 até 2014, quando a CQCT já estava em vigor no Brasil.

A partir do agrupamento dos períodos 1986-2005 e 2006-2014, foi possível evidenciar a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS na Política Nacional de Controle de Tabagismo antes e depois da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil e as respectivas aproximações da política nacional de controle do tabagismo com as ações previstas na CQCT.

Os eixos temáticos vinculados (*proteção à exposição a fumaça dos produtos derivados do tabaco; ações educativas; capacitação de profissionais nos métodos de cessação* preconizados pelo MS/INCA; e na *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde*) também foram agrupados pelos períodos supracitados.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT em seu texto base está organizada através das seguintes medidas e ações: *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.*

Na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco - CQCT, foram priorizados os seguintes artigos: artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; artigo 9 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização; e artigo 14 – Medidas de redução de

demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Tais artigos possuem vinculação direta com a *proteção à exposição a fumaça dos produtos derivados do tabaco; ações educativas; capacitação de profissionais nos métodos de cessação* preconizados pelo MS/INCA; e *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde*.

Para a discussão das políticas sociais no neoliberalismo e seus rebatimentos na política de saúde no Brasil, as determinações da contrarreforma do Estado à política de saúde e as particularidades da Política de Controle de Tabagismo (capítulo I) baseamo-nos na discussão das políticas sociais no Neoliberalismo, suas características e especificidades e seus rebatimentos para a Política de Saúde brasileira a partir do movimento da reforma sanitária até os dias atuais com base em autores como: Abramides (2006); Behring (1998); Braz e Netto (2007); Matos (2013); Mauriel (2010); Soares (2010); dentre outros da perspectiva crítica na discussão das políticas sociais, política de saúde e contrarreforma do Estado no Brasil.

Na discussão da particularidade da Política de Controle de Tabagismo no Brasil, baseamo-nos em Soares (2010) e as sete características apresentadas dos programas e projetos na atualidade no contexto da contrarreforma do Estado na política de saúde – *tecnificação da saúde; ampliação restrita; ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergência; privatização e mercantilização da saúde pública; Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública; promoção da Saúde restrita; e ampliação do tensionamento nos espaços de participação social*.

A análise da política de controle de tabagismo no Brasil foi dividida em dois momentos. O primeiro tratando-se da Política de Controle de Tabagismo no Brasil (capítulo II), destacando a trajetória da política de controle do tabagismo situando as primeiras iniciativas públicas de controle do tabaco no Brasil, incluindo o Programa Nacional de

Controle de Tabagismo e os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

E o segundo, tratando especificamente da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT e a Política de Controle de Tabagismo no Brasil (capítulo III), com destaque para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS integrantes da política de controle do tabagismo no Brasil após o Decreto Presidencial nº 5.658, de 02 de janeiro 2006, que promulgou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, no Brasil.

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS, está vinculada aos seguintes pré-requisitos: *a proteção contra a exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco – as unidades de saúde precisam ser ambientes livres de fumo; a oferta de tratamento propriamente dita; e a formação de recursos humanos para a oferta de tratamento no SUS.*

A escolha do material para análise obedeceu aos três pressupostos elencados acima. Dessa forma, foram identificadas e analisadas 22 (vinte e duas) normativas brasileiras que vão de 1986 a 2014. Assim, as normativas que não estão diretamente vinculadas foram descartadas aos pré-requisitos para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS. O mesmo aplica-se aos princípios constantes no documento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT e políticas nacionais vinculadas.

A partir da análise das normativas, foi possível agrupar os eixos temáticos, conforme distribuição abaixo.

- **Grupo 01:** oito normativas vinculadas a *proteção à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco* – Lei nº 7.748/1986, Portaria nº 3.257/1988, Lei nº 9.294/1996, Decreto Presidencial nº 2.018/1996, Lei nº 10.167/2000, Lei nº 10.702/2003, Lei nº

12.546/2011 e Decreto nº 8.262/2014.

- **Grupo 02:** quatro normativas vinculadas a regulamentação da *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde* – Portaria MS / GM nº 1.575/2002, Portaria MS/GM nº 1.035/2004, Portaria SAS/MS nº 442/2004 e Portaria MS/ GM nº 571/2013.
- **Grupo 03:** cinco normativas de *políticas vinculadas ao controle de tabagismo no Brasil* – Portaria nº 2.439/2005, Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, Portaria nº 687/2006, Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS; Portaria nº 1.996/2006, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS; Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; e Portaria nº 874/2013, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS.
- **Grupo 04:** cinco vinculadas à *implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil* – Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999; Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003, Decreto Legislativo nº 1.012, Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006 e Decreto Presidencial de 16 de março de 2012.

Além do agrupamento por eixo temático, agrupamos as normativas em dois períodos distintos. O primeiro segue de 1986 a 2005 (capítulo II) com as 10 (dez) normativas que entraram em vigor antes da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT em 02 de janeiro de 2006.

- **Período 1986 a 2005: 10 (dez) normativas**

Grupo 01: seis normativas vinculadas a *proteção à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco* – Lei nº 7.748/1986, Portaria nº 3.257/1988, Lei nº 9.294/1996, Decreto Presidencial nº 2.018/1996, Lei nº 10.167/2000, Lei nº 10.702/2003.

Grupo 02: quatro normativas vinculadas a regulamentação da *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde* – Portaria MS / GM nº 1.575/2002, Portaria MS/GM nº 1.035/2004, Portaria SAS/MS nº 442/2004.

Grupo 03: uma normativa de *política vinculada ao controle de tabagismo no Brasil* – Portaria nº 2.439/2005.

Propositadamente as normativas integrantes do Grupo 04 bastante específicas à implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil não foram agrupadas por período, por estarem diretamente vinculadas à sua proposição/promulgação da CQCT no Brasil. Assim, foram discutidas juntamente com as demais normativas alocadas no segundo período de discussão 2006 a 2014 (capítulo III), totalizando 12 (doze) normativas.

- **Período 2006 a 2014: 12 (doze normativas)**

Grupo 01: duas normativas vinculadas a *proteção à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco* – Lei nº 12.546/2011 e Decreto nº 8.262/2014.

Grupo 02: uma normativa vinculada a regulamentação da *oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde* – Portaria MS/ GM nº 571/2013.

Grupo 03: quatro normativas de *políticas vinculadas ao controle de tabagismo no Brasil* – Portaria nº 687/2006, Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS; Portaria nº 1.996/2006, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS; Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; e Portaria nº 874/2013, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS.

Grupo 04: quatro vinculadas à *implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil* – Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999; Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003, Decreto Legislativo nº 1.012, Decreto nº 5.658, de 02 de

Janeiro de 2006 e Decreto Presidencial de 16 de março de 2012.

A cada discussão de eixo temático (grupos de normativas) e períodos (elencados acima) foram produzidos quadros-sínteses que elencam as principais características encontradas nas normativas.

A discussão das normativas tomou por subsídios: os princípios e diretrizes de políticas públicas vinculadas; dados públicos, disponibilizados pelo governo; dados públicos disponibilizados pelos meios de comunicação de massa quanto à *a proteção contra a exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco – as unidades de saúde precisam ser ambientes livres de fumo; a oferta de tratamento propriamente dita; e a formação de recursos humanos para a oferta de tratamento no SUS.*

CAPÍTULO I:

A CONTRARREFORMA DO ESTADO E A POLÍTICA DE SAÚDE

Neste capítulo, discutiremos as políticas sociais no neoliberalismo e seus rebatimentos na política de saúde no Brasil, analisando as determinações da contrarreforma do Estado à política de saúde e as particularidades da Política de Controle de Tabagismo.

1.1 As Políticas Sociais no Brasil no Neoliberalismo

Mauriel (2010: 174), destaca que “as políticas sociais (...) representam formas históricas resultantes de lutas sociais e pactuação contínuas e intermináveis que nem sempre são favoráveis aos interesses da maioria da população, particularmente se considerarmos a conformação histórica da proteção social brasileira”. Behring (1998: 169), por sua vez, refere que “a política social não é uma estratégia exclusivamente econômica, mas também política, no sentido de legitimação e controle dos trabalhadores”. As políticas sociais carregam assim um duplo aspecto, o de legitimação da ordem, mas ao mesmo tempo, se configuram como expressão dos ganhos da organização da luta operária por melhores condições de vida e de trabalho. Neste contexto, Soares (2010: 25), afirma que

a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma

racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade. Há, então, um embate de projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades que, no âmbito da política social, se configuram nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social expressa também as racionalidades que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil.

Para Mota, Amaral e Peruzzo (2010: 39), ao final da década de 80, “as discussões sobre o desenvolvimento econômico e social são orientadas pelas reformas estruturais na economia, especialmente pela política de privatização dos serviços públicos, reforma do Estado e focalização dos programas sociais para os segmentos mais vulneráveis da sociedade” trazendo sérios impactos às políticas sociais brasileiras no período.

Braz e Netto (2007: 156) ao discutir a crise cíclica do capitalismo apontam que a história do capitalismo é ao mesmo tempo a história de sucessão de crises econômicas. Nesse contexto, aponta que por mais de um século⁷ “a dinâmica capitalista revelou-se profundamente instável, com períodos de expansão e crescimento da produção, sendo bruscamente, por depressões, caracterizadas por falências, quebraadeiras, e no que toca aos trabalhadores, desemprego e miséria”, não obstante consequências semelhantes se apresentam nos dias atuais.

De acordo com esses autores (Idem: 160) as crises do modo de produção capitalista possuem pluricausalidade e função, são o resultado de sua dinâmica contraditória, dentre as causas mais determinantes para que o *auge* seja interrompido estão: a anarquia da produção⁸, queda da taxa de lucro⁹ e subconsumo das massas trabalhadoras¹⁰.

⁷ Braz e Netto, neste momento, referem-se especificamente ao período de 1825 a 1938. Estes autores destacam que desde 1847-1848 essas crises passaram a ter dimensão mundial. Para esses autores a mais grave foi a de 1929.

⁸ Braz e Netto (2007: 160-161) destacam que a “produção capitalista, progressivamente mais organizada, planejada e racionalizada no interior das unidades produtivas não obedece a nenhum planejamento ou controle global (...). [Assim,] ao contrário da produção de cada empresa, o conjunto da produção de todos os capitalistas escapa a qualquer controle racional”.

⁹ Braz e Netto (2007: 152-153) indicam que o “mesmo movimento que atende ao interesse particular de cada capitalista é o que eclode com o interesse dos conjuntos capitalistas”. Assim, “na medida em que cada capitalista procura maximizar seus lucros, a taxa de lucro tende a cair”.

Com a onda de recessão iniciada ao final de 1970, a atual crise do modo de produção capitalista traz consequências singulares às políticas sociais brasileiras. Assim, nos termos de Braz e Netto (Idem: 212) tem início nesse período *o fim da ilusão dos anos dourados de crescimento*. Para esses autores “a longa onda expansiva é substituída por uma onda longa recessiva: a partir daí e até os dias atuais, inverte-se o diagrama capitalista: agora as crises voltam a ser dominantes, tornando-se episódicas as retomadas”.

Nesse período, várias iniciativas foram deflagradas constituindo uma *estratégia política global* de ataque aos movimentos de trabalhadores apontados como responsáveis pelo aumento de gastos públicos através da ampliação da proteção social. Inicia-se assim a instauração do padrão de *acumulação flexível*¹¹ (BRAZ & NETTO, 2007: 215).

Nesse cenário instala-se a *reestruturação produtiva*, “um tipo diferenciado de produção (...), que mantém a característica de se realizar em grande escala; todavia, ela destina-se a mercados específicos e procura romper com a estandarização, buscando assim atender variabilidades de *nichos* particulares de consumo” que acrescida do *processo de desterritorialização da produção* em que unidades produtivas passam a ser instaladas em diferentes regiões geográficas cujo custo de instalação e/ou da mão de obra seja o mais baixo possível (Idem: 216).

Essas “transformações implementadas pelo capital têm como objetivo reverter a queda da taxa de lucro e criar condições renovadas para a exploração da força de trabalho” (BRAZ & NETTO, 2007: 218) trazendo impactos diretos às condições de vida da população, tais

¹⁰ Braz e Netto (2007: 161) neste sentido apontam que “enquanto os capitalistas inundam o mercado com as suas mercadorias, a capacidade de consumir dos contingentes trabalhadores permanece limitada”.

¹¹ De acordo com Harvey (Apud BRAZ & NETTO, 2007: 2015) “a acumulação flexível (...) se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional”.

como precarização da força do trabalho, aumento do desemprego e *exponenciação da questão social* (Idem: 218-225).

Estava instituído assim o terreno propício para a legitimação do neoliberalismo como estratégia para a saída da crise. Assim,

a ideologia neoliberal, sustentando a necessidade de “diminuir” o Estado e cortar suas “gorduras”, justifica que o ataque ao grande capital vem movendo contra as *dimensões democráticas* da intervenção do Estado na economia (...) o objetivo real do capital monopolista [entretanto] não é a “diminuição” do Estado, mas a diminuição das funções estatais *coesivas*, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, ao proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalhador e máximo para o capital (BRAZ & NETTO, 2007: 227).

Matos (2013: 78) aponta que “neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, à igualdade e à gratuidade dos serviços sociais, pois em sua ótica a desigualdade mobiliza a iniciativa individual, enquanto a proteção social universal imobiliza os pobres, tornando-os dependentes do paternalismo estatal”. Abramides (2006: 203) por sua vez, destaca que “a política neoliberal estipula que os gastos do Estado com políticas sociais e de atendimento às reivindicações por melhores condições de vida e de trabalho, fruto de lutas operárias e dos sindicatos, precisam ser contidos drasticamente para bloquear a crise capitalista”.

De acordo com Matos (2013: 246)

a etapa atual de desenvolvimento do capitalismo, além de significar um aumento da exploração dos assalariados, com redução salarial, flexibilização das relações de trabalho, reestruturação produtiva e precarização, representa, também, a entrada do capital nos mais diversos campos de ação do Estado, desde a privatização inicial dos serviços públicos, como água, luz, gás e eletricidade, que garantiram ganhos regulares e seguros, até a privatização dos sistemas de previdência e saúde, que trouxeram parcelas volumosas de recursos para o mercado financeiro.

Nesse contexto, destaca Abramides (2006: 221) “A investida do grande capital em sua ofensiva neoliberal é viabilizada pela abertura de novos espaços de exploração do capital privado e de destruição das políticas sociais públicas estatais duramente conquistadas pelas massas trabalhadoras”. O primeiro alvo de ataque às *dimensões democráticas de intervenção do Estado* foi justamente a “regulamentação das relações de trabalho (...) e avançou no

sentido de reduzir, mutilar e privatizar os sistemas de seguridade social” estendendo a intervenção Estatal à economia retirando do controle estatal empresas e serviços (BRAZ & NETTO, 2007: 228).

A retirada da intervenção estatal tem por horizonte

umadesregulamentação universal – que vai muito além da “desregulamentação” das relações de trabalho. O objetivo declarado dos monopólios é garantir a plena liberdade em escala mundial, para que os fluxos de mercadorias e capitais não sejam limitados por qualquer dispositivos. Não empregamos a expressão objetivo declarado por acaso: é que, de fato, se os grupos monopolistas e os Estados que os representam declaram que pretendem o fim de todas as barreiras a mercadorias e capitais, *na prática das relações internacionais eles continuam mantendo barreiras e limites que protegem os seus mercados nacionais* – os debates intermináveis que se realizam nos marcos da Organização Mundial do Comércio/OMC, contrapondo países centrais e periféricos, mostram claramente que os países imperialistas dificilmente “desregulam” os seus mercados internos; a receita que recomendam é para “uso externo”, ou seja, para os países dependentes e periféricos (BRAZ & NETTO, 2007: 228-229).

Alencar e Granemann (2009: 165) ao discutirem os impactos da ofensiva do capital e as determinações para o trabalho profissional destacaram os implicações para as políticas sociais brasileiras, são elas:

entrega do parque estatal lucrativo (produtivo e de serviços) aos negócios privados; redução da proteção à força de trabalho ocupada e excedente pela diminuição de direitos trabalhistas e sociais de que são exemplos característicos as contrarreformas previdenciárias, trabalhista e sindical; redefinição do campo de atuação das políticas sociais como atividades não exclusivas do Estado de modo a torná-las serviços privados, esferas passíveis de comercialização, de criação de novos negócios e de intensificação dos já existentes (por exemplo a saúde, a previdência e o ensino privado) com subsídios do fundo público; canalização de parte mínima dos recursos do fundo público que financia as políticas sociais de responsabilidade do Estado para a fração da classe trabalhadora mais pauperizada (programas de transferência de renda/assistenciais, curiosamente cognominados “bolsas”), a enorme fração excedentária da força de trabalho, pela via de operação monetarizada, com dinheiro plástico, operado por bancos, de modo a tornar o recurso público também recursos monetários manipulados por instituições bancário- financeiras, no interesse do grande capital portador de juros; imputação à força de trabalho empregada pelo Estado da responsabilidade pela ineficiência dos serviços públicos para impor similares condições de trabalho e de vida, de contrato rebaixado, de instabilidade no trabalho e de redução de direitos trabalhistas e sociais às praticadas nas empresas capitalistas contra a força de trabalho.

Nos termos de Chesnais (Apud BRAZ & NETTO, 2007: 228) “atualmente, é no movimento de transferência, para a esfera mercantil, de atividades que até então eram estritamente regulamentadas ou administradas pelo Estado, que o movimento de

mundialização do capital encontra suas maiores oportunidades de investir”. Esse movimento traz profundos impactos à política de saúde no Brasil.

1.2 A Política de Saúde no Brasil no contexto da Contrarreforma do Estado

O modelo econômico vigente no Brasil nas décadas de 60/70 “começa a entrar em crise, abrindo, assim, espaços para o crescimento da resistência política ao regime autocrático e à racionalidade hegemônica no Estado brasileiro” (SOARES, 2010: 35).

Nesse contexto, destaca a autora

como uma das expressões dessa resistência, o movimento de reforma sanitária surge da confluência de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde junto com os movimentos sociais, associando produção teórica à organização e ação política. Com uma fundamentação racional que se contrapunha à neutralidade do positivismo, o movimento sanitário tinha uma percepção política e histórica da saúde, sendo este, sem dúvida, o seu maior mérito (SOARES, 2010: 35).

Assim, o movimento pela reforma sanitária “implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista” (SOARES, 2010: 35). Apesar de não hegemônico e bastante heterogêneo, o movimento teve papel fundamental na revisão do direcionamento das ações estatais e na consolidação da saúde pública enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Nesse período entram em cena diversos atores que tiveram papel significativo no movimento pela reforma sanitária: profissionais de saúde, o movimento sanitário que tinha como veículo de difusão de informações e ampliação do debate o Centro Brasileiro de Estudo e Saúde (CEBES), criado em 1976; os partidos de oposição e os movimentos sociais urbanos. Nesse contexto,

as principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2006: 95-96).

Essa ampla mobilização pela reforma sanitária, culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 em Brasília – Distrito Federal. A Conferência foi organizada em torno das seguintes temáticas: a Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, Financiamento setorial. Assim, para Bravo (2006: 96) a 8ª Conferência Nacional de Saúde

introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade. Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

Estavam assim, colocadas as bases para a proposição de uma política pública de saúde, enquanto direito do cidadão e dever do Estado, culminando posteriormente na formulação do Sistema Único de Saúde - SUS, cuja participação e pressão popular tiveram fundamental importância.

A Constituição de 1988 veio do ponto de vista legal, assegurar direitos conquistados pela população mediante pressão pública e organização política vivenciada ao longo dos anos, especialmente no decorrer das décadas de 70 e 80 através dos movimentos que ficaram conhecidos como *Reforma Sanitária* e *Diretas Já*, ambos na direção de redemocratização do Estado.

De acordo com Bravo (2006: 97-99) “o texto constitucional, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo”. Ainda de acordo com essa autora:

a mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

Para Soares (2010: 43)

o governo Collor foi o primeiro a dar início ao ajuste estrutural e à sua contrarreforma. O período de seu curto mandato marcou o início da implementação do SUS, que sofreu inúmeras investidas em meio ao momento de refluxo dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária. Tais investidas se caracterizaram pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9ª conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde.

Para essa autora apesar da queda de Collor em 1992 o governo sucessor de Itamar Franco “assume o governo dando continuidade ao processo de inviabilização da reforma sanitária em meio aos tensionamentos e resistências do movimento sanitário – que se encontrava enfraquecido, mas permanecia presente” (Idem: 44).

A gestão do governo de Fernando Henrique Cardoso – FHC foi marcada pela “quebra de monopólios e privatizações de estatais rentáveis; desresponsabilização diante das políticas sociais; contra-reforma do Estado: administrativa, previdenciária e do ensino superior com o privilégio de interesses privados pela lógica suprema do mercado” (ABRAMIDES, 2006: 245).

Bresser Pereira (1997) então Ministro teceu a narrativa para a defesa da *reforma do Estado*¹² utilizando-se da justificativa de que “o Estado entrou em crise e se transformou na

¹² Bresser Pereira utilizava o termo *reforma do Estado* para descrever o que autores Soares (2010) denominou de contrarreforma do Estado.

principal causa de redução das taxas de crescimento econômico, da elevação das taxas de desemprego e do aumento da taxa de inflação, que desde então, ocorreram em todo o mundo”.

De acordo com Bresser Pereira (Idem), nos anos 70 e 80, o Estado havia crescido além da sua capacidade e, portanto, deveria ser reduzido, limitando-se às ações estratégicas e execução das ações típicas do Estado: legislar, impor justiça e ordem, arrecadar impostos, dentre outros. Dentre os *serviços não exclusivos do Estado*¹³ estariam políticas sociais e de saúde, escolas e universidades.

É neste cenário que se apresenta a iniciativa de redefinição do *marco legal para o terceiro setor*¹⁴, parte fundamental para a contrarreforma do Estado engendrada pelo então ministro Bresser Pereira, a frente do Ministério de Administração e Reforma do Estado – MARE com impactos diretos à política de saúde.

Dessa forma, com a redefinição do *marco legal do terceiro setor* estavam redefinidas as bases legais para a criação das Organizações Sociais – OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado – OSCIP, principalmente no âmbito da política de saúde. Posteriormente servindo, também, de base para a criação das Fundações Estatais de Direito Privado de modo à executar os *serviços não exclusivos do Estado*.

Outros instrumentos legais datam desse período, tais como: os contratos de gestão, estabelecimento de seleção de projetos para financiamento de projetos e ações sociais públicas¹⁵, dentre outros. Tais instrumentos permanecem vigentes até os dias atuais¹⁶.

¹³Em Pernambuco, por exemplo, essas instituições ganharam peso na administração das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e dos recentes hospitais instalados pelo Estado. As UPAs e os Hospitais estaduais são administrados por Organizações Sociais vinculados à Santa Casa e ao Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP, por exemplo.

¹⁴O Marco Legal do Terceiro Setor partiu do pressuposto que ainda não havia aparato legal condizente com a proposta de reforma administrativa do Estado, defendida no governo FHC. Neste contexto, se faziam necessários estudos e propostas que permitissem o reordenamento das ações estatais para a sociedade civil organizada atualizando a legislação existente (CAVALCANTI, 2001).

¹⁵A época tais ferramentas foram colocadas em prática através do Projeto Capacitação Solidária que tinha como objetivo a seleção e financiamento de projetos de capacitação de jovens para o mercado de trabalho nas regiões metropolitanas do país. Apesar de ser um projeto do governo federal uma ONG - Associação de Apoio ao

Nesse período, era uma constante nos discursos políticos de FHC o apelo à solidariedade, referindo-se em discursos oficiais que o Brasil era a *terra da solidariedade*. Cavalcanti (2001: 45) destaca que o apelo à *solidariedade*¹⁷ engendrado pelo então governo FHC traz três objetivos bastante específicos: “a transferência de responsabilidades; perda de garantia dos direitos sociais e por fim, a legitimação dessa transferência de responsabilidades para a sociedade civil organizada”.

Abramides (2006: 258) destaca que

as entidades sociais de direito privado, sem fins lucrativos na prestação de serviços sociais, encontram-se presentes na gênese da filantropia e da benemerência, sendo historicamente conveniadas com o Estado para a prestação de algumas políticas, centralmente as de Assistência Social (...) não tem controle social e fiscalização que transitam no terreno do assistencialismo, clientelismo, paternalismo e da cooptação, em detrimento da política de assistência social como direito e como política pública.

A atuação das OS, OSCIP e posteriormente das fundações estatais de direito privado na política de saúde trazem semelhanças. Assim, o conselho gestor de unidade de saúde, previsto na Lei nº 8.142/1990 é substituído pelo conselho consultivo e a contratação de pessoal mediante serviço público prevista na Constituição Federal de 1988, é substituída por seleções simplificadas sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, incluindo contratos temporários de prestação de serviços.

Dessa forma, o que antes estava bastante presente entre as entidades da assistência social passa a estar cada vez mais presente no âmbito da política de saúde. A partir desse momento, vários municípios, de portes distintos, passaram a conveniar e/ou estabelecer parcerias com OSCIPs de modo a executar a política de saúde. Muitas destas OSCIPs foram

Programa Capacitação Solidária - AAPCS estava à frente das atividades. Mesmo após a extinção do programa no governo federal a AAPCS continuou em funcionamento redirecionando suas atividades, o que permanece até os dias atuais.

¹⁶ A seleção de projetos para financiamentos de projetos e ações sociais é prática comum aos Ministérios (Saúde, Justiça, Meio Ambiente, Cultura, dentre outros) e estados e municípios, a exemplo dos Conselhos de Defesa da Criança e do Adolescente (nos três níveis) para acesso aos fundos vinculados.

¹⁷ Exemplo disso é o Programa Comunidade Solidária, também chamado de Estratégia Comunidade Solidária, tanto pelos seus proponentes quanto por autores distintos, sendo o termo estratégia é mais apropriado quando se trata de uma estratégia de contrarreforma do Estado. A *estratégia* possuía como princípios norteadores a descentralização, a parceria e a solidariedade (Cavalcanti, 2001: 53). Assim, centrava suas ações na transferência de responsabilidades estatais para a sociedade civil organizada.

frequentemente utilizadas para terceirização de pessoal¹⁸, retardando assim a execução de concursos públicos.

A utilização dessa figura administrativa por parte dos municípios para além do redimensionamento do Estado privatiza serviços estatais. Cada política pública traz consigo amplas possibilidades de mercados. A política de tabagismo traz isso muito claramente: a oferta de tratamento no SUS, através dos grupos para dependentes de nicotina trata-se da equação ao menor custo. Assim, há um mercado promissor através da oferta de medicamentos para tratamento da dependência e das doenças relacionadas à exposição à fumaça ambiental do cigarro, seja através da oferta dos medicamentos para o tratamento da dependência de nicotina, seja das doenças tabaco relacionadas¹⁹.

Os medicamentos para tratamento da dependência de nicotina foram estabelecidos através de protocolos clínicos²⁰ definidos pelo Ministério da Saúde, o que em certa medida limita a capacidade de lucratividade das empresas que fornecem esses medicamentos – quanto aos tipos de medicamentos ofertados, entretanto quanto maior a demanda para tratamento da dependência da nicotina, na rede pública e/ou privada, maior a lucratividade dessas empresas. Apenas no biênio 2013/2014 o Ministério da Saúde (2015: 16) destinou 41 milhões de reais para compra de medicamentos para oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

Esse processo de redimensionamento do Estado continua em curso no governo Lula “encolhendo o espaço público democrático dos direitos sociais e ampliando o espaço privado – não só nas atividades ligadas à produção econômica, mas também no campo dos direitos sociais conquistados” (BRAVO & MENEZES, 2008: 17)

¹⁸ Essa é uma prática vigente ainda nos dias atuais, a OSCIP traz consigo certa desburocratização para firmar convênios com o objetivo de execução de políticas e ações sociais - ações não exclusivas do Estado para usar os termos propostos por Bresser Pereira quando a frente do MARE.

¹⁹ Neoplasias, cardiopatias, obesidade, hipertensão arterial, dentre outras.

²⁰ Por ocasião da discussão das normativas vinculadas, voltaremos ao Protocolo Clínico para tratamento de dependentes de nicotina.

apesar da expectativa gerada em torno de sua eleição. Soares (2010: 51) ao tratar da eleição de Luiz Inácio da Silva para presidente destaca que houve

algumas expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro: pela primeira vez, um representante sindical de origem popular de um partido que, em seu título, era dos trabalhadores, foi eleito presidente do país; esperavam-se, assim, mudanças acentuadas nas configurações desse Estado historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores. Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS.

Apesar dessa expectativa, no primeiro mandato do governo Lula a política de saúde apresentada aparece

como direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. A concepção de Seguridade Social não é assumida na perspectiva na Constituição Federal de 1988. Havia uma expectativa, entretanto, de que o governo fortalecesse o Projeto de Reforma Sanitária na saúde (BRAVO & MENEZES, 2008).

Houve, entretanto a adoção de modelo jurídico-institucional para a rede pública através da criação de Fundações Estatais de Direito Privado e da ampliação da instalação de Organizações Sociais – OS e Organizações da Sociedade de Interesse Público – OSCIP.

Dessa forma, diferentemente das expectativas colocadas no Governo Lula, houve a continuidade do avanço da contrarreforma do Estado, do redimensionamento das ações estatais e do repasse de responsabilidades à sociedade civil organizada. Na política de saúde nesse período

podemos afirmar que fundamentalmente existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o projeto privatista, o projeto do SUS possível e o projeto da reforma sanitária. O projeto do SUS possível é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica (SOARES, 2010: 53).

No Governo Dilma, foi dada continuidade aos ajustes fiscais pautados no ideário neoliberal e as privatizações, tendo destaque no segundo mandato a intensificação dos ajustes econômicos com cortes orçamentários em diversos setores. Uma das medidas adotadas sob a

justificativa do ajuste fiscal foi a desregulamentação de direitos sociais, tais como o seguro desemprego, seguro por morte e auxílio doença conseguidos a duras penas pelos trabalhadores²¹.

No rebatimento da contrarreforma do Estado à política de controle de tabagismo, essa política assume feições peculiares, haja vista a ampliação da oferta de serviços. A ampliação das ações da política no Sistema Único de Saúde – SUS, está diretamente vinculada à oferta de tratamento para dependentes de nicotina através dos grupos de tratamento, particularmente na Atenção Básica, disponibilizados em 23.000 Unidades Básicas de Saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (INCA, 2015: 16).

Soares (2010: 104-109) ao tratar da política de saúde no Brasil destacou *sete das suas principais características a partir dos programas e projetos na atualidade*. Tal análise aponta os direcionamentos da política de saúde e fornecem subsídios para a discussão da política de controle do tabagismo no contexto da contrarreforma do Estado, especificamente a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

A *primeira* trata-se da *tecnificação da saúde* através da “aquisição de equipamentos mais avançados, a incorporação no SUS de inovações no espaço da gestão, como as pactuações, a contratualização, metas, planejamento e programação das ações em saúde, gestão por fundação ou organização social, etc”. A supervalorização da técnica, o imediatismo e a desvalorização da política do contexto vigente estão presentes no processo de *tecnificação da saúde* (SOARES, 2010: 104).

²¹ Os cortes no orçamento público para 2016 passaram dos R\$ 78,5 bilhões de reais. Os setores mais afetados foram: o Ministério da Saúde com cortes no orçamento da ordem de 11,77 bilhões, o Ministério da Educação com R\$ 9,42 bilhões e o Ministério das Cidades com R\$ 17,23 bilhões de cortes (LAPORTA, 2015).

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS está centrada na metodologia cognitiva comportamental²² estruturada em *Abordagem Mínima/Básica do Fumante e Abordagem Intensiva/Estruturada do Fumante*²³ nos diversos dispositivos habilitados a ofertar tratamento para dependentes de nicotina aponta sessões estruturadas com temas e conteúdos pré-estabelecidos.

Essa metodologia se distancia das estratégias de tratamento para usuário de álcool e outras drogas preconizadas pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde e pela Secretaria Nacional sobre Drogas – SENAD, integrante do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, do Ministério da Justiça que se utilizam da estratégia de redução de danos²⁴, quando na oferta de tratamento para dependentes de nicotina é preconizada pelo INCA e Ministério da Saúde é a cessação²⁵.

De modo geral, o INCA, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a SENAD ofertam formação aos profissionais de saúde, assistência, segurança pública, dentre outros. Neste contexto, as metodologias se sobrepõem no atendimento ao usuário, visto que, profissionais com formação distintas – a depender de sua vinculação, se encontram na atenção ao usuário de álcool e outras drogas, incluindo o tabagista²⁶.

²² Essa metodologia foi elegida pelo INCA/MS como a que apresentou os melhores resultados obtidos nos estudos realizados, retornaremos a essa questão de forma detalhada.

²³ Retornaremos a essa questão.

²⁴ De acordo com a Lei nº 13.343/2006 dentre as atividades de atenção e reinserção de usuários e dependentes de drogas está “o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados”. A estratégia de redução de danos presente na Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, leva em consideração a demanda eleita do usuário para tratamento – qual droga ele elegeu para o tratamento – traçando estratégias para o tratamento e reinserção do usuário a partir dessa singularidade.

²⁵ O objetivo do tratamento para dependentes de nicotina preconizado pelo INCA e Ministério da Saúde é a cessação, podendo fazer uso do retardamento do uso e redução do uso como estratégia para se chegar a cessação do fumar, já que defendem que qualquer exposição à fumaça do cigarro é amplamente nociva não justificando assim o uso da estratégia de redução de danos para dependentes de nicotina.

²⁶ O mesmo profissional pode participar de diversas formações e ter acesso às diretrizes de cada política, mas isso não é a regra. Assim, em geral cada profissional faz uso das estratégias de uma formação específica passando a se identificar com uma ou outra metodologia.

No município do Recife, por exemplo, as ações locais da política de controle do tabagismo integram a Política Municipal de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas²⁷. Neste contexto, na assistência prestada ao tabagista dos diversos dispositivos integrantes da rede de saúde²⁸, há profissionais que se identificam com a estratégia de redução de danos, mas não se identificam com a estratégia da cessação preconizada pelo INCA e Ministério da Saúde²⁹.

A *segunda e terceira* características apontadas por Soares (2010: 105-106) estão diretamente conectadas. Trata-se da *ampliação restrita e a ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial*, a expansão se dá de

forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir atender à universalidade das demandas (...) que se dá por pressão da própria demanda, que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede de serviços (...) [e a] *ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial* (...) configurada na presença de práticas tradicionais em saúde centradas no indivíduo, de caráter curativo e com um conteúdo emergencial, focalizada nos grupos e segmentos mais pauperizados das classes trabalhadoras. Essa tendência expressa-se sob diversas formas, mas principalmente na incapacidade crônica do sistema de atender à demanda. Tal incapacidade não diz respeito apenas à estrutura física da rede, mas também à escassez de recursos humanos, o que determina, em última instância, que o conteúdo de muitas práticas sociais na saúde seja assistencial e emergencial.

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina tem sua maior expressão na Atenção Básica, através da estratégia saúde da família e unidades básicas de saúde. Os recursos destinados à abordagem do fumante estão circunscritos a oferta de tratamento para dependentes de nicotina. Neste contexto, não se dispõem de linha de recursos específica para ações preventivas e de sensibilização, mas para pagamento por atendimento realizado na oferta de tratamento na rede SUS e/ou incluído no Piso da Atenção Básica – PAB.

²⁷ Essa é uma particularidade do Município de Recife, já que a Política de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer em nível estadual está localizada na da vigilância sanitária, com a mesma distribuição de responsabilidades: cabe a política ações de sensibilização, formação de recursos humanos e abertura de grupos para dependentes de nicotina e à vigilância sanitária a fiscalização dos ambientes livres de fumo. Essa particularidade expressa no município de Recife apenas salienta os diferentes direcionamentos das políticas envolvidas na assistência ao tabagista.

²⁸ A assistência ao tabagista para além dos grupos de tratamento para dependentes de nicotina podem ocorrer nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS em suas diferentes modalidades, Estratégia Saúde da Família – ESF, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF, Unidades Básicas de Saúde – UBS, Policlínicas, dentre outros.

²⁹ Essa afirmação parte da observação ao longo dos 11 (onze) anos de atuação na política de saúde mental, álcool e outras drogas na Secretaria de Saúde da Cidade do Recife não sendo, portanto, fruto de pesquisa, mas de observações.

O Ministério da Saúde estima que 10,8% da população brasileira³⁰ seja fumante (2015: 16), isso significa dizer que 20.599.130 pessoas são fumantes. O Ministério da Saúde (INCA, 2008) indica que 80% dos fumantes desejam parar de fumar³¹ o que representa 16.479.304 pessoas. Cada grupo³² de tratamento tem capacidade de atender entre 10 e 15 pessoas, assim hoje seriam necessários pelo menos 1.098.620 grupos de tabagismo para atender a demanda atual.

De acordo com os dados disponibilizados até junho de 2015 pela Diretoria de Atenção Básica – DAB³³ existem atualmente 48.213 equipes de saúde na atenção básica – estratégias de saúde da família cadastradas no Ministério da Saúde. Dessas, 23.000 equipes (INCA, 2015: 16) oferecem tratamento para quem quer parar de fumar. Assim, seria necessário multiplicar esse quantitativo de grupos em 47,76 vezes para atender aos 80% de fumantes que desejam parar de fumar. Com números dessa magnitude a atual oferta para tratamentos de dependentes de nicotina tão cedo será capaz de atender a demanda reprimida³⁴.

A *quarta* característica, trazida por Soares (2010: 107), trata-se *da privatização e mercantilização da saúde pública* que

configura-se de diversas formas no sistema, mas nos últimos anos principalmente através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações, etc.) para gerir as unidades, acessando diretamente o recurso

³⁰ De acordo com os dados do Censo 2010 a população brasileira é de 190.732.694 pessoas. Dados disponíveis no site: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso: 24/07/2015.

³¹ Embora 80% dos fumantes queriam parar de fumar apenas 3% consegue anualmente (INCA, 2008). Essa disparidade na expectativa entre querer de parar de fumar e conseguir se dá a múltiplos fatores, dentre eles o nível de dependência de nicotina vivenciada pelo fumante. Posteriormente retornaremos a esse ponto.

³² Nos grupos para tratamento de dependentes de nicotina existentes em Pernambuco, por exemplo, há fila de espera.

³³ O Histórico de cobertura do Saúde da Família pode ser consultado no site da Diretoria de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, através do link http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso: 30/07/2015.

³⁴ O município do Recife, por exemplo, tem uma população de 1.537.704 habitantes, destes 10,3% são fumantes (INCA, 2015:16) o que em números absolutos são 158.383, dos quais 126.706 desejam parar de fumar, seriam necessários, portanto, o equivalente a 8.447 grupos de tratamento. Atualmente, Recife encontra-se com 08 (oito) grupos em funcionamento centrados nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS especializado no atendimento de demandas vinculadas ao uso de álcool e outras drogas, com previsão de aberturas de grupos na atenção básica.

População de acordo com os dados do Censo 2010. Dados disponíveis no site: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=0> Acesso: 24/07/2015.

público; o que é, certamente, um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade (Idem: 107).

O cigarro é um produto industrializado e comercializado sob a égide de legislações específicas para tributos, apresentação e distribuição. Apesar disso, é também um produto responsável por milhares de mortes anuais e impõe impacto direto sobre o custo do tratamento de doenças tabaco relacionadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina na política de saúde embora esteja centrada na Atenção Básica, no Sistema Único de Saúde – SUS traz consigo a possibilidade de rentabilidade significativa, principalmente à indústria farmacêutica. É frequente a realização de campanhas com finalidade educativas sobre hábitos saudáveis e a necessidade de cessação do tabagismo. Assim, tais campanhas atingem dois públicos: o público que acessa a informação sobre a possibilidade de utilizar os medicamentos ofertados para a cessação do tabagismo no âmbito privado e o incentivo ao público para a procura a rede pública em busca da medicação para a cessação.

A indústria farmacêutica, de serviços e medicina suplementar encontra espaço profícuo para valorização de espaços de maximização do capital (SOARES, 2010: 55). Assim,

além da mercantilização dos serviços de saúde, a área da saúde também contribui decisivamente para a realização e acumulação do capital através da compra sistemática e contínua de novos equipamentos e medicamentos, proliferação de seguros e planos de saúde, etc. Ademais, o volume de recursos do fundo público da política de saúde torna-se alvo do interesse do mercado privado, configurada nas novas modalidades de gestão, como as organizações sociais, as fundações estatais de direito privado, entre outros, que acessam diretamente esses recursos. O Estado, dessa forma, deixa de ser executor dos serviços e passa a contratar e pagar por sua execução.

De acordo com o Ministério da Saúde o custo individual para cessação do tabagismo é de aproximadamente U\$ 2.000 (dois mil dólares) que se justifica se levado em conta os custos posteriores com doenças tabaco relacionadas. O INCA estima que 40% dos fumantes precisarão ter acesso às medicações para cessação do tabagismo. Assim, mesmo o acesso aos medicamentos para a cessação do tabagismo esteja limitados à rede SUS e regulamentada

através de diretrizes de protocolos clínicos, já se configura como uma importante promessa de mercado à indústria farmacêutica³⁵.

Na ausência da cessação de fumar e conseqüentemente manutenção da exposição à fumaça do cigarro permanece presente diversos fatores de risco para vários tipos de câncer e outras doenças relacionadas. Assim, ao permanecer fumante³⁶ também se apresenta à indústria farmacêutica um grande potencial de mercado, dentre os quais os medicamentos vinculados ao tratamento de neoplasias, tratamento de alta complexidade, longa duração e alto custo.

O INCA e Ministério da Saúde (INCA, 2015: 02) aponta que o tabagismo é responsável por 200.000 mortes por ano no Brasil, sendo também responsável por

25% das mortes por angina e infarto do miocárdio; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio (abaixo de 65 anos); 85% das mortes por bronquite crônica e enfisema pulmonar; 90% dos casos de câncer no pulmão (entre os restantes, 1/3 é de fumantes passivos); O câncer de pulmão é o tumor mais letal e uma das principais causas de morte no Brasil [e a estimativa é de] 27.330 novos casos de câncer de pulmão no país [em 2015].

Pinto (2010: 03), ao analisar documentos do Banco Mundial apontou que “a magnitude do tabagismo também pode ser verificada na elevada carga econômica que recai sobre os sistemas de saúde” apontando estimativas da ordem de US\$ 200 bilhões por ano no mundo e a metade desse montante nos países em desenvolvimento com custos relacionados ao tratamento de doenças tabaco relacionadas.

Ainda em seu estudo, Pinto (Idem: 11) concluiu que no Brasil até 2007 eram gastos com internações hospitalares com o Sistema Único de Saúde (SUS) como financiador mais de R\$ 330 milhões com doenças tabaco relacionadas “e a maior parcela foi destinada ao tratamento de enfermidades do aparelho circulatório (43,04%), seguida pelas neoplasias (33,85%) e pelas doenças do aparelho respiratório (23,11%)”.

³⁵ 41 milhões foi o destinado pelo Ministério da Saúde para gastos com medicação (INCA, 2015:16).

³⁶ Ao permanecer fumante permanecem os fatores de risco os seguintes tipos de câncer: leucemia, faringe nasal e oral, laringe, esôfago, pulmão, fígado, estômago, pâncreas, rim, cérvix, uretra e bexiga; e outras doenças como acidente vascular cerebral, catarata, doença coronária, saúde enfraquecida, doença arterial periférica aterosclerótica, aneurisma da orta e doença pulmonar obstrutiva crônica.

No ano de 2012, a Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTBr³⁷ realizou estudo referente custo de 11 (onze) enfermidades tabaco relacionadas concluindo que o gasto no ano de 2011 foi da ordem de 21 bilhões, equivalente a 30% do orçamento do Ministério da Saúde daquele ano. Tais despesas referem-se aos custos junto ao Sistema Único de Saúde – SUS e saúde suplementar.

Concomitantemente, o “setor fumo recolheu aproximadamente R\$ 6 bilhões em impostos para os cofres públicos” no mesmo período³⁸ (INCA, 2014: 13) evidenciando que o gasto vinculado ao tratamento das doenças tabaco relacionadas somam menos de um terço do que é gasto com o tratamento com essas doenças.

As operadoras dos planos de saúde têm investido na cessação do tabagismo entre os seus beneficiários. A oferta de tratamento por parte dessas empresas tem um custo relativamente baixo se comparado aos custos dispensados com o tratamento das neoplasias vinculadas que podem variar entre 200 e 400 mil reais (Agência Estado, 2015).

A quinta característica, trazida por Soares (2010: 107-108) é a *Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública*, refere-se às “novas formas de gestão, seus instrumentos de contratação por metas, a pactuação, as novas entidades jurídicas, a proliferação dos contratos temporários de trabalho e dos trabalhadores”. A atenção básica, por exemplo, agrega ações, programas e projetos de valor estratégico e frequentemente comportam diversas frentes de intervenção, a exemplo dos grupos de idosos, grupos de homens, hiperdia, tabagismo, dentre outros.

Neste contexto, inserem-se as múltiplas formas de contratação de recursos humanos presentes no SUS: seleção simplificada, terceirização de mão de obra através das

³⁷ Esse estudo foi coordenado pela pesquisadora Márcia Pinto e o resumo do estudo está disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-gasta-r-21-bi-com-tratamento-de-doencas-relacionadas-ao-tabaco-imp-,880230> Acesso: 16/06/2014.

³⁸ O estudo realizado pela ACTBR “não incluiu os gastos com aposentadorias, nem com doenças causadas pelo tabagismo passivo, nem por doenças materno-infantis tabaco-relacionadas, entre outros, o que aponta para uma dimensão ainda maior desse prejuízo” (INCA, 2014: 13).

Organizações Sociais - OS, Organizações Sociais de Interesse Público - OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado, dentre outros.

No município do Recife, por exemplo, parte da execução da Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, incluindo serviços substitutivos, como Residências Terapêuticas, Unidas de Acolhimento (adulto e infante juvenil), Leitos Integrais para usuários de saúde mental, álcool e outras drogas é desenvolvida mediante contratualização³⁹ para além da execução direta. Situação semelhante é vivenciada em nível estadual quando refere-se ao Programa Atitude que atende o usuário de álcool e outras drogas em suas diferentes modalidades.

No mesmo exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, em suas diferentes modalidades, estão diretamente vinculados à execução direta da Prefeitura da Cidade do Recife, o que não impede de contar com pessoal contratado por seleção simplificada/prazo determinado, nesses serviços⁴⁰, possibilitando a convivência no mesmo espaço profissional de diferentes jornadas de trabalho e faixas salariais⁴¹. Na atenção básica, principal ponto de atenção na oferta de tratamento para dependentes de nicotina, tais diferenças salariais e formas de contratação também estão presentes.

A *sexta* características apontada por Soares (2010: 108) diz respeito à *promoção da Saúde restrita*, pautada nos

limites históricos da política de saúde, do Estado brasileiro, de nossa estrutura social e das atuais configurações do desenvolvimento capitalista, ao não viabilizar a efetivação de políticas públicas estruturais e universais (...) centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença.

³⁹ Os profissionais vinculados à execução desses serviços são contratados pelo IMIP e/ou Santa Casa de Misericórdia de acordo com a legislação vigente que permite a contratualização desses serviços. Tais profissionais são contratados em regime de CLT sem concurso público, já que este não se aplica aqui.

⁴⁰ Situação encontrada principalmente nos CAPS com funcionamento 24h. Dado o número de profissionais exigidos para cobertura do atendimento há categorias profissionais que por não haver concurso público vigente foi possível efetuar a contratação desses profissionais, tais como Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Psiquiatras.

⁴¹ Há também diferenças salariais entre os profissionais de nível superior com destaque para médicos e enfermeiros que possuem salários diferenciados dos demais profissionais de saúde.

O foco presente na *Abordagem Mínima/Básica do Fumante* e/ou *Abordagem Intensiva/Estruturada do Fumante* está no indivíduo, na forma como ele lida a substância e na partilha de experiências pelos participantes no processo de cessação de fumar. Neste contexto, é disponibilizado material de apoio didático, formulado pelo INCA/Ministério da Saúde, que trazem informações nesse sentido, inclusive sobre a necessidade de acompanhar o cumprimento da legislação de proibição de fumar nos ambientes fechados de uso coletivo.

A abordagem, embora aconteça nos grupos de tratamento, é individualizada, pautada no desenvolvimento de habilidades individuais para a superação da dependência com vistas à cessação do tabagismo, evidenciando a responsabilidade do tabagista no processo saúde-doença. O mesmo ocorre com o profissional de saúde responsável pela coordenação dos grupos de tratamento para dependentes de nicotina, que devem se constituir em *modelos de comportamento*⁴² desconsiderando as fragilidades e imperfeições constituintes do ser humanos e da educação formal propriamente dita.

A sétima característica, trata-se da *ampliação do tensionamento nos espaços de participação social*. A “participação social, como diretriz fundamental do projeto de reforma sanitária e de sua racionalidade político-emancipatória, constitui-se um espaço dialético de mobilização e defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do SUS”, entretanto, a participação valorizada tem sido espaços de escuta, a exemplo das Ouvidorias (SOARES, 2010: 108-109).

A questão do tabagismo está na pauta de organizações bastante heterogêneas⁴³. A Aliança para o Controle do Tabagismo – ACT+⁴⁴ em atuação há mais de uma década que tem

⁴² A expressão *modelos de comportamento* vinculado aos profissionais de saúde executores das políticas locais de controle de tabagismo está presente nos materiais informativos disponibilizados pelo INCA/Ministério da Saúde e nos materiais disponibilizados para formação de recursos humanos.

⁴³ Dentre as entidades que compõem a rede ACT estão Escolas públicas, Unidades de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Secretarias de Saúde, Sociedades Científicas, dentre outras.

⁴⁴ De acordo com o site institucional da ACT+ “em sua fase de desenvolvimento, foi realizada em São Paulo, em dezembro de 2003, uma primeira reunião onde estiveram presentes representantes de organizações não

no controle do tabagismo a sua principal pauta reuniu através da rede ACT⁴⁵ 142 entidades no Brasil⁴⁶, assim distribuídos: Centro Oeste – 20 entidades; Nordeste – 29 entidades⁴⁷; Norte – 06 entidades; Sudeste – 57 entidades; Sul – 30 entidades.

A participação dessas entidades nas esferas de controle e participação social é distinta dada às especificidades de cada uma, Sociedades Científicas, por exemplo, tem contribuído para a discussão da proteção da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco e doenças tabaco relacionadas, Escolas para a sensibilização quanto aos riscos de exposição à essa fumaça, Unidades e Secretarias de Saúde para a implantação da política local de controle de tabagismo e/ou oferta de tratamento para dependentes de nicotina, dentre outros.

O tabagista, usuário da rede SUS, entretanto, tem nos grupos de tratamento para dependentes de nicotina o seu espaço de escuta privilegiada, não se trata aqui da existência de impedimento para esses usuários participarem de atividades vinculadas ao Conselho Gestor de Unidade de Saúde, entidades de defesa de direitos e/ou Conferências de Saúde – Municipais, Estaduais e/ou Nacional. Mas, na proposta preconizada, pelo INCA e Ministério da Saúde, que está centrada nas dificuldades vivenciadas pelo tabagista no processo de cessação de fumar.

governamentais e governamentais do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul, Bahia e Distrito Federal. A reunião foi uma iniciativa da REDEH (Rede de Desenvolvimento Humano) em parceria com a Health Bridge, e recebeu o apoio da Agência de Cooperação Internacional do Canadá (CIDA). Foi criada, então, a Rede Tabaco Zero (RTZ), tendo como secretaria executiva a REDEH. Esta estrutura funcionou até dezembro de 2006, quando a RTZ passou a se chamar Aliança de Controle do Tabagismo. A partir de fevereiro de 2007, a ACT foi formalizada como associação e passou a contar com uma Diretoria, Conselho Fiscal, Membros Fundadores, Conselho Consultivo e Conselho Honorário”. Disponível no link <http://www.actbr.org.br/institucional/> Acesso: 02/11/2015. Também já recebeu a denominação ACTBr – Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil. Recentemente acrescentou o “+Saúde” pois passou a tratar de questões vinculadas a Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT.

⁴⁵ A rede ACT é composta por entidades que se identificam com a pauta do controle do tabagismo no Brasil. A associação à rede ACT é feita de forma voluntária e pode ser feita por pessoa jurídica e/ou física. Na rede ATC de pessoas físicas denominada rede de cidadãos há 904 pessoas cadastradas, destas 18 pessoas estão listadas em Pernambuco. Listagem disponível no link: <http://www.actbr.org.br/institucional/rede-act-associados-pf> Acesso: 02/11/2015.

⁴⁶ Disponível no link: <http://www.actbr.org.br/institucional/rede-act-associados-pj> Acesso: 02/11/2015.

⁴⁷ Dessas, duas estão localizadas no estado de Pernambuco, são elas Associação da Defesa da Cidadania do Consumidor – ADECON-PE e Núcleo Integrado de Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco – NISC/UPE.

Dito isso, não pretendemos, assim, fazer a defesa que a participação e controle social façam parte do protocolo clínico para tratamento da dependência de nicotina, mas de salientar a oportunidade vinculada ao associar o tratamento da dependência à experiência de participação e controle social inerente a oferta de serviços de saúde na rede SUS nas suas diferentes modalidades.

É inegável a ampliação do acesso ao tratamento para dependentes de nicotina disponibilizada na rede SUS atingindo 23.000 equipes de saúde na atenção básica. Entretanto, como atualmente existem 48.213 equipes de saúde na atenção básica⁴⁸, significa dizer que 53,3% da população coberta por essas equipes não tem o acesso ao tratamento para a dependência de nicotina.

A seguir (capítulo II) discutiremos a trajetória da política de controle do tabagismo e os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS, presentes nas normativas vinculadas ao período de 1989 a 2005.

⁴⁸ Dados disponibilizados até junho de 2015 pela Diretoria de Atenção Básica – DAB indicam que existem atualmente 48.213 equipes de saúde na atenção básica – estratégias de saúde da família cadastradas no Ministério da Saúde. O Histórico de cobertura do Saúde da Família pode ser consultado no site da Diretoria de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, através do link http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php Acesso: 30/07/2015.

CAPÍTULO II:

A POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

Neste capítulo, discutiremos a trajetória da política de controle do tabagismo situando as primeiras iniciativas públicas de controle do tabaco no Brasil, incluindo o Programa Nacional de Controle de Tabagismo e os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS, em 21 de maio de 2003, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003, criada a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos no Brasil em 01 de agosto de 2003, promulgada pelo Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006, entrando em vigor em 1º de fevereiro de 2006.

A discussão da trajetória da política de tabagismo utilizou como subsídio o conjunto das normativas legais vinculadas ao longo da construção da política de controle de tabagismo que antecedem a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil, através do Decreto Presidencial nº 5.658, de 02 de janeiro de 2006, entrando em vigor em 1º de fevereiro de 2006.

No período acima vinculado, analisamos a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, utilizamos como referência dez normativas, são elas: Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986; Portaria Interministerial nº 3.257

de 22 de setembro de 1988; Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996; Decreto nº 2.018 de 1º de outubro de 1996; Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000; Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003; Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575 de 29 de agosto de 2002; Portaria nº 1.035 MS/GM de 31 de maio de 2004; Portaria nº 442 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS de 13 de agosto de 2004; e Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005.

Propositadamente, excluímos desse período três normativas, bastante específicas que antecedem a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT por estarem diretamente vinculadas à sua proposição/promulgação são elas: o Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999, o Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003; e o Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005. Tais normativas tratam das Comissões de proposição/articulação e/ou implantação da CQCT no Brasil, não trazendo diretamente questões relativas à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, a discussão dessas normativas, ocorrerá no próximo capítulo dada à vinculação com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil – CQCT.

2.1 A trajetória da Política de Controle de Tabagismo no Brasil

A popularização do uso do tabaco na sociedade traz consigo um componente histórico e social que somado à capacidade da nicotina de causar dependência (CAVALCANTE, 2001) promoveu a expansão de uma epidemia global do tabaco, nos termos da Organização Mundial de Saúde – OMS (BRASIL, 2004a).

De acordo com Rosemberg (2003:11)

é de tempos imemoráveis o costume dos aborígenes americanos de fumar tabaco nas cerimônias religiosas. É um enigma que tantas culturas indígenas espalhadas neste continente, as quais dificilmente podiam contatar-se, vivenciassem ritual semelhante mágico-religioso, sagrado, no qual o sacerdote, cacique ou pajé e seus circunstantes, entravam em transe aspirando o fumo do tabaco.

Neste contexto, desde o uso da folha do tabaco em rituais indígenas à sua comercialização em larga escala no mundo globalizado passaram-se mais de quatro séculos. A preocupação com regulamentação de embalagens, comercialização, propaganda vinculada e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS é recente.

A disseminação do uso da folha do tabaco foi atribuída à América, tendo a folha do tabaco chegado a Europa através da Espanha, Portugal, França e Inglaterra. A primeira referência escrita sobre a folha do tabaco data de 1526

na História Natural de Las Índias de Don Gonzalo Fernandes”. Apenas 50 anos depois a folha do tabaco já era utilizada por toda a Europa por diferentes classes sociais, quando foram criados espaços conhecidos como "tabagies" destinados ao uso da folha do tabaco por ricos fumando "longos cachimbos (ROSEMBERG, 2003: 12-13).

Esse autor destaca ainda que "a partir do século 17, na Europa, praticamente todos os generais, soldados e populares fumavam" e o tabaco passou a compor peças de teatro e obras de arte, assim vários pintores retrataram, nesse período, em suas telas personagens fumando (Idem: 13-14).

Jean Nicot teria recebido, através de Damião de Góes, embaixador do Brasil, na Flandres, a planta do tabaco, enviando-a à França. Mas foi em 1737, que na primeira classificação científica das plantas ela foi denominada de “Nicotiana Tabacum”. Posteriormente, em 1818, recebeu o nome de “nikotin” devido ao princípio ativo descoberto no tabaco e, neste mesmo ano, os dicionários na França registram o verbete “nicotine” (ROSEMBERG, 2003: 15).

Com a universalização da nicotina o comércio da folha do tabaco passou a ser bastante lucrativo na Europa, merecendo destaque a Companhia das Índias e a Virgínia Company da Inglaterra. Vários países criaram legislação própria para coibir o contrabando. O cigarro no formato que conhecemos teria surgido no século XIX, antes disso além do cachimbo predominou o consumo de rapé e charutos. No Brasil, a folha do tabaco chegou a ser utilizada como moeda de compra e venda de escravos (Idem).

Ainda de acordo com esse autor,

desde os idos de 1950 a indústria tabaqueira vem desenvolvendo pesquisas que lhe forneceram a certeza de que a nicotina é geradora de dependência físico-química, assim como estudos para sua maior liberação e absorção pelo organismo e inclusive estudos genéticos objetivando desenvolver planta de tabaco hipernicotinado.

Mas, foi apenas em 1998, em decorrência de acordo judicial entre o Estado de Minnesota, nos Estados Unidos, as companhias de tabaco⁴⁹ abriram o acesso ao público os “documentos internos constantes de atas, memoriais, cartas, relatórios, planos de administração, e toda a correspondência referente às suas atividades técnicas, científicas e comerciais” (Idem: 42-43).

O acesso a esses documentos permitiu demonstrar que embora a indústria do tabaco tenha negado em juízo o conhecimento de que a nicotina causasse dependência⁵⁰ várias pesquisas foram desenvolvidas de forma a aumentar a dependência de nicotina e o lucro da indústria vinculada à venda de cigarros, tais como:

Estamos num negócio de vender nicotina, droga causadora de dependência⁵¹. Penso que agora poderemos regular com precisão os níveis de nicotina para termos fumantes mais consumidores de cigarros⁵². Mais que o negócio de vender cigarros, a indústria tabaqueira, tem por objetivo a venda atrativa da nicotina⁵³. As subsidiárias do Canadá

⁴⁹ O acordo judicial envolvia as seguintes empresas: Phillip Morris Incorporated, RJ Reynolds Tobacco Company, British American Tobacco, Brown and Williamson, Lorillard Tobacco Company, American Tobacco Company, Liggett Group, Tobacco Institute e o Center for Tobacco Research (ROSEMBERG, 2003: 43)

⁵⁰ Essa negativa ocorreu durante todo o processo judicial motivador do acordo supracitado. O julgamento foi desencadeado pelo vazamento de “4 mil páginas de memorandos, relatórios, cartas, cópias de atas, correspondendo a um período de 30 anos de atividade” em 12 de maio de 1994 por parte de funcionário de alto escalão da indústria do tabaco nos Estados Unidos (ROSEMBERG, 2003: 43). Esse processo foi relatado em filme intitulado “O Informante” lançado em 1999.

⁵¹ Addison Yeaman. Vice-Presidente da Brown and Williamson (BW), subsidiária norte-americana da British American Tobacco (BAT). Documento nº 1802.05 Apud Rosemberg (2003: 45).

⁵² R.B. Griffith, executivo da Brown and Williamson, 18 de setembro de 1963 Apud Rosemberg (2003: 45).

⁵³ Brown and Williamson, 1963 Apud Rosemberg (2003: 45).

foram encorajadas a investigar o processamento de tabaco reconstituído com altos teores de nicotina. Os consumidores necessitam ser mais estimulados a fumar⁵⁴. Ante as provas colhidas com as pesquisas efetuadas, conclui-se que o mais importante do tabaco é a nicotina e, portanto estamos numa indústria de nicotina, antes que de tabaco⁵⁵. Os fumantes mantêm o consumo de cigarros, porque são fisicamente dependentes da nicotina⁵⁶. Poderia ser útil considerar a indústria tabaqueira, grosso modo, como administradora de nicotina (no sentido clínico)⁵⁷. “Os cigarros convencionais transferem aos fumantes doses de nicotina com baixa eficiência. Portanto deve-se conseguir tabaco com maior eficiência⁵⁸. O cigarro não deveria ser concebido como um produto, mas sim como um invólucro. O produto é a nicotina... Considere-se o maço de cigarros como um recipiente para proporcionar o fornecimento diário de nicotina... Considere-se o cigarro como um dispositivo que fornece doses de nicotina. Considere-se a tragada de fumar como o veículo da nicotina. O fumo é indiscutivelmente o melhor veículo da nicotina e o cigarro o melhor veículo para o fornecimento da fumaça⁵⁹.”

O cigarro é o mais popular dos produtos derivados do tabaco⁶⁰. É também o que cria maior dependência, sendo o produto derivado do tabaco mais utilizado no mundo (MODI, 2012). Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde⁶¹ foi identificado que o poder de causar dependência da nicotina é de 80%. Assim, oito em cada dez fumantes desenvolvem dependência. Nenhuma outra substância dentre as pesquisadas apresentou um índice tão alto. O cigarro é ainda de fácil acesso e seu comércio legalizado e apesar da comercialização ser proibida aos menores de 18 anos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a idade média de início do consumo de cigarros é de 15,5 anos.

⁵⁴ Documento 1170.01, página 9 Apud Rosemberg (2003: 45).

⁵⁵ Sir Charles Ellis, cientista-chefe do grupo de pesquisas da Brown and Williamson. Junho de 1967, Documento 1201.01, página 10 Apud Rosemberg (2003: 45).

⁵⁶ Lorillard LTC, sem data Apud Rosemberg (2003: 46).

⁵⁷ British American Tobacco, 1967 Apud Rosemberg (2003: 46).

⁵⁸ Documentos 1174.01 e 1670.01, 1969 Apud Rosemberg (2003: 46).

⁵⁹ Phillip Morris, 1972 Apud Rosemberg (2003: 47).

⁶⁰ Dentre os demais produtos derivados do tabaco mais consumidos estão: bidi, kretek (cigarro de cravo-da-índia), charuto, cachimbo, cachimbo de água (narguilé, shisha). Há também os produtos derivados do tabaco sem emissão de fumaça. Estes produtos são consumidos pela via oral ou nasal sem a queima da folha do tabaco, tais como tabaco de mascar, gutkha; rapés ou snus; e produtos solúveis. Para mais informações consultar MOBI, 2012.

⁶¹ Pesquisa Nacional Domiciliar sobre o uso de Drogas nos EUA, 2001. USA -National Health Institute apud Revista Super Interessante, Janeiro 2002 – Edição 172 apud BRASIL, 2004: 13.

Quadro 01: Comparação entre dependência de nicotina e de outras drogas⁶²

Substância	Acesso	Capacidade de causar dependência**	Letalidade	Precocidade***
Nicotina	Grande	80	Alta	15,5
Heroína	Pequeno	35	Média	19,9
Cocaína	Médio	22	Alta	21,9
Sedativos*	Médio	13	Média	19,5
Estimulantes*	Médio	12	Alta	19,3
Maconha	Médio	11	Baixa	18,4
Alucinógenos	Grande	09	Baixa	18,6
Analgésicos	Médio	07	Média	21,6
Álcool	Grande	06	Média	17,4
Tranquilizantes*	Médio	05	Média	21,2

* Uso não médico

** % de usuários que se tornam dependentes

*** Idade média do primeiro uso em anos

Fonte: BRASIL, 2004a: 13

Dentre as substâncias tóxicas presentes na fumaça dos produtos derivados do tabaco estão: cianeto de hidrogênio, amônia, tueleno, butano e monóxido de carbono – gases tóxicos; arsênico, cádmio, cromo e chumbo – metais pesados; cloreto de vinila, benzeno, formaldeído e Polônio 210 (este radioativo) – produtos cancerígenos (MOBI, 2012).

Muitas empresas tem buscado a ampliação de mercado através de novos produtos⁶³, dentre eles encontra-se o tabaco solúvel, fabricado por “marcas conhecidas de cigarros e comercializadas como uma alternativa para os fumantes nos locais onde o fumo é proibido, nos países de renda alta”. Outro produto com o mercado em expansão é o cigarro eletrônico (e-cigarette) um “sistema eletrônico para fornecimento de nicotina que usa baterias para converter o líquido que contém nicotina no vapor que é inalado” (Idem). Utilizados como

⁶² Quadro reproduzido integralmente.

⁶³ Destacam-se ainda os “pirulitos de nicotina, bálsamo para os lábios, água de nicotina, cigarro eletrônico: para contornar os regulamentos do controle do tabaco e para atrair os fumantes existentes e novos clientes em potencial, incluindo crianças. Esses produtos são vendidos como uma alternativa segura e métodos para parar de fumar, porém a maioria deles pode ser tão perigosa quanto os outros produtos de tabaco e representar o primeiro passo para a dependência da nicotina em crianças” (Idem).

alternativas para fumantes que querem fazer uso deles em locais fechados não estão livres de substâncias cancerígenas.

Esse autor destaca ainda que “os produtos de tabaco sem fumaça contêm muitos carcinógenos, metais pesados e outras toxinas encontradas nos cigarros, que provocam muitas doenças semelhantes às causadas pelo fumo”. Esses produtos também aumentam “o ônus do câncer de cabeça e de pescoço, e doenças da boca e dos dentes” sendo fatores de risco para diversos tipos de câncer e doenças tabaco-relacionadas:

câncer de boca, língua, garganta, esôfago, estômago, pâncreas; maior risco de doença cardíaca, infartos, derrames (AVC); saúde reprodutiva — pré-eclampsia, parto prematuro, nascimento de bebê abaixo do peso; doenças da boca e dentes — leucoplasia (lesão pré-cancerosa), retração da gengiva, perda óssea perto da raiz dos dentes, abrasão dos dentes, perda de dentes, dentes manchados, mau hálito; dependência da nicotina — dependência, uso duplo de tabaco com e sem fumaça (MOBI, 2012).

De acordo com a Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTBr (2014b) o cigarro, ao invés dos demais formatos da folha do tabaco “teve sua expansão por ser mais econômico, mais cômodo de carregar e usar do que o charuto ou o cachimbo”. Assim,

a indústria de cigarros se consolidou a partir do final do século XIX, com a invenção da máquina de confeccionar cigarros em 1881. Entre 1904 e 1947, as empresas americanas de tabaco cresceram tão ou mais rapidamente que as de carros, com as marcas populares de cigarros. No Brasil, o chamado sistema integrado de produção de fumo foi criado pela British American Tobacco (BAT) – controladora acionária da Souza Cruz desde 1914 (...). A BAT se tornou, no fim da 2ª Guerra Mundial, a maior fabricante de cigarros do mundo.

Para Rodriguez (2005), “o cinema, principalmente o de Hollywood, se afirmou, desde as primeiras décadas do século XX, como mídia de massa, sendo reconhecida a sua influência para a divulgação de valores que moldam hábitos e comportamentos dos indivíduos”. Neste contexto, a indústria cinematográfica teve um importante papel no processo de *glamourização* do cigarro associando a um estilo de vida sofisticado e à imagem de autonomia e liberdade, tendo o mesmo acontecido com os comerciais da época.

Neste sentido, BLESSA (2014: 03) destaca que nas campanhas promovidas pela indústria do cigarro

não se enfoca o produto, pois ele é sabidamente nocivo, mas os valores que representam o consumo do cigarro. A transgressão é um deles, talvez por isso encontrando junto aos adolescentes e jovens tal sintonia. [Assim] a associação entre o hábito de fumar e um estilo de vida aventureiro é muito comum na propaganda de cigarro. Com ela se pretende atrair os adolescentes e os jovens, que formam a camada da população mais seduzida por esse tipo de atividades.

Nos Estados Unidos os fabricantes de cigarro entre 1940 e 2005, “gastaram aproximadamente 250 bilhões de dólares (com base em 2006) em promoção e publicidade de cigarros. Em 2005, a indústria gastou \$13,5 bilhões (com base em 2006) com publicidade e promoção de cigarros (\$37 milhões por dia em média)” (INCA, 2008: 08-09). Dentre as estratégias de *marketing* estavam os patrocínios às produções cinematográficas de Hollywood, a exemplo, dos filmes *Rock Balboa* e *Instinto Selvagem* e de campanhas de marketing direcionadas a crianças, jovens e mulheres⁶⁴.

De acordo com esse autor (Idem)

atualmente, a maior parte do orçamento de marketing da indústria do cigarro é destinada à atividades promocionais, especialmente descontos nos preços. Os descontos nos preços representaram 75% das despesas totais de marketing em 2005 (\$10,1 bilhões com base em 2006).

Esse redirecionamento do orçamento de marketing ocorreu depois da proibição de publicidade e propaganda dos produtos derivados do tabaco naquele país.

O Programa Nacional de Combate ao Fumo⁶⁵ – PNCF foi criado em 1986, vinculado à estrutura do Ministério da Saúde. Mas, foi na década de 70, que a epidemia de Tabagismo no Brasil, tomou fôlego, passando de 25 milhões de fumantes no país, naquela década, para 32 milhões de fumantes na década seguinte. O enfrentamento dessa problemática, entretanto era

⁶⁴ The Tobacco Conspiracy. Documentário produzido por Canadá e França. Disponível no Youtube através do link: https://www.youtube.com/watch?v=3OL_o0PB1vA&list=PLWhsf3PK2CwX4XBqDwCPXoV7UCcAJSRG. Acesso: 30/07/2015.

⁶⁵ Inicialmente o termo utilizado era *combate ao fumo* tanto para programas e projetos locais quanto para o Programa Nacional, posteriormente essa terminologia foi substituída por *controle do tabagismo*. Neste sentido, utilizaremos a terminologia conforme ela se apresenta nas referências utilizadas.

limitado apenas por algumas organizações médicas com destaque para a atuação de alguns médicos⁶⁶ (ROMERO & COSTA E SILVA, 2011).

Uma primeira iniciativa, no Brasil, foi elaborada em 1979 por 46 entidades, entre elas associações médicas, secretarias de saúde e centros universitários reunidos em São Paulo e um ano mais tarde seria realizada a primeira Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo, em Vitória. O Estado do Rio Grande do Sul foi um dos primeiros a implantar um programa estadual de combate ao fumo, ainda no início da década de 80, fomentado principalmente pelas ações da Associação Médica do Rio Grande do Sul (Idem: 300).

Ainda de acordo com Romero & Costa e Silva (2011: 306) em 1985 foi constituído o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT) e no ano seguinte foi criado o primeiro Programa Nacional de Combate ao Fumo (PNCF)

como uma ação conjunta das Divisões Nacionais de Pneumologia Sanitária (DNPS) e de Doenças Crônico-degenerativas (DNDCD) do MS, financiada com recursos das Campanhas Nacionais contra a Tuberculose e de Combate ao Câncer, logo seguido da criação de um Programa de Controle do Tabagismo, inicialmente de caráter regional, no Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Rio de Janeiro. A coordenação do PNCF seria transferida para o INCA /MS, no Rio de Janeiro, em 1992.

É da década de 1980 a primeira legislação vinculada à temática no país. Trata-se da Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986 que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto de cada ano estabelecendo que o Ministério da Saúde irá promover na semana que antecede essa data “uma campanha de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos com o uso do fumo” (BRASIL, 1986).

Nessa data os municípios que contam com políticas locais de controle do tabagismo desenvolvem ações educativas e campanhas alusivas. Da mesma forma, a mídia escrita e televisiva reserva parte da programação para discutir a temática evidenciando a questão do tabagismo e das doenças tabaco-relacionadas.

⁶⁶É o caso do médico José Rosemberg da Sociedade Brasileira de Tisiologia e Pneumologia que realizou vários estudos na área do tabagismo, tendo sido referência para várias publicações, principalmente na área de epidemiologia.

Assim, foi incluída do ponto de vista legal a primeira menção ao desenvolvimento de ações educativas acerca dos riscos à exposição a fumaça dos produtos derivados do tabaco, mesmo que restrita a ações pontuais e sazonais possibilitou o uso da mídia para a desconstrução paulatina do processo de *glamourização* do cigarro.

É também daquela década a Portaria Interministerial nº 3.257, de 22 de setembro de 1988, dos Ministérios do Trabalho e da Saúde, recomendando “que em todos os locais de trabalho se adotem medidas restritivas ao hábito de fumar, especialmente onde o ambiente for fechado, a ventilação natural reduzida ou sejam adotados sistemas de condicionamento do ar” incumbindo à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA a execução de campanhas educativas quanto aos *efeitos nocivos do fumo*.

Apenas na década seguinte que essas recomendações passaram a ter força de lei, restringindo o uso de cigarros em ambientes fechados de uso coletivo. Trata-se da Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996 que proíbe “o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente”, permitindo assim o uso nos denominados fumódromos.

A definição de fumódromo presente no Decreto nº 2.018 de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294/1996 é “a área que no recinto coletivo for exclusivamente destinada aos fumantes, separada da destinada aos não fumantes por qualquer meio ou recursos eficiente que impeça a transposição da fumaça”.

O Decreto nº 2.018/1996 define ainda o

recinto coletivo como local fechado destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas, tais como casas de espetáculos, bares, restaurantes e estabelecimentos similares. São excluídos do conceito os locais abertos ou ao ar livre, ainda que cercados ou de qualquer forma delimitados em seus contornos.

Neste contexto, foi atribuída à Lei 9.294/1996 uma crescente contradição da definição *espaço fechado X espaço aberto* alardeada por alguns setores discordantes da normatização em vigor, mesmo assim essa legislação norteou as ações de fiscalização da vigilância sanitária por todo o País enquanto em vigor. A lei, entretanto é bastante clara ao denominar fumódromo como *um espaço exclusivamente para fumar*. Sob esta ótica qualquer local que seja passagem, entrada ou mesmo varanda não pode por definição ser considerado um fumódromo já que traz consigo outros aspectos como, por exemplo, a presença constante de funcionários (garçons) e clientes.

Havia uma pressão, desenvolvida principalmente pelos setores que defendem a ampliação do controle do tabagismo no País de que a Lei 9.294/1996 fosse alterada de modo a retirar qualquer margem de questionamento em relação ao *espaço aberto/ espaço fechado* na justiça o que vinha se tornando prática frequente na última década. Neste contexto, muitos estados⁶⁷ e municípios optaram por criar sua própria legislação.

As restrições à propaganda de produtos derivados do tabaco também estão presentes na Lei nº 9. 294/1996 sendo vedada a “propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, com exceção apenas da exposição dos referidos produtos nos locais de vendas, desde que acompanhada das cláusulas de advertência” previstas na referida legislação. Além disso, é vedado ainda

sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde, ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas; induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou a tensão, ou qualquer efeito similar; associar ideias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes; empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo (BRASIL, 1996).

⁶⁷ Os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná em 2009; Paraíba, Rondônia, Roraima e Amazonas em 2010; criaram legislações conhecidas como *antifumo* por proibirem fumar em locais fechados bem como o uso de fumódromos em locais fechados. Já os estados de Minas Gerais, Santa Catarina, Ceará, Mato Grosso, Espírito Santo, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Goiás, Rio Grande do Sul, Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro e Tocantis (em 2010); Alagoas e Pará (em 2011) criaram legislações que proibem fumar em locais fechados, mas permitem o fumódromo (ACTBr, 2013).

Blessa (2014: 03) destaca, entretanto, que

a proibição da propaganda de cigarro em meios de massa não pôs fim às ações de comunicação e marketing da indústria tabagista, que têm encontrado meios alternativos de levar a cabo seu interesse privado, em detrimento do interesse público. As ações de marketing são consideradas fundamentais no setor, embora publicamente, a indústria do tabaco alegue que é a pressão dos pares e não a propaganda que induz o jovem a começar a fumar.

Ações voltadas para a abertura de grupos de tratamento para dependentes de nicotina não estão previstas na Lei nº 9.294/1996 e/ou no Decreto nº 2.018/1996 que a regulamenta, também não há menção à formação de recursos humanos na área de tabagismo, estes apenas seriam incluídos nas normativas da década seguinte.

A Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000, por sua vez, deu nova redação a Lei nº 9.294/1996 proibindo assim

a venda por via postal; a distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde; a propaganda por meio eletrônico, inclusive internet; a realização de visita promocional ou distribuição gratuita em estabelecimento de ensino ou local público; o patrocínio de atividade cultural ou esportiva; a propaganda fixa ou móvel em estádio, pista, palco ou local similar.

Essa Lei incluiu ainda a obrigatoriedade de advertências nos produtos derivados do tabaco, mesmo que restritas às advertências. Assim, além das campanhas educativas alusivas ao Dia Nacional de Combate ao Fumo instituído pela Lei nº 7.748/1986 as advertências nas embalagens de produtos derivados do tabaco passaram a alertar acerca dos riscos da exposição à fumaça desses produtos.

A recomendação para instituições de saúde e ensino para implantar programas de ambientes livres da exposição ambiental à fumaça do cigarro – exposição tabagística ambiental – ocorreu em 2002, através da Portaria Interministerial nº 1.498 de 22 de agosto de 2002. O Ministério da Saúde, por sua vez instituiu o programa “Ministério da Saúde Livre do Tabaco” que proíbe fumar nas dependências das sedes do Ministério da Saúde em todo o território nacional propondo ações educativas direcionadas aos funcionários e visitantes de suas dependências sobre os riscos da exposição à fumaça do cigarro.

A Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003, alterou novamente a Lei nº 9.94/1996 acrescentando a proibição de “propaganda indireta contratada, também denominada *merchandising*, nos programas produzidos no País após a publicação desta Lei, em qualquer horário; a comercialização em estabelecimentos de ensino e de saúde”, facultando ao Ministério da Saúde incluir advertências em eventos esportivos bem como que

a transmissão ou retransmissão, por televisão, em território brasileiro, de eventos culturais ou esportivos com imagens geradas no estrangeiro patrocinados por empresas ligadas a produtos fumíferos, exige a veiculação gratuita pelas emissoras de televisão, durante a transmissão do evento, de mensagem de advertência sobre os malefícios do fumo.

Essa Lei ampliou a obrigatoriedade de advertências nos produtos derivados do tabaco, expandindo assim a inclusão de advertências para programas televisionados. A partir desse momento se fazia necessário a inclusão de mensagens de advertências para programação internacional a exemplo das olimpíadas, campeonatos mundiais de futebol, campeonatos de corrida de automóvel, dentre outros. Tal como o Brasil, vários países adotaram proibições semelhantes o que contribuiu para os organizadores desses eventos reverem a postura vinculada a esse tipo de propaganda⁶⁸.

As normativas vinculadas à proteção contra os riscos da exposição à fumaça do tabaco e derivados, a previsão de oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS e sensibilização da população quanto a esses riscos, apenas aparecem na legislação a partir de 1986, restritas à sensibilização ou a proteção de ambientes de uso coletivo.

Neste contexto, nas normativas existentes nenhuma regulamentação quanto à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito da Saúde Pública está em vigor, indicando assim um descompasso entre as evidências científicas quanto aos riscos de

⁶⁸ Vide The Tobacco Conspiracy. Documentário disponível no Youtube através do link: https://www.youtube.com/watch?v=3OL_o0PB1vA&list=PLWhslf3PK2CwX4XBqDwCPXoV7UCcAJSRG. Acesso: 30/07/2015.

exposição e a oferta de tratamento (vide Quadro 02).

A crescente preocupação e regulamentação da comercialização quanto aos produtos derivados do tabaco é visível, especialmente através da Lei nº 9.294/1996 quando da proibição do uso de derivados do tabaco em recintos fechados de uso coletivo, trazendo um grande potencial de sensibilizar a população quanto aos riscos vinculados. Da mesma forma, regulamentou a propaganda vinculada ao cigarro não mais sendo possível o processo de *glamourização* que lhe foi vinculado através do cinema e mídia, contribuindo assim para a desnaturalização de seu uso entre os diversos públicos alvo dessa indústria.

Quadro 02: Normativas sobre tabagismo no Brasil – proteção contra os riscos da exposição à fumaça do tabaco e derivados e previsão de oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde.

NORMATIVA	PROTEÇÃO CONTRA OS RISCOS DA EXPOSIÇÃO À FUMAÇA DO TABACO E DERIVADOS	OFERTA DE TRATAMENTO NO SUS
Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986 Instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo em 29 de agosto.	O Ministério da Saúde desenvolverá na semana que antecede o Dia Nacional campanhas educativas quanto aos malefícios da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.	Nenhuma menção. Prevê, entretanto a execução de campanhas educativas de sensibilização quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.
Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988	Recomenda ações de proteção à exposição à fumaça do tabaco e derivados e execução de campanhas educativas de sensibilização quanto aos malefícios da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco por parte da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – CIPA das empresas,	Nenhuma menção. Prevê, entretanto a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas, cabendo aos Ministérios do Trabalho e Saúde conferir certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem nas campanhas “anti-tabagistas”.
Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996	Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento	Nenhuma menção. Restringe a uso da publicidade e propaganda e proíbe o uso de produtos derivados do tabaco em espaços coletivos, deixa

	<p>conveniente; estabelece que as propagandas não devem: sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde; atribuir aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes; associar ideias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes; empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo;</p>	<p>margem de interpretação na definição de uso coletivo. Ações educativas e de formação não são sinalizadas.</p>
<p>Decreto nº 2.018 de 1º de outubro de 1996</p>	<p>Regulamenta a Lei nº 9.294/1996, trazendo a definição de recintos coletivos e fumódromos.</p>	<p>Nenhuma menção. Ações educativas e de formação não são sinalizadas. Exclui, entretanto áreas abertas ainda que cercadas ou delimitadas, deixando margem de interpretação acerca da proibição de fumar em recintos coletivos.</p>
<p>Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000</p>	<p>Altera a Lei n.º 9.294/1996: proíbe o uso dos produtos mencionados derivados do tabaco nas aeronaves e demais veículos de transporte coletivo; proibindo o patrocínio de atividade cultural ou esportiva; a propaganda fixa ou móvel em estádio, pista, palco ou local similar; estabelece sanções incluindo multas e penalidades para o infrator, seja pessoa física e/ou jurídica.</p>	<p>Nenhuma menção. As ações educativas estão restritas a inclusão das mensagens de advertência nas embalagens de produtos derivados do tabaco. Ainda sem sinalização para as ações de formação.</p>
<p>Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003</p>	<p>Altera a Lei no 9.294/1996: faculta ao MS afixar em eventos esportivos advertências; estabelece que a transmissão ou retransmissão, por televisão, em território brasileiro, de eventos culturais ou esportivos com imagens geradas no estrangeiro patrocinados por empresas ligadas a produtos fumíferos, exige a veiculação gratuita pelas emissoras de televisão, durante a transmissão do evento, de mensagem de advertência sobre os malefícios do fumo; proíbe a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising, nos programas produzidos no País em qualquer horário</p>	<p>Nenhuma menção. As ações educativas estão restritas a inclusão das mensagens de advertência sejam nas embalagens, eventos culturais, esportivos ou ainda nas transmissões das emissoras de televisão. Ações de formação não são sinalizadas.</p>

2.1.1 O Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT

O Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT, criado em 1989 é coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA e desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde⁶⁹. O PNCT tem por objetivo

reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil seguindo um modelo lógico no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre adolescentes e jovens; para promover a cessação de fumar; e para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco (INCA, 2015)

As diretrizes do Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT buscam atuar sobre os

determinantes sociais e econômicos que favorecem a expansão do consumo de tabaco e envolvem: Criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo de tabaco; Equidade, integralidade e intersetorialidade nas ações; Construção de parcerias para enfrentamento das resistências ao controle do tabagismo; Redução da aceitação social do tabagismo; Redução dos estímulos para a iniciação; Redução do acesso aos produtos derivados do tabaco; Proteção contra os riscos do tabagismo passivo; Redução das barreiras sociais que dificultam a cessação de fumar; Aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação de fumar; Controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de marketing e promoção dos mesmos; Monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre saúde, economia e meio ambiente (CAVALCANTE, 2005: 288).

As ações desenvolvidas pelo PNCT compreendem: campanhas e ações educativas; ampliação dos ambientes livres de fumo – através da proibição de fumar em ambientes

⁶⁹ Esse formato traz algumas especificidades que visualizaremos mais adiante especificamente as particularidades entre os direcionamentos do PNCT vinculado ao INCA e a sua operacionalização a partir do Ministério da Saúde e interfaces com outras políticas que desenvolvem ações diretamente vinculadas a questão das drogas.

fechados de uso coletivo regulamentada pela Lei nº 9.249/1996 e suas atualizações; o Programa Saber Saúde e oferta de tratamento no SUS⁷⁰ (INCA, 2015).

As estratégias utilizadas para a o desenvolvimento do programa consistem na descentralização das ações através das secretarias estaduais e municipais de Saúde; responsabilização dos diversos órgãos integrantes da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco; e construção de parceria com a sociedade civil organizada, a exemplo de ONGs, sociedades científicas, conselhos profissionais, dentre outros (CAVALCANTE, 2005: 288-289).

As campanhas e ações educativas estão diretamente vinculadas às atividades alusivas ao Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) criado através da Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986 e ao Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio), criado pela Organização Mundial de Saúde – OMS em 1989 para “alertar sobre as doenças e mortes evitáveis relacionadas ao tabagismo” (INCA, 2015).

Cavalcante (2001: 36) ao tratar do Programa Nacional de Controle do Tabagismo destaca que

durante 9 anos, as ações educativas foram apenas pontuais, através da realização de campanhas e a partir de 1996 passaram a envolver também ações contínuas. Dessa forma, sob a ótica da promoção da saúde foram desenvolvidos programas de intervenção em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, tendo como objetivo não só ampliar a disseminação de informações sobre tabagismo para grupos alvo específicos profissionais de saúde, professores, alunos e trabalhadores, como também criar nesses ambientes estímulos para mudanças culturais na aceitação social do tabagismo e assim favorecer mudanças de atitude e de comportamento que reduzam o número de jovens que começam a fumar e aumentem o número dos que deixam de fumar.

O Programa Saber Saúde, implantado em 1996, está voltado para a qualificação de educadores para trabalhar fatores de risco no de Doenças Crônicas não Transmissíveis – DNCT a exemplo do tabagismo, uso do álcool, alimentação inadequada, exposição excessiva à radiação solar e inatividade física. Voltado para a mudança de hábitos no ambiente escolar

⁷⁰ A oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS compreende o próximo item.

procura realizar discussões quanto ao tipo de alimentação e fatores de risco vinculados, horários das atividades físicas para minimizar à exposição solar, dentre outros, procurando fornecer os instrumentos necessários para que os educadores desenvolvam no âmbito escolar a formação de “cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida” (INCA, 2015).

2.1.2 – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL

O Ministério da Saúde – MS no ano 1989 passou a desenvolver pesquisa vinculada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL⁷¹. Essa pesquisa tem por objetivo monitorar os “principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Entre estes fatores, se destacam o tabagismo, a alimentação, o sedentarismo, a obesidade e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre outros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: 14).

De acordo com dados do VIGITEL em 1989⁷² a taxa de prevalência era da ordem de 32,9% (MS, 1990), o que em número absolutos representa mais de 24 milhões de pessoas. Desde então vem caindo para 18,8% em 2003 (MS, 2004a); 16% em 2006 (MS, 2007); 15,7% em 2007 (MS, 2008); 15,6% em 2008 (MS, 2009); 14,8% em 2009 (MS, 2010); 14,1% em

⁷¹ O VIGITEL através de inquérito telefônico “avalia a população adulta (≥ 18 anos de idade) residente em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa nas 26 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal” (MS, 2009: 19). No ano de 2013 foram mais de cerca de 53 mil entrevistas (MS, 2014: 02).

⁷² Para fins de cálculo utilizamos a prevalência de 32,9% de fumantes no Brasil no universo populacional de 74.340.353 habitantes, chegando ao quantitativo de 24.457.976 de fumantes. Censo de 1991 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censodem/tab202.shtm> Acesso: 04/07/2015.

2010 (MS, 2011); 13,4% em 2011 (MS, 2012); 12,1% em 2012 (MS, 2013); 11,3% em 2013 (MS, 2014) até chegar em 10,8% em 2014 (MS, 2015)⁷³ representando pouco mais de 20 milhões de fumantes no Brasil. Assim, a queda real do número de fumantes é de pouco mais de 3 milhões de pessoas⁷⁴ em 25 anos, uma média de 154 mil pessoas/ano deixaram de fumar⁷⁵.

De acordo com os dados do INCA (2008), 80% dos fumantes demonstram interesse em parar de fumar, mas apenas 3% conseguem a cada ano. Dessa forma, é possível supor que dos 20.599.131 fumantes no país hoje, 16.479.304 tenham interesse em parar de fumar. Como a média anual é de 154.353 pessoas que param de fumar seriam necessários 106 anos para atender a essa demanda. Nesse ritmo o Brasil levará 106 anos para que os mais de 16 milhões de pessoas, possivelmente, interessadas em parar de fumar alcancem esse objetivo, considerando os dados de hoje.

Ainda de acordo com o VIGITEL de 2014 (MS, 2015) 21,2% dos brasileiros se declaram ex-fumantes, nos dados de hoje isso representa pouco mais de 40 milhões de pessoas⁷⁶. Esse dado supera o número de fumantes no Brasil em qualquer ano das pesquisas desenvolvidas pelo VIGITEL. Nesse contexto, é possível supor que apesar do declínio do número de fumantes no país, oscila o número de pessoas que começam a fumar independentemente das múltiplas iniciativas desenvolvidas na sensibilização de pessoas quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.

⁷³ Em números absolutos há 20.599.131 fumantes no Brasil. Novamente para fins de cálculo utilizamos a prevalência de 11,3% de fumantes no Brasil no universo populacional de 190.732.694 habitantes. Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso: 04/07/2015.

⁷⁴ Para ser exato 3.858.845 pessoas.

⁷⁵ Média de 154.353 pessoas/ano nos últimos 25 anos.

⁷⁶ Em números absolutos há 40.435.331 ex-fumantes no Brasil. Para fins de cálculo utilizamos a prevalência de 21,2% de ex-fumantes no Brasil no universo populacional de 190.732.694 habitantes. Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso: 04/07/2015.

Dados do VIGITEL (MS, 2015) indicam ainda que a taxa de fumantes passivos no domicílio é de 9,4% da população brasileira (17,9 milhões de pessoas) e no ambiente de trabalho essa prevalência é de 8,9% (16,9 milhões de pessoas). Esses valores se somados aos 10,8% (20,5 milhões) de prevalência de fumantes da população brasileira, totalizam 29,1% da população⁷⁷, ou seja, mais de 55 milhões de pessoas estariam expostas aos riscos provenientes da fumaça do tabaco e derivados. Tais dados reforçam a necessidade de políticas públicas de proteção aos fumantes passivos, como proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo, por exemplo.

De acordo com reportagem do Jornal Gazeta do Povo, essa queda na taxa de prevalência de fumantes também tem influenciado a queda na fumicultura do estado do Paraná, terceiro maior produtor da folha do tabaco no país, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O Brasil hoje é o maior produtor da folha de tabaco do mundo. Apesar disso, conclui a reportagem “o quadro é de queda na demanda e na produção (...)”, mesmo assim, “descontando o custo de produção, que consome 70% da renda, o agricultor pode lucrar até R\$ 4 mil por hectare. Essa margem é duas vezes maior que a da soja, principal produto da agricultura de escala” (FILHO, 2012).

A produção do número de cigarros, entretanto não está em queda, pelo contrário, o aumento de volume no número de cigarros produzidos na América Latina e Canadá na ordem de 2,9% e o lucro bruto da Philip Morris, da qual a Souza Cruz é subsidiária subiu 13% no primeiro semestre de 2012 “a receita líquida, excluindo impostos de consumo, subiu 9,7% para US\$ 7,45 bilhões”. (ACTBr, 2012).

A tendência de queda da taxa de prevalência do número de fumantes é comprovada

⁷⁷ Cerca de 55.503.213 pessoas. Esse cálculo, baseia-se na prevalência somada de 29,1% da população exposta à fumaça dos produtos derivados do tabaco sejam elas fumantes e/ou fumantes passivos no universo populacional de 190.732.694 habitantes. Censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso: 04/07/2015. Esse cálculo é uma estimativa já que o VIGITEL não sinaliza se é possível o mesmo entrevistado estar ou não exposto à fumaça dos produtos derivados do tabaco na sua residência e/ou seu ambiente de trabalho.

através dos números apresentados pelo VIGITEL de 1989 a 2014. Dos expressivos 32,9% da população em 1989 para os 10,8% da população em 2014. Em números absolutos a redução é de pouco mais de 3,8 milhões de pessoas. O aumento do número de cigarros produzidos pode estar relacionado ao aumento do consumo de cigarros por fumantes de longa data⁷⁸ e concomitantemente a conquista de novos consumidores.

Dessa forma, é possível supor que a oferta de tratamento e as múltiplas campanhas realizadas quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco não ocasionaram perdas de receita da indústria do tabaco. A indústria pode não ter alcançado as margens de lucro que teria caso a prevalência do número de fumantes continuasse em curso como no final da década de 1980, mas ela não deixou de crescer e de obter lucros, dado o aumento na produção de cigarros.

2.1.3 A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS que antecede a Promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em 02 de janeiro 2006 foi regulamentada pelas seguintes normativas: Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575, de 29 de agosto de 2002; Portaria nº 1.035 MS/GM, de 31 de maio de 2004; Portaria nº 442, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS de 13 de agosto de 2004; e a Portaria nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 que estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, mesmo não tratando especificamente da oferta de

⁷⁸ Dentre os sinais de dependência está o aumento da tolerância da substância, quando para acessar o mesmo efeito proporcionado pela substância se faz necessário um número maior da droga. Assim, é comum dentre os fumantes o aumento do consumo do número de cigarros ao longo da vida.

tratamento no SUS, trazem impactos diretos na formação desses profissionais.

A Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 1.575/2002 vem consolidar o Programa de Controle de Tabagismo e *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina*. Assim, estabelece que o Programa de Controle de Tabagismo seja desenvolvido pelo Ministério da Saúde – MS, Secretarias Estaduais de Saúde – SES e Secretarias Municipais de Saúde – SMS, Distrito Federal – DF e Centros de Referência em cooperação técnica com a Secretaria de Atenção à Saúde e Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA; cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante que inclui a previsão de Ambulatório de Tratamento à Dependência de Nicotina; aprova o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas – dependência à nicotina; e inclui na tabela de serviço/classificação Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS código específico para controle do tabagismo e abordagem e tratamento do fumante.

De acordo com a Portaria MS nº 1.575/2002, o Ministério da Saúde repassa o recurso vinculado para o tratamento de tabagismo em “conta específica, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins”, os pagamentos são efetuados para atendimento ambulatorial, emergencial e hospitalar sendo possível a emissão de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

No *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina* indica que o tratamento para dependentes de nicotina deve ter “como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Estabelece ainda que são reconhecidamente métodos eficazes para a cessação do

tabagismo a “Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar; e Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deverá sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente” (FIORI, 2000 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina* indica ainda os critérios para inclusão na Abordagem Cognitivo-Comportamental, Tratamento Medicamentoso⁷⁹, orientações específicas para o formato do tratamento e critérios para cadastramento dos Centros de Referência. Dessa forma,

todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em Centro de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante deve ser incluído em grupo de abordagem cognitivo comportamental. Esta abordagem, realizada em sessões de grupo periódicas, consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou automanejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

O Protocolo Clínico, integrante da Portaria MS/GM nº 1.575/2002, utiliza o conceito de dependência⁸⁰ da Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1992 Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) de que

é considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina; dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo; quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga; necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância; abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da

⁷⁹ De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina “os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) de grupo de abordagem cognitivo comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber: a fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia; b fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia; c fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional; de fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência; e não haver contra-indicações clínicas” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000 Apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

⁸⁰ Esse conceito permanece sendo utilizado até os dias atuais.

quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos; persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de consequências nocivas à saúde.

De acordo com a Portaria MS nº 1.575/2002 os Centros de Referência “são responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes fumantes participantes do Programa de Controle do Tabagismo” devendo estar articulado à rede de saúde local e especificamente com os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e os Centros de Alta Complexidade em Oncologia – CACON.

Estão dentre os pré-requisitos para cadastramento dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante

ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde; ter implantado o Módulo Unidades de Saúde Livres do Cigarro do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde e ser livre da poluição tabagística ambiental; contar com uma equipe composta por: Responsável Técnico pelo Ambulatório para Tratamento da Dependência à Nicotina: médico com especialidade clínica ou psiquiatra, com respectivo título de especialização registrado no Conselho federal de Medicina e devidamente capacitado pelo "Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar Módulo Abordagem Intensiva", preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde; Equipe interdisciplinar e multiprofissional com profissionais de nível superior, sendo, pelo menos um deles, médico com especialidade clínica; todos os profissionais integrantes da equipe deve ter sido capacitados pelo "Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar Módulo Abordagem Intensiva", preconizado pelo Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde.

Unidades de Saúde e Hospitais estavam aptas a instalar Centros de Referência em Abordagem do Fumante.

Nessa Portaria, a formação dos profissionais no "Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar" preconizado pelo INCA/MS/SES/SMS consta como exigência parcial para o cadastramento dos Centros de Referência em Abordagem do Fumante. Entretanto, nenhuma ação prevista para formação desses profissionais foi detalhada na Portaria. Por ocasião do

lançamento da Portaria havia 42 Centros de Referência já cadastrados no País⁸¹.

Atualmente, 13 anos depois, de acordo com o INCA (2015) a oferta de tratamento é desenvolvida em 23 mil equipes de saúde da família nas Unidades Básicas de Saúde. Alguns desses Centros de Referência continuam em funcionamento na atualidade, a exemplo do Centro de Referência de Jaboatão dos Guararapes, em Pernambuco, mas claramente há o deslocamento da assistência aos dependentes de nicotina deslocada para a atenção básica, além da inegável ampliação da oferta de tratamento.

A Portaria nº 1.035 MS/GM, de 31 de maio de 2004, amplia “o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo”. Essa Portaria estabeleceu que as unidades de saúde que ofertarem o tratamento para dependentes de nicotina integrarão a rede hierarquizada do SUS e deverão ter em seu quadro pelo menos 01 (um) profissional de nível superior capacitado na abordagem e tratamento do tabagismo; estabelece que a abordagem cognitivo comportamental seja obrigatória; vincula a disponibilidade de medicamentos aos grupos de tratamento na rede SUS; disponibiliza material de apoio aos fumantes em tratamento composto de manual com orientações sobre cessação de tabagismo e prevenção de recaídas.

Neste mesmo ano foi lançada a Portaria nº 442, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS, de 13 de agosto de 2004 que regulamentou a Portaria MS/GM nº 1.035/2004. Assim, a Portaria SAS/MS nº 442/2004 definiu os procedimentos cobertos no âmbito do SUS, estabeleceu o *Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS* e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de*

⁸¹ Destes, quatro, localizados no Nordeste, nenhum em Pernambuco, na época estava localizado no Ceará (01) e Paraíba (03). Atualmente, os seguintes municípios ofertam tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde: Abreu e Lima, Aliança, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Garanhuns, Ipojuca, Itamaracá, Itambé, Jaboatão dos Guararapes, Nazaré da Mata, Olinda, Palmares, Paudalho, Petrolândia, Recife, Salgueiro, Timbaúba, Venturosa e distrito de Fernando de Noronha.

Dependência à Nicotina.

Dentre os procedimentos cobertos no âmbito do SUS pela Portaria SAS/MS nº 442/2004 estão: a consulta para avaliação clínica do fumante e abordagem cognitivo-comportamental por atendimento/paciente. Esses procedimentos são vinculados diretamente aos grupos de tratamento para dependentes de nicotina. Além desses atendimentos, as orientações vinculadas à abordagem educativa estão contempladas nos demais procedimentos vinculados ao item “Atendimento por Profissional de nível superior” previsto no leque de procedimentos no âmbito do SUS.

O Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS integrante da Portaria SAS/MS nº 442/2004 estabelece que o tratamento ofertado seja a

abordagem cognitivo-comportamental, material de apoio e, quando houver indicação, tratamento medicamentoso com adesivo transdérmico de nicotina de 21mg, 14mg e 7mg e goma de mascar de nicotina de 2mg [e que] o medicamento cloridrato de bupropiona de 150mg, deverá ser disponibilizado preferencialmente nas unidades de média ou alta complexidade, podendo também, a critério do gestor municipal ser disponibilizado em unidades básicas.

Dentre as orientações trazidas no Plano estão: a capacitação de profissionais de saúde – mencionada pela primeira vez em Portaria, credenciamento de unidades de saúde e fornecimento dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência à nicotina. Assim, o plano estabelece que

a atenção ao tabagista poderá ocorrer, de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde. Nesta rede estão incluídas as unidades básicas de saúde, cujas formas de organização do trabalho podem ser na Estratégia Saúde da Família ou no modelo tradicional, e as unidades de referência de média e alta complexidade. Todas as unidades, desde que seus profissionais estejam capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, poderão atender ao fumante.

No que se refere à capacitação dos profissionais de saúde para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS o Plano define que: abrangerá os profissionais de saúde vinculados às unidades básicas de saúde – estratégia saúde da família e unidades tradicionais, que sejam referência para uma população superior a 100.000 habitantes; os materiais didáticos

serão produzidos pela Coordenação Nacional do Programa, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Departamento de Atenção Básica – DAB.

Estabelece que a sensibilização e capacitação de multiplicadores sejam de responsabilidade das Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Tabagismo e que estas deverão informar à Coordenação Nacional quando da execução de capacitação de multiplicadores. Assim, o formato das capacitações estaria sendo definido pelas Coordenações Estaduais orientadas por diretrizes nacionais, através das normativas vigentes e materiais didáticos disponibilizados, cabendo aos municípios a sua inserção no processo e oferta de tratamento.

As exigências para credenciamento da unidade de saúde contidas na Portaria SAS/MS nº 442/2004 permanecem, o que difere é o quantitativo mínimo de profissionais capacitados: “no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo”, simplificando assim a abertura de grupos nas unidades básicas de saúde e a expansão da oferta de tratamento.

O Plano, contido na Portaria SAS/MS nº 442/2004 define que os pacientes com

co-morbidades psiquiátricas (depressão, alcoolismo, uso de outras drogas, esquizofrenia e outras psicoses): os usuários que tiverem co-morbidades psiquiátricas devem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) ou outras unidades aptas ao atendimento dessa clientela, para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O profissional, para o qual o fumante será referenciado, deverá ter participado da capacitação para a realização da abordagem e tratamento do tabagismo. O encaminhamento pode ser para unidades de referência do próprio município ou de outros, conforme a Programação Pactuada Integrada - PPI.

O Plano estabelece ainda o material de apoio vinculado ao tratamento no SUS utilizado nas abordagens grupais e /ou individuais:

manual do coordenador – Deixando de fumar sem mistérios – contendo orientações

sobre a condução dos temas a serem discutidos nas sessões individuais ou em grupo da abordagem cognitivo comportamental; manual do participante – Deixando de fumar sem mistérios – fornece as informações e estratégias necessárias para apoiar os participantes a deixarem de fumar e na prevenção da recaída.

Ainda de acordo com o Plano, as medicações disponibilizadas para tratamento são adesivo transdérmico de nicotina 21, 14 e 7mg; goma de mascar de nicotina 2mg; e cloridrato de bupropiona 150 mg.

O Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS, entretanto não estabelece qualquer tipo de prazo para a sua implantação, não detalha o quantitativo esperado de capacitações realizadas, números de profissionais capacitados, quantitativo de grupos ofertados no SUS, ou ainda quantitativos de usuários atendidos, ficando a cargo dos Estados e Municípios o planejamento e execução no seu próprio tempo, apesar da sinalização dos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco e os números da morbimortalidade vinculadas⁸².

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina⁸³, por sua vez traz questões pertinentes a: Diagnóstico Clínico – Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina; Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento; Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso; Interrupção do tratamento e Registro do Paciente.

Dentre as formações preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer Jose Alencar Gomes da Silva – INCA e Ministério da Saúde – MS estão a *Abordagem Mínima do Fumante*, a *Abordagem Básica do Fumante* e a *Abordagem Específica/Intensiva do Fumante*. Essas formações são operacionalizadas por estados e, recentemente, municípios através das políticas locais de controle de tabagismo seguindo os princípios norteadores para oferta de tratamento do INCA e MS.

⁸² Atualmente, em 200.000 mortes anuais, sinalizadas anteriormente.

⁸³ O Protocolo Clínico utilizou como o material do Ministério da Saúde Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso. Este material também serviu de base para a produção do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina da Portaria MS nº 1.575/2002. Assim, o Protocolo Clínico da Portaria SAS/MS nº 442/2004 apresenta uma edição revisitada da primeira.

Desde 2004, até os dias atuais, a formação de profissionais para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS consiste em *Abordagem Mínima do Fumante/Abordagem Básica do Fumante* e a *Abordagem Específica/Intensiva do Fumante*. O que difere é a descentralização da oferta de formação, antes centrada na Coordenação Estadual, foi descentralizada, passando a ser executada pelos diversos municípios que implantaram políticas locais de controle de tabagismo.

A primeira formação se subdivide em *Abordagem Mínima do Fumante* e *Abordagem Básica do Fumante*, ambas ofertadas aos profissionais de nível superior⁸⁴ independente de sua área de formação. Nessa formação o objetivo é desenvolver competências para a sensibilização dos fumantes sobre os riscos de exposição à fumaça do cigarro, as doenças tabaco-relacionadas e apoiar os fumantes no processo de cessação do fumo.

A *Abordagem Breve ou Mínima do Fumante* possibilita uma abordagem rápida (três minutos) aos usuários do SUS pelos profissionais de saúde durante o seu atendimento de rotina. Trata-se de uma abordagem cognitivo-comportamental “combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais”, envolvendo o auto-controle ou auto-manejo e tem por finalidade “tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento”. Esta abordagem utiliza o manejo do *PAAP: perguntar e avaliar, aconselhar e preparar* (BRASIL, 2001:14). Assim, a *Abordagem Mínima do Fumante*

consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo (BRASIL, 2001: 14)

⁸⁴ Essa formação embora direcionada a profissionais de nível superior é ofertada aos profissionais de nível técnico e médio que queiram contribuir com as ações de controle de tabagismo e outros fatores de risco de câncer.

A *Abordagem Básica do Fumante* também prevê uma abordagem rápida (três a cinco minutos) aos usuários do SUS pelos profissionais de saúde durante o seu atendimento de rotina. Também tem como referência “a abordagem cognitivo-comportamental e tem a mesma finalidade da primeira. O manejo utilizado aqui é o *PAAPA: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar*” (BRASIL, 2001: 14).

Dessa forma, a *Abordagem Básica do Fumante*

consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo (Idem).

A *Abordagem Mínima ou Básica do Fumante* é ofertada aos profissionais da atenção básica, policlínicas, centros de atenção psicossocial, hospitais gerais, dentre outros. O INCA disponibiliza manuais com orientações específicas sobre cada uma dessas abordagens e sugere como meta 100% dos trabalhadores do SUS capacitados nessa abordagem⁸⁵.

Neste contexto, espera-se que a *Abordagem Mínima ou Básica do Fumante* esteja presente em todos os níveis de atenção funcionando como porta de entrada para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS. Juntas buscam ofertar apoio aos fumantes que queiram parar de fumar, bem como sensibilizar quanto aos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco de forma individualizada. A recomendação é de que 100% dos profissionais tenham sido capacitados nessa abordagem, o que exige que os estados e municípios desenvolvam continuamente a formação de profissionais para atender a meta sugerida pelo INCA.

⁸⁵ Ajudando seu paciente a parar de fumar de 1997 e Abordagem e Tratamento do Fumante: Consenso de 2001.

Ao considerarmos a rotatividade dos profissionais de saúde nos municípios⁸⁶, as equipes vinculadas para a operacionalização da política de controle de tabagismo⁸⁷ e os recursos destinados à formação desses profissionais. Mesmo na atualidade não há uma cifra específica para a formação de profissionais com o objetivo de oferta de tratamento para dependentes de nicotina, tais custos saem dos recursos municipais.

A terceira formação destinada à oferta de tratamento para dependentes de nicotina na rede SUS é a *Abordagem Específica e Intensiva do Fumante*. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/2004, essa formação tem como público alvo “os profissionais de saúde prioritariamente das unidades básicas (modelo tradicional e saúde da família) e de referência dos municípios chaves, municípios pólos de regionais e capitais, estendendo-se, posteriormente, aos demais municípios” sem prejuízo dos demais pontos de atenção.

A *Abordagem específica/intensiva do Fumante* também se utiliza da metodologia cognitivo-comportamental e é desenvolvida exclusivamente por profissionais de nível superior “se diferencia das anteriores no que se refere a duração do contato a cada consulta. O ideal é que essa abordagem seja distribuída em quatro sessões estruturadas com periodicidade semanal, que no final somem pelo menos 90 minutos de tempo total de contato nas 4 primeiras sessões” após as primeiras quatro sessões, os encontros (individuais e/ou grupais devem se espaçar para 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses, conforme a evolução do caso (BRASIL, 2001:14).

Essa abordagem é desenvolvida

em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram

⁸⁶ Seja pela forma de contratação, seja por motivos outros.

⁸⁷ No Município de Recife, por exemplo, o número máximo de profissionais presentes na equipe de Coordenação de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer – CCTFRC foram quatro, oscilando entre as formações (Assistente Social, Psicólogo e/ou Psiquiatra) – essa equipe era responsável pelas formações, sensibilizações e palestras vinculadas, atualmente apenas 01 profissional é responsável pela operacionalização da política no nível central, assim a tendência a descentralizar as ações da política aos distritos e serviços com oferta de tratamento foi acentuada.

identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. (BRASIL, 2001: 14).

O INCA recomenda ainda abordagens para o fumante que teve lapso⁸⁸; recaiu⁸⁹; após uma abordagem mínima/básica⁹⁰; para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar⁹¹; ou ainda para a abordagem de não fumantes⁹².

A proibição de fumar em ambientes de uso coletivo no Brasil data de 1996, através da Lei nº 9.294/1996 e suas revisões, antes mesmo de se iniciar a elaboração da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT. Mas foi apenas em 2002 que surgiu a primeira regulamentação para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS, através da Portaria MS / GM nº 1.575/2002, até então apenas ações educativas esporádicas eram desenvolvidas, sejam em datas alusivas ao Dia Nacional de Combate ao Câncer, advertências em produtos derivados do tabaco e eventos televisionados.

Dessa forma, houve um hiato entre a proibição de fumar em ambientes de uso coletivo e a oferta para tratamento para dependentes de nicotina. No município de Recife, por exemplo, a sensibilização dos ambientes de lazer – bares, boates, restaurantes, hotéis e

⁸⁸ Lapso em tabagismo é considerado quando o fumante em tratamento e/ou ex-fumante fuma alguns cigarros não necessariamente resultando em recaída (BRASIL, 2001a).

⁸⁹ A recaída é o “retorno ao consumo regular de cigarros, mesmo que em quantidades menores do que o anterior a cessação”, há uma tendência, entretanto que com a recaída haja rapidamente o retorno ao padrão de consumo anterior. Assim, fumantes que passaram anos sem o uso do cigarro podem retornar ao mesmo padrão de consumo de antes da cessação do tabagismo (BRASIL, 2001a).

⁹⁰ A recomendação é uma abordagem “sem críticas, analisando-se as circunstâncias de recaída, retornando ao processo da abordagem cognitivo-comportamental (PAAPA), e estimulando-o a tentar novamente. Caso o profissional julgue necessário, poderá encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva. Para reforçar a abordagem, o profissional de saúde pode fornecer material educativo, específico para o fumante, bem como orientá-lo a buscar apoio através do serviço Disque-Saúde/Ministério da Saúde através do número 0800 61 1997” (BRASIL, 2001: 15).

⁹¹ O INCA sinaliza que “os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabagismo; falta de recursos financeiros; crenças e receios relacionados ao processo de cessação; insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas; não desejam realmente” e em todos esses casos sugerem a abordagem cognitivo-comportamental durante os vários retornos às consultas de rotina (BRASIL, 2001: 15).

⁹² Para o não-fumante o INCA recomenda perguntar se existe a convivência com fumantes seja no ambiente doméstico e/ou no ambiente de trabalho. Assim, o não-fumante deverá “ser esclarecido sobre os riscos da exposição tabagística ambiental, correlacionando-a com a doença apresentada atualmente ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Se possível, devem receber material esclarecendo sobre tabagismo passivo”. Há a recomendação de que essa abordagem seja desenvolvida com crianças a partir dos 5 anos nas consultas de rotina (BRASIL: 2001: 15).

similares – ocorreu em 2008, 12 anos depois da Lei Federal, através campanhas de sensibilização quanto aos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco e estabelecimento de prazos para os ambientes de lazer se adequar a legislação. Na época, houve uma ampla cobertura da mídia local – jornais, rádios e televisão. A ação que foi desenvolvida em parceria pelo Ministério Público do Trabalho, tinha como foco proteger os trabalhadores dos ambientes de lazer, ofertou formação aos trabalhadores, gerentes e proprietários desses espaços⁹³.

A exigência de oferta de capacitação, como pré-requisito para cadastramento dos Centros de Referência e, posteriormente, os grupos de tratamento para dependentes de nicotina, apenas ocorreu através da Portaria SAS/MS nº 442/2004 aos profissionais que estarão à frente da operacionalização das políticas locais de controle de tabagismo, especificamente nos grupos de tratamento estabelecendo que a responsabilidade pelas ações educativas e formativas seja das três esferas de governo.

Ações de educação permanente extensivas a todas as unidades de saúde, apenas viria a ser prevista no ano seguinte, através da Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005, que estabelece a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL.

A Política é justificada pelo, nos termos da Portaria pelo “risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas”. Assim, prevê ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, que deverão ser implantadas em todas as unidades federadas. Essa portaria prevê a necessidade de

⁹³ A fiscalização dos ambientes livres de fumo compete à Vigilância Sanitária que ao desenvolver ações de fiscalização nos ambientes de lazer passou a incluir a questão do tabagismo – se há ou não pessoas fumando no estabelecimento. Em caso positivo é estabelecido prazos e metas e/ou multas de acordo com as reincidências. O Ministério Público do Trabalho, por sua vez, fiscaliza mediante denúncia, se a saúde do trabalhador está resguardada – através da não exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco, tendo em vista que comprovadamente ela está relacionada a 52 tipos de doenças.

desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividades.

A Portaria nº 2.439/2005 estabelece ainda que a implantação de *Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer* deve integrar os Planos Municipais e Estaduais de Saúde. Estabelecendo a

educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Dentre as ações de vigilância elencadas, encontra-se a “de proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo”, cabendo à atenção básica a execução dessas atividades.

Dessa forma, educação permanente e capacitação das equipes de saúde para as ações de controle de tabagismo são, através da PNAL, ampliadas para todas as unidades de saúde. A preocupação nesse momento é com a redução dos fatores de risco de câncer vinculados à exposição da fumaça dos derivados do tabaco. Assim, o tabagismo aparece muito mais como justificativa do que como alvo, haja vista tratar-se de importante fator de risco para as neoplasias.

A PNAL ao introduzir a perspectiva da educação permanente na oferta de formação aos profissionais de saúde associada à redução dos fatores de risco de câncer sinalizava uma nova estratégia de ação mais próxima dos dias atuais. A estratégia da formação do trabalhador, a partir dos desafios cotidianos e realidade local.

Tal perspectiva indicaria a necessidade de revisitação das propostas formativas preconizadas pelo INCA e MS quanto as *Abordagens Mínima/Básica e Intensiva do Fumante*, propostas aparentemente fechadas quanto ao formato, conteúdo e metodologia. Desde o

lançamento das formações acima até os dias atuais nenhuma modificação na proposta ocorreu. Assim, qualquer revisitação e possíveis adequações ficaram a cargo das políticas locais de controle de tabagismo ao desenvolverem suas respectivas formações.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, por sua vez, apenas seria lançada dois anos depois, através da Portaria MS/GM nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, posterior a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil, como veremos adiante.

Abaixo apresentamos o quadro síntese que apresenta as normativas vinculadas ao período apresentado – 2002 a 2004 que trata das primeiras normatizações brasileiras quanto a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS, bem como da exigência de formação de recursos humanos com essa finalidade.

Quadro 03: Normativas sobre tabagismo no Brasil – oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS.

NORMATIVA	DIRETRIZES DA OFERTA DE TRATAMENTO NO SUS	OFERTA DE TRATAMENTO NO SUS
<p>Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575 de 29 de agosto de 2002.</p>	<p>Consolida o Programa de Controle de Tabagismo desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Distrito Federal e Centros de Referência em cooperação técnica com a Secretaria de Atenção à Saúde e INCA; Cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante que inclui a previsão de Ambulatório de Tratamento à Dependência de Nicotina; Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - dependência à nicotina; Inclui na tabela de serviço/classificação SIA/SUS código específico para controle do tabagismo e abordagem e tratamento do fumante.</p>	<p>Centrada nos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante que inclui a previsão de Ambulatório de Tratamento à Dependência de Nicotina na Rede de atenção ao tabagista (unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar); A formação dos profissionais no "Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar" preconizado pelo INCA/MS/SES/SMS consta como exigência parcial o cadastramento dos Centros de Referência. Nenhuma ação prevista para formação desses profissionais foi detalhada.</p>

<p>Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035 de 31 de maio de 2004.</p>	<p>Define os procedimentos cobertos no âmbito do SUS, estabelece o primeiro Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina.</p>	<p>Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde. Simplifica o processo de abertura de grupos de tratamento para dependentes de nicotina no SUS.</p>
<p>Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde SAS / MS nº 442 de 13 de agosto de 2004.</p>	<p>Define os procedimentos cobertos no âmbito do SUS, atualiza o Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina; Regulamenta a Portaria nº 1.035/2004, simplifica o processo de abertura de grupos de tratamento para dependentes de nicotina no SUS e amplia a oferta de tratamento para a atenção básica; estabelece que a sensibilização e capacitação de multiplicadores sejam de responsabilidade das Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Tabagismo e que estas deverão informar à Coordenação Nacional quando da execução de capacitação de multiplicadores.</p>	<p>As unidades de saúde que ofertarem o tratamento para dependentes de nicotina deverão ter em seu quadro pelo menos 01 (um) profissional de nível superior capacitado na abordagem e tratamento do tabagismo; estabelece que a abordagem cognitivo comportamental seja obrigatória na oferta de tratamento; vincula a disponibilidade de medicamentos aos grupos de tratamento na rede SUS; disponibiliza material de apoio aos fumantes em tratamento composto de manual com orientações sobre cessação de tabagismo e prevenção de recaídas.</p>

CAPÍTULO III

A CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO E A POLITICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL

Neste capítulo, discutiremos a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS integrantes da política de controle do tabagismo no Brasil após o Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro 2006 que promulgou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil⁹⁴.

A discussão desenvolvida neste capítulo tomou como referência doze normativas: Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999, Decretos Presidenciais de 01 de agosto de 2003 e de 16 de março de 2012; Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005 e Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro 2006; Lei nº 12.546/2011 de 14 de dezembro de 2011 e Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014; Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013; e Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 874 de 16 de maio de 2013.

A Portaria MS / GM nº 687 e a Portaria MS/GM nº 1.996, ambas de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção à Saúde – PPS e dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, respectivamente, e a Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas

⁹⁴ Foram ainda incluídas neste capítulo três normativas que antecedem a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT por estarem diretamente vinculadas à sua proposição/promulgação são elas: o Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999, o Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003; e o Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005. Tais normativas tratam diretamente das Comissões de proposição/articulação e/ou implantação da CQCT no Brasil, não trazendo diretamente questões relativas a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

com Doenças Crônicas, embora não possuam relação direta com a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS trazem impactos à sua implementação, também servirão de subsídios. O mesmo se aplica a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, vinculado ao Ministério da Justiça.

O texto da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, integrante do Decreto Presidencial nº 5.658/2006, está organizado em onze 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; Desenvolvimento da Convenção; e Disposições Finais.

As *Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco* estão detalhadas em oito artigos. Dentre eles, três possuem uma relação direta com a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo e a oferta de tratamento para dependentes de nicotina. Referimo-nos aos artigos 8, 12 e 14: Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; e Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco, respectivamente.

3.1 A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil

Desde 1978, a Organização Mundial de Saúde – OMS, vem demonstrando preocupação com o consumo crescente do cigarro em diferentes países, principalmente nos países em desenvolvimento (OPNCT, 2012). A indústria do cigarro passou a atuar de forma

global, seguindo a tendência de mundialização do capital, atuando de forma transnacional, instalando seus mercados em países com menores barreiras ao comércio do seu produto.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, proposta pela OMS em 1999, discutida até 2001 quando teve sua primeira versão oficial (OPNCT, 2012), foi adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS em 31 de maio de 2003, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003⁹⁵, aprovada através do Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005, promulgada no Brasil em 02 de janeiro de 2006 através do Decreto Presidencial nº 5.658/2006, entrando em vigor no Brasil em 1º de fevereiro de 2006⁹⁶ (BRASIL, 2006).

Esse hiato entre a assinatura da CQCT e a promulgação ocorreu em parte pela correlação de forças presente na ocasião. As associações de produtores da folha do tabaco no Brasil realizaram protestos públicos na época por temerem que a assinatura da CQCT gerasse desemprego coletivo. Nesse contexto, havia no Congresso Nacional, de um lado, representantes das associações de produtores da folha do tabaco e de outros defensores do avanço da CQCT, a exemplo da Aliança para o Controle do Tabagismo no Brasil – ACTBr em constante disputa.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) tendo por objetivo

proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2006).

Ainda em 1999 por ocasião da elaboração da proposta da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil – CQCT foi criada a Comissão Nacional para a preparação da

⁹⁵ O processo de assinatura da CQCT por países membros da OMS perdurou até junho de 2004, tendo sido assinada por 168 países, incluindo o Brasil (OPNCT, 2012).

⁹⁶ Internacionalmente já a CQCT já estava em vigor em 27 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2006).

participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, através do Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999. Essa comissão era composta por oito Ministérios⁹⁷ sendo presidida pelo Ministro da Saúde⁹⁸.

Dentre os objetivos da comissão estavam

oferecer subsídios para a participação brasileira nas negociações ou eventos internacionais relacionados com a Convenção-Quadro sobre controle do uso de tabaco no mundo e seus possíveis Protocolos Complementares; providenciar a elaboração de estudos a respeito dos principais tópicos relacionados com os assuntos de sua competência; organizar reuniões periódicas de seus integrantes com vistas a harmonizar as posições dos diferentes órgãos brasileiros que tratam da matéria; estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuição relevante para as questões de sua competência.

No ano de 2003, esse Decreto foi revogado, sendo instituída, através do Decreto de 01 de agosto de 2003, a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ e de seus protocolos no Brasil, cabendo ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, e do Ministério da Saúde – MS, a sua coordenação executiva.

Essa comissão tinha por objetivos:

assessorar o governo brasileiro nas decisões relativas à formulação das políticas nacionais para ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e no efetivo cumprimento das obrigações nela previstas; assessorar o governo brasileiro na negociação e na adoção de protocolos complementares, anexos e emendas à Convenção-Quadro, assim como em outros eventos a ela relacionados; articular a organização e a implementação de agenda governamental intersetorial para o cumprimento das obrigações previstas na Convenção-Quadro; promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas, legislações e outras medidas, para cumprimento das obrigações previstas na Convenção-Quadro; identificar, promover e facilitar a mobilização de recursos financeiros para o seu funcionamento, assim como respaldar o cumprimento das obrigações da Convenção-Quadro; promover estudos e pesquisas sobre temas relacionados a assuntos de interesse da Convenção-Quadro; estabelecer diálogo com instituições e entidades nacionais e internacionais, cujos objetivos e atividades possam trazer contribuição relevante para as questões de sua competência; requerer, quando apropriado, cooperação e informações de órgãos governamentais competentes e de outras organizações ou órgãos não-governamentais, nacionais ou internacionais, bem

⁹⁷ Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Fazenda; Ministério da Agricultura e do Abastecimento; Ministério da Justiça; Ministério da Educação; Ministério do Trabalho e Emprego; e Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.

⁹⁸ No ano de 2001 foi incluído o Ministério do Desenvolvimento Agrário, através do Decreto nº 4.001 de 06 de novembro de 2001.

como de especialistas em assuntos ligados as suas áreas de interesse; considerar, quando apropriado, a adoção de outras ações que sejam necessárias para o alcance do objetivo da Convenção-Quadro; e executar outras atribuições quando apropriadas para cumprimento deste Decreto (BRASIL, 2003).

A Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos – CONICQ em funcionamento desde 2003, foi novamente regulamentada em 2012, através do Decreto Presidencial de 16 de março de 2012⁹⁹ que alterou o art. 3º do Decreto Presidencial de 1º de agosto de 2003, estabelecendo que a CONICQ seja presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e integrada pelos representantes de diversos órgãos¹⁰⁰.

Cabe a CONICQ através dos diversos representantes pautarem a implantação nas políticas setoriais das diversas medidas previstas na CQCT da ampliação das ações de sensibilização para a prevenção e cessação do tabagismo nos diversos dispositivos do Sistema Único de Saúde – SUS, ou ainda da regulamentação de embalagens e fiscalização dos pontos de venda através da Agencia Nacional de Vigilância em Saúde, dentre outros.

Os três decretos acima estavam voltadas para a instituição de comissões intersetoriais com o objetivo de assessorar e propor estratégias, primeiro de participação na elaboração da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT junto à Organização Mundial de Saúde – OMS e, posteriormente, nas estratégias internas de implantação da CQCT no Brasil através das diversas políticas e ações vinculadas.

⁹⁹ Disponível no link: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Dsn/Dsn13274.htm Acesso em: 20/07/2015.

¹⁰⁰ Dentre os Ministérios estão: Saúde; Relações Exteriores; Fazenda; Planejamento, Orçamento e Gestão; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Justiça; Educação; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Comunicações; Ciência Tecnologia e Inovação. Demais órgãos: Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça; Casa Civil da Presidência da República; Advocacia Geral da União; e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Dessa forma, cabe a cada Ministério¹⁰¹ integrante da CONICQ propor e implantar ações que possuam vinculação direta ao controle do tabagismo no Brasil com base na CQCT, contribuindo assim para que tais ações deixassem de compor ações de governos, ou ainda estivesse circunscrita ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT¹⁰² para compor uma política pública de forma transversal a outras políticas e Ministérios, como veremos adiante.

Quadro 04: Normativas sobre tabagismo no Brasil – implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil.

NORMATIVA	OBJETIVOS DA NORMATIVA	ORGÃOS VINCULADOS
Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999 (e Decreto nº 4.001 de 06 de novembro de 2001)	Cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco.	Presidida pelo Ministério da Saúde e integrada por representantes dos seguintes Ministérios: Relações Exteriores; Fazenda; Agricultura e do Abastecimento; Justiça; Educação; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; e Desenvolvimento Agrário (incluído pelo Decreto nº 4.001/2001).
Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003	Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos – CONICQ.	Presidida pelo Ministério da Saúde e integrada por representantes dos seguintes Ministérios: Saúde; Relações Exteriores; Fazenda; Planejamento, Orçamento e Gestão; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Justiça; Educação; Trabalho e Emprego; Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; Desenvolvimento Agrário; Comunicações; e Meio Ambiente.
Decreto	Altera o art. 3º do Decreto de 1º de agosto de 2003, que cria	Passou a compor a CONICQ o Ministério Ciência Tecnologia e Inovação e os seguintes órgãos: Casa

¹⁰¹ Quadro 04 – Normativas sobre Tabagismo no Brasil – implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil.

¹⁰² Vide capítulo II que trata das ações do PNCT mais especificamente.

Presidencial de 16 de março de 2012	a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos.	Civil da Presidência da República; Secretaria de Política para as Mulheres da Presidência da República e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça; Advocacia Geral da União; e Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
-------------------------------------	--	--

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS teve seu texto aprovado através do Decreto Legislativo nº 1.012 de 27 de outubro de 2005, sendo promulgada em 02 de janeiro de 2006, através do Decreto Presidencial nº 5.658/2006. Este Decreto determina que a CQCT, anexa ao Decreto, “será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém”.

A atuação dos países subsidiários à CQCT será pautada em alguns princípios considerados fundamentais, tais como:

a necessidade de tomar medidas para proteger toda pessoa da exposição à fumaça do tabaco; a necessidade de tomar medidas para prevenir a iniciação, promover e apoiar a cessação e alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas; a necessidade de adotar medidas para promover a participação de pessoas e comunidades indígenas na elaboração, implementação e avaliação de programas de controle do tabaco que sejam social e culturalmente apropriados as suas necessidades e perspectivas; e a necessidade de tomar medidas, na elaboração das estratégias de controle do tabaco, que tenham em conta aspectos específicos de gênero.

O documento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT aponta dentre as justificativas “a preocupação da comunidade internacional com as devastadoras consequências sanitárias, sociais, econômicas e ambientais geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, em todo o mundo” apontando a necessidade de uma normativa transnacional que possibilite a soma de esforços entre os diversos países membros no controle do tabagismo (BRASIL, 2006).

As medidas previstas na CQCT são amplas e estão diretamente relacionadas a vários órgãos. Dada à amplitude das ações previstas na CQCT e em seus desdobramentos vinculados

foram analisadas as medidas vinculadas à redução da demanda de tabaco no CQCT por possuírem uma relação direta entre a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo, oferta de tratamento para dependentes de nicotina e formação de recursos humanos para o controle do tabagismo.

3.1.1 As Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil

As Medidas relativas à redução da demanda de Tabaco estão detalhadas em oito artigos, são eles: Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda; Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco; Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco; Regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco; Regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco; Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco; Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco.

O artigo 6 – Medidas relacionadas a preços e impostos para reduzir a demanda, prevê a necessidade de “aplicar aos produtos do tabaco políticas tributárias e, quando aplicável, políticas de preços para contribuir com a consecução dos objetivos de saúde tendentes a reduzir o consumo do tabaco” (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o governo brasileiro vem adotando medidas que estabelecem a taxaço sobre os produtos do tabaco através de várias normativas:

Decreto nº 6.006 de 28/12/2006, Decreto nº 6.072 de 03/04/2007, Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 753 de 10/07/2007, Decreto nº 6.809 de 30/03/2009 que tratam das alíquotas de incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI sobre os cigarros, Lei nº 12.024 de 27/08/2009 que altera o

percentual de contribuição devida pelos fabricantes de cigarro para o Programa de Integração Social (PIS) e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PASEP (BRASIL, 2010).

Artigo 7 – Medidas não relacionadas a preços para reduzir a demanda de tabaco. Esse artigo destaca a necessidade de adotar “medidas legislativas, executivas, administrativas ou outras medidas eficazes necessárias ao cumprimento de suas obrigações decorrentes” vinculadas aos artigos 8 ao 13 da CQCT (BRASIL, 2006), reforçando assim a necessidade de adequação da legislação vigente para atender as questões específicas que seguem abaixo.

Artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco. Esse artigo aponta que cada parte deverá adotar “medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em locais fechados de trabalho, meios de transporte público, lugares públicos fechados e, se for o caso, outros lugares públicos” (BRASIL, 2006).

Várias normativas brasileiras que se referem à proteção contra a exposição à fumaça do tabaco são anteriores a 01/08/2003, tais como: Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988 que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho; Lei nº 9.294/1996 data de 15 de julho de 1996 e o Decreto nº 2.018 de 01 de outubro de 1996 que a regulamenta; Lei nº 10.167 de 27/12/2000 que altera a Lei nº 9.294/1996 proibindo o uso de produtos fumíferos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo; Portaria Interministerial nº 1.498 de 22/08/2002 que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem programas de ambientes livres de exposição à fumaça do cigarro.

Após a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil, em 02 de janeiro de 2006, outras normativas entraram em vigor. A primeira delas é a Portaria do Ministério da Saúde nº 300 de 09 de fevereiro de 2006 que instituiu o programa *Ministério da*

Saúde Livre do Tabaco com previsão de ações educativas e proíbe fumar nas dependências do Ministério da Saúde.

No ano seguinte outras portarias, dessa vez, vinculada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária são elas: a Portaria nº 527/2006 e a Portaria nº 528/2006 ambas de 22 de setembro de 2006 – a primeira institui um grupo de trabalho para regulamentar a proposta de “salas exclusivas para fumar” e a segunda institui outro grupo de trabalho, desta vez para a implantação para o Programa “Ambientes Livres do Fumo” com a proposta de capacitar profissionais da vigilância sanitária para fiscalização desses ambientes, com base na legislação vigente.

No ano de 2011, passou a vigorar a Lei nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011, que alterou a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. A Lei nº 12.546 foi regulamentada, três anos depois pelo Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014.

O Decreto em foco extingue os fumódromos, reafirma a proibição de propaganda em todo o território nacional¹⁰³, altera a definição de ambiente fechado prevista inicialmente no Decreto 2.018/1996 passando a vigorar com a seguinte redação “local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória” (BRASIL, 2014).

Esse Decreto também prevê exceções para a proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo:

¹⁰³ O Decreto 2.018/2014 define que “a exposição dos produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco, nos locais de venda somente poderá ocorrer por meio do acondicionamento das embalagens dos produtos em mostruários ou expositores afixados na parte interna do local de venda” e dá especificações quanto ao mostruário, localização, preço, entre outros.

Locais de cultos religiosos de cujos rituais o uso do produto fumífero, derivado ou não do tabaco, faça parte; estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para a experimentação de produtos dotados de condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação dos demais ambientes; estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra; locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumíferos, derivados ou não do tabaco; instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista (Idem).

Artigo 9 – Regulamentação do conteúdo dos produtos do tabaco. Esse artigo demanda consulta aos organismos internacionais com a finalidade de propor “diretrizes para a análise e a mensuração dos conteúdos e emissões dos produtos de tabaco, bem como para a regulamentação desses conteúdos e emissões”.

As normativas brasileiras vinculadas à regulamentação de conteúdo dos produtos do tabaco antecedem a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Neste contexto,

a forma como os produtos derivados de tabaco são comercializados, importados ou exportados, está regulada pelo Decreto 2.544, de 26/12/2002, que trata do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), pela Lei 9.532, de 10/12/1997, sobre legislação tributária nacional, e pelo Decreto 4.544, de 26/12/2002. A ANVISA, através da Resolução RDC nº 46, de 28/3/2001, estabelece os teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes na corrente primária da fumaça, para os cigarros comercializados no Brasil. A ANVISA editou a Resolução RDC 346, de 31/5/2001, com uma série de determinações visando a fiscalização e controle dos produtos fumíferos, inclusive no que diz respeito ao conteúdo do produto (HOMSI & JONHS, 2006: 10)

Artigo 10 – Regulamentação da divulgação das informações e embalagem e etiquetagem de produtos do tabaco. A divulgação dessas informações está respaldada pela Lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990.

O Código de Defesa do Consumidor (CDC), entre outros direitos, garantiu aos consumidores o direito à educação e divulgação sobre o consumo adequado de produtos, bem como à informação adequada e clara sobre os produtos e serviços, incluindo características, qualidade, quantidade, composição e, especialmente, riscos que apresentem nocividade e periculosidade, até porque a garantia à saúde é direito constitucional reiterado no CDC (Idem).

Artigo 11 – Embalagem e etiquetagem de produtos de tabaco. As normativas vinculadas a esse artigo vão de 1996 a 2014. Trata-se da Lei nº 9.9294 de 1996 e suas

alterações: Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000; 10.702 de 14 de julho de 2003; Lei nº 12.546/2011 de 14 de dezembro de 2011; e Decreto nº 8.262 de 31 de maio de 2014, mencionadas anteriormente.

Artigo 12 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público. Neste artigo é apontada a necessidade de desenvolver ações, programas e projetos que promovam

amplo acesso a programas eficazes e integrais de educação e conscientização do público sobre os riscos que acarretam à saúde, o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, incluídas suas propriedades aditivas; conscientização do público em relação aos riscos que acarretam para a saúde o consumo e a exposição à fumaça do tabaco, assim como os benefícios que advém do abandono daquele consumo e dos estilos de vida sem tabaco (...); acesso do público, em conformidade com a legislação nacional, a uma ampla variedade de informação sobre a indústria do tabaco, que seja de interesse para o objetivo da presente Convenção; programas de treinamento ou sensibilização eficazes e apropriados, e de conscientização sobre o controle do tabaco, voltados para trabalhadores da área de saúde, agentes comunitários, assistentes sociais, profissionais de comunicação, educadores, pessoas com poder de decisão, administradores e outras pessoas interessadas; conscientização e participação de organismos públicos e privados e organizações não governamentais, não associadas à indústria do tabaco, na elaboração e aplicação de programas e estratégias intersetoriais de controle do tabaco; e conscientização do público e acesso à informação sobre as consequências adversas sanitárias, econômicas e ambientais da produção e do consumo do tabaco (BRASIL, 2006).

A Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986, prevê a execução de campanhas educativas de sensibilização quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco. A Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988 estimula a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas, estabelecendo que os Ministérios do Trabalho e Saúde confirmem certificados de honra ao mérito às empresas que se destacarem nas campanhas *anti-tabagistas*.

A Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000, incluiu a obrigatoriedade das advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco e a Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003, facultou ao Ministério da Saúde a inclusão de advertências em eventos esportivos, determinou que as emissoras de televisão ao retransmitirem eventos internacionais passassem a incluir advertências sobre os riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.

A Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575, de 29 de agosto de 2002, determinou que a formação dos profissionais no "*Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar*" preconizado pelo INCA/MS/SES/SMS constasse como exigência parcial o cadastramento dos Centros de Referência para tratamento dos dependentes de nicotina.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035, de 31 de maio de 2004, lançou o primeiro Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina e a Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde SAS / MS nº 442 de 13 de agosto de 2004 estabeleceu que a sensibilização e capacitação de multiplicadores fossem de responsabilidade das Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Tabagismo e que estas deverão informar à Coordenação Nacional quando da execução de capacitação de multiplicadores¹⁰⁴ – números de profissionais, carga horária, dentre outros.

A Portaria do Ministério da Saúde nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL e estabeleceu que a educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde sejam extensivas a todas as unidades de saúde.

As normativas posteriores a aprovação da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco são: Portaria do Ministério da Saúde nº 300/2006 que institui o programa *Ministério da Saúde Livre do Tabaco* com previsão de ações educativas no âmbito do Ministério da Saúde; a Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde; Lei nº 13.343 de 23 de agosto de 2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; a Portaria MS/GM nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 que implanta a Política Nacional de Educação Permanente

¹⁰⁴ No processo de habilitação dos grupos para dependentes de nicotina prevê o envio da cópia do certificado/declaração da formação vivenciada por no mínimo um profissional de saúde.

em Saúde – PNPS, fornecendo as diretrizes para as ações de educação permanente previstas na Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL; a Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes de atenção ao tabagista no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; e Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS que substituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL.

No ano de 2011 foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DNCT para o período de 2011 – 2022 com ações direcionadas ao controle do tabagismo envolvendo ações educativas e de cessação para públicos específicos.

Artigo 13 – Publicidade, promoção e patrocínio do tabaco indica a necessidade de reconhecer que a proibição da publicidade do tabaco contribui para a redução do consumo dos produtos derivados do tabaco. Assim, destaca a CQCT a necessidade de

proibir toda forma de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, que promova um produto de tabaco por qualquer meio, que seja falso, equivocado ou enganoso ou que possa induzir ao erro, a respeito de suas características, efeitos para a saúde, riscos e emissões; exigir que toda publicidade de tabaco e, quando aplicável, sua promoção e seu patrocínio, venha acompanhada de advertência ou mensagem sanitária ou de outro tipo de mensagem pertinente.

As normativas brasileiras vinculadas à proibição de publicidade, propaganda dos produtos derivados do tabaco remontam a 1995, trata-se da

Portaria Interministerial nº 477 de 24/03/1995 recomenda às emissoras de televisão evitem a transmissão de imagens com personalidades públicas fumando e ao SUS recomenda a recusa de patrocínio e apoio da indústria do tabaco em ações de promoção da saúde pública; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 restringindo a publicidade de produtos do tabaco nos diversos meios de comunicação disponíveis, exceto na parte interna dos pontos de venda de cigarros; Resolução da ANVISA nº 15 de 17/01/2003 que define os conceitos de propaganda de produtos derivados do tabaco e parte interna dos pontos de venda; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo o patrocínio de eventos esportivos internacionais a partir de 30/09/2005 e Resolução ANVISA nº 199 de 24/07/2003 que regulamenta a Lei nº 10.702/2003; e Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº

54 de 06/082008 que dispõe sobre as embalagens de produtos fumíferos do tabaco (BRASIL, 2010).

Artigo 14 - Medidas de redução da demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco. A ampliação da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS foi regulamentada pelas seguintes normativas: Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575 de 29 de agosto de 2002; Portaria do Ministério da Saúde/MS nº 1.035 de 31 de maio de 2004; Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde SAS / MS nº 442 de 13 de agosto de 2004 e a Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde.

Várias são as normativas vinculadas a implantação dos Artigos 8, 12 e 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil, muitas dessas normativas estão em vigor antes mesmo da sua promulgação que somaram-se as demais normativas implantadas depois de 02 de janeiro de 2006 (Quadros 5, 6 e 7). O acompanhamento das normativas, sua implantação e monitoramento estão diretamente vinculadas à Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – CONICQ.

Quadro 05: Normativas vinculadas a implantação do Artigo 8 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil

ARTIGO	NORMATIVAS ANTERIORES 02/01/2006	NORMATIVAS POSTERIORES 02/01/2006
Artigo 8 – Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco	Portaria nº 3.257/1988 que recomenda medidas restritivas ao fumo nos ambientes de trabalho; Lei nº 9.294/1996 e o Decreto nº 2.018/1996 que a regulamenta; Lei nº 10.167/2000 que altera a Lei nº 9.294/1996 proibindo o uso de produtos fumíferos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo; Portaria nº 1.498/2002 que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantarem	Portaria do Ministério da Saúde nº 300/2006 que institui o programa <i>Ministério da Saúde Livre do Tabaco</i> proíbe fumar nas dependências do Ministério da Saúde; Lei nº 12.546/2011 que altera a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público; Decreto nº 8.262/2014

	programas de ambientes livres de exposição à fumaça do cigarro.	que altera o Decreto nº 2.018/1996.
--	---	-------------------------------------

Quadro 06: Normativas vinculadas a implantação do Artigo 9 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil

ARTIGO	NORMATIVAS ANTERIORES 02/01/2006	NORMATIVAS POSTERIORES 02/01/2006
Artigo 9 – Educação, comunicação, treinamento e conscientização	<p>Lei nº 7.748/1996 prevê a execução de campanhas educativas;</p> <p>Portaria nº 3.257/1988 estimula a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas;</p> <p>Lei nº 10.167/2000 que inclui a obrigatoriedade das advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco;</p> <p>Lei nº 10.702/2003 faculta ao Ministério da Saúde a inclusão de advertências em eventos esportivos, e que emissoras de televisão ao retransmitirem eventos incluam advertências sobre os riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco;</p> <p>Portaria MS / GM nº 1.575/2002 determina que a formação dos profissionais no "Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar" constasse como exigência parcial o cadastramento dos Centros de Referência;</p> <p>Portaria nº 1.035/2004 prevê a capacitação de profissionais de saúde como pré-requisito para a abertura de grupos de tratamento;</p> <p>Portaria nº 442/ 2004 estabelece que a sensibilização e capacitação de multiplicadores sejam de responsabilidade das Coordenações Estaduais e Municipais de Controle de Tabagismo;</p> <p>Portaria MS nº 2.439/ 2005 que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL estabelece que educação permanente e capacitação dos</p>	<p>Portaria MS nº 300/2006 que institui o programa <i>Ministério da Saúde Livre do Tabaco</i> com previsão de ações educativas;</p> <p>Portaria nº 687 de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde;</p> <p>Lei nº 1.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e dá outras providências.</p> <p>Portaria MS/GM nº 1.996/2006 que ao implantar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNPS forneceu as diretrizes para as ações de educação permanente previstas na PNAL;</p> <p>Portaria MS / GM nº 571/2013 prevê a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos e a capacitação de profissionais de saúde.</p> <p>Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS que substituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL.</p>

	profissionais de saúde sejam extensivas a todas as unidades de saúde.	
--	---	--

Quadro 07: Normativas vinculadas a implantação do Artigo 14 da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil

ARTIGOS	NORMATIVAS ANTERIORES 02/01/2006	NORMATIVAS POSTERIORES 02/01/2006
Artigo 14 – Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco	Portaria nº 1.575/2002 Consolida o Programa de Controle de Tabagismo, cria os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas - dependência à nicotina e inclui na tabela de serviço/classificação SIA/SUS código específico para controle do tabagismo e abordagem e tratamento do fumante; Portaria nº 1.035/2004 lança o primeiro Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina; Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde nº 442/2004 que regulamenta a Portaria nº 1.035/2004 Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina.	Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 571/2013 que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde.

Outras regulamentações foram implantadas ao longo desse período, vinculadas à temática do controle do tabagismo no Brasil¹⁰⁵, tais como: restrição do acesso aos produtos derivados do tabaco; proteção aos jovens; tratamento e apoio ao fumante; regulamentação da

¹⁰⁵ Restrições regulamentadas pelas seguintes normativas: Decreto nº 2.637/1998; Lei nº 10.167/2000; Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA nº 304/2002 e 15/2003; Lei nº 10.702/2003; Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06/2001; e Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069/1990.

publicidade e patrocínio dos produtos derivados do tabaco, controle e fiscalização dos produtos derivados do tabaco; proibição do financiamento à cultura do tabaco; taxaço sobre os produtos derivados do tabaco (INCA, 2007).

A proibição de venda de produtos derivados do tabaco a menores de idade ou por eles¹⁰⁶ está presente na Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA que veda o acesso por parte da criança e/ou adolescente aos produtos que possam causar dependência física e/ou psíquica.

Tais normativas envolvem uma ampla rede de instituições com responsabilidades diferenciadas e interligadas. A restrição do acesso aos produtos derivados do tabaco, por exemplo, determina que a comercialização dos produtos derivados do tabaco ocorra apenas em carteiras ou similares que contenham vinte unidades, sendo proibida a comercialização pela internet, via postal ou equiparada e em estabelecimentos de ensino e/ou de saúde, bem como proíbe a comercialização aos menores de 18 anos e/ou utilização destes no plantio, colheita e/ou comercialização.

3.2 A Política de Controle de Tabagismo no Brasil, as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, de Educação Permanente em Saúde, de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, aprovada através da Portaria

¹⁰⁶ Lei nº 10.167 de 27/12/2000 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo a participação de crianças e/ou adolescentes em publicidade vinculada ao cigarro; Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 06 de 05/02/2001 que proíbe o trabalho de menores de 18 anos na colheita, beneficiamento e/ou industrialização de produtos fumíferos; Resolução da ANVISA nº 304 de 07/11/2002 proíbe que a embalagem de alimentos simulem embalagem de cigarros; Lei nº 10.702 de 14/07/2003 que altera a Lei 9.294/1996 proibindo a venda de produtos fumíferos e derivados a menores de 18 anos (BRASIL, 2010).

nº687, de 30 de março de 2006, com *ações de prevenção e controle do tabagismo*. Assim, a portaria trata da *sistematização de ações educativas e da mobilização de ações legislativas e econômicas*, dentre as quais: a redução da aceitação social do tabagismo; a redução da iniciação ao fumo e a ampliação do acesso ao tratamento; a proteção da população aos riscos relacionados à fumaça do tabaco e derivados; e controle da comercialização dos produtos derivados do tabaco.

De acordo com a PNPS (BRASIL, 2006: 33-35), as ações para o controle do tabagismo devem pautar: a ampliação dos ambientes livres de fumo – através de ações educativas, normativas e educacionais, sinalizações quanto à proibição de fumar e sensibilização de trabalhadores para a realização de ações contínuas; a articulação com a mídia a divulgação de informações voltadas ao controle do tabagismo; a mobilização de ações contínuas através de unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho colocando em evidência os riscos à exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco; articulação com o Ministério da Educação – MEC e secretarias estaduais e municipais de educação voltadas para a promoção da saúde no ambiente escolar; *ampliação do acesso aos métodos para a cessação de fumar*¹⁰⁷.

A Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, cabendo “considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde”.

O modelo de educação permanente em saúde preconizado pela PNPS busca uma “mudança na concepção prática e nas práticas dos trabalhadores” incorporando o ensino e

¹⁰⁷ O Ministério da Saúde e INCA refere que o método eficaz para a cessação do tabagismo é a combinação da abordagem cognitivo comportamental e apoio medicamentoso, quando aplicável. A referência a esse método está presente na Portaria nº 573/2013.

aprendizagem à vida cotidiana, incorporando a prática como fonte de conhecimentos, colocando os atores envolvidos na construção de alternativas, ampliando os espaços educativos para além da sala de aula (BRASIL, 2006: 44).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) destaca que a educação permanente em saúde deva ser

compreendida como uma proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde; (...) destina-se a públicos multiprofissionais; objetiva transformações das práticas técnicas e sociais; preocupa-se com os problemas cotidianos das práticas das equipes de saúde; insere-se de forma institucionalizada no processo de trabalho, gerando compromissos entre os trabalhadores, gestores, instituições de ensino e usuários para o desenvolvimento institucional e individual; utiliza práticas pedagógicas centradas na resolução de problemas, geralmente por meio de supervisão dialogada e oficinas de trabalho realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho; é contínua dentro de um projeto de consolidação e desenvolvimento do SUS.

Moraes, Pimentel e Uchoa (2011: 175-180) destacam que a primeira regulamentação sobre as drogas data de 1921 – Decreto nº 4.294, seguido do Decreto-Lei nº 891/1938 – ambos vinculados a repressão e penalização quanto ao uso de drogas. A primeira normativa que trata de prevenção data da década de 1970, através da Lei nº 6.368/1976¹⁰⁸ que estabelecia ações de prevenção, tratamento e recuperação, crimes e penas.

Ainda de acordo com essas autoras (2011: 180-181) apenas na década de 1990 tais normativas foram revistas através da Lei nº 8.764/93 que criou a Secretaria Nacional de Entorpecentes. No ano de 2001 foi aprovada a Política Nacional Antidrogas – PNAD resultado das contribuições levantadas durante o I Fórum Nacional Antidrogas de 1998. Duas outras normativas entraram em vigor, uma no mesmo ano – a Medida Provisória nº 2.225-45 que instituiu o Sistema Nacional Antidrogas – SENAD e no ano seguinte a Lei nº 10.409 que trata da prevenção e oferta de tratamento, fiscalização, controle e repressão.

No ano de 2003, foi adotada a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, incorporando as diretrizes da política de saúde mental (Lei nº 10.216/01) “e os

¹⁰⁸ Conhecida, de acordo com as autoras como a Lei de Entorpecentes.

pressupostos da Organização Mundial de Saúde – OMS para a área de saúde mental¹⁰⁹”. No ano seguinte, foi desencadeado pela SENAD um processo “de realinhamento da política da Política Nacional Antidrogas” utilizando-se de foros descentralizados culminando em 2005 com a aprovação pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD da Política Nacional sobre Drogas, através da Resolução nº 03 de 27 de outubro de 2005 (MORAES, PIMENTEL & UCHOA, 2011: 183).

Ainda em 2006, foi instituído o Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD através da Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, considerando drogas “as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”.

O SISNAD¹¹⁰ tem por finalidade “articular integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas”. Dentre as atividades de prevenção preconizam as “direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção”. Neste contexto, os princípios e diretrizes vinculados sinalizados pela Lei nº 11.343/2006 são:

o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence; a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam; o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas; o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias; a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas; o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados; o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas; a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e

¹⁰⁹ Ministério da Saúde, 2004 In: Moraes, Pimentel e Uchoa (2011: 181-182).

¹¹⁰ Também compõe a finalidade dessa Lei “a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas”. A Lei está disponível para acesso: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

respectivos familiares; o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida; o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino; a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas; a observância das orientações e normas emanadas do CONAD; o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

As atividades preconizadas, na Lei nº 11343/2006, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas são aquelas que “visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas¹¹¹,” devendo pautar-se nos seguintes princípios e diretrizes:

respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social; a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais; definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde; atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; observância das orientações e normas emanadas do CONAD; o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

No ano de 2010, foi instituído ainda o Plano de Enfretamento ao Crack e outras Drogas através do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, envolvendo ações descentralizadas e integradas às “políticas setoriais de saúde, educação, assistência social e segurança pública, a fim de intervir estrategicamente sobre o avanço e o risco do consumo do crack no país” (MORAES, PIMENTEL & UCHOA, 2011: 185).

Dentre as diretrizes preconizadas pela Lei nº 11.343/2006 está o reconhecimento *do não uso, retardamento do uso e da redução de riscos* apontando a redução de danos como uma estratégia de prevenção o que difere da proposta de tratamento preconizada pelo INCA/MS quanto a cessação do tabagismo – na oferta de tratamento para tabagistas o

¹¹¹ Idem – artigo 18 e artigo 20, respectivamente.

retardamento do uso está como parte do processo de cessação e as duas ofertas de tratamento são operacionalizadas pelas unidades de saúde integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Neste sentido, o INCA/MS é bastante claro ao ofertar o formato de tratamento eficiente por excelência: *Abordagem Mínima/Básica e Intensiva do Fumante*. O SISNAD por sua vez, sinaliza que o tratamento deve utilizar-se de metodologias de tratamento disponíveis com eficiência comprovada, cabendo ao profissional em nível local a escolha pela metodologia de tratamento que lhe parecer mais adequada – cessação ou redução de danos.

Em 2011, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DNCT para o período de 2011 – 2022. Este plano tem por objetivo

promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011: 12)

Uma das metas do plano é a redução da prevalência de tabagismo em adultos indicando as ações necessárias vinculadas:

adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos; ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas); fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.

Várias das ações previstas estão regulamentadas através de portarias e legislações específicas. O plano apresentado em 2011 ainda não traz o indicativo da necessidade da ampliação das ações de prevenção e cessação do tabagismo com ações específicas para públicos distintos.

A Portaria MS/GM nº 874 de 16 de maio de 2013 que instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com

Doenças Crônicas no Sistema Único de Saúde – SUS que substituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, está organizada com base nos seguintes princípios:

princípios gerais; princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; princípios e diretrizes relacionados à prevenção do câncer; princípios e diretrizes relacionados à vigilância, ao monitoramento e à avaliação; princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral; princípios e diretrizes relacionados à ciência e à tecnologia; princípios e diretrizes relacionados à educação; e princípios e diretrizes relacionados à comunicação em saúde.

A atenção ao tabagista está prevista na Portaria por tratar-se de fator de risco, juntamente com a obesidade e ingestão de bebida alcoólica, para as neoplasias. Assim, a prevenção ao tabagismo aparece como uma de suas diretrizes, reafirmando que, tal qual sua antecessora (a PNAL), a “formação de profissionais e promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde”, estabelecendo as competências de cada esfera de governo, cabendo aos Municípios desenvolver estratégias de educação permanente em saúde com o apoio dos governos federal e estaduais.

3.2.1 – A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde

O artigo 14 - Medidas de redução da demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco prevê a necessidade de criação e aplicação de

programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em locais tais como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos; incluir o diagnóstico e o tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais; estabelecer, nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento da dependência do tabaco; e colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco,

incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado.

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS após a promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT está regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 571 de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes do cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde estabeleceu as diretrizes de cuidados à pessoa tabagista no âmbito do SUS:

reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas; identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção; apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção; articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis; estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a responsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista.

Dessa forma, a formação destinada aos profissionais de saúde para o atendimento dos tabagistas no Sistema Único de Saúde – SUS passou a compor a diretriz da normativa em 2013, 27 anos depois da Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986 que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto) e prevê “campanhas educativas quanto aos malefícios da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco”, primeira legislação brasileira voltada para o controle do tabagismo no Brasil e 24 anos depois da implantação do Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT.

A Portaria MS/GM nº 571/2013 instituiu a formação dos profissionais como diretriz da atenção ao tabagista em todos os pontos de atenção, com prioridade para a atenção básica, estabelecendo uma relação direta entre a formação dos profissionais e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, colocando como meta que no mínimo 01 (um)

profissional para cada unidade de saúde seja capacitado para ações de prevenção e oferta de tratamento para dependentes de nicotina.

A responsabilidade quanto ao desenvolvimento das atividades educativas, formativas e oferta de tratamento nas três esferas de gestão passaram a configurar em portaria e o planejamento das atividades distribuídas em cada esfera de governo (quadro 08), cabendo as secretarias municipais a formação dos profissionais para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS.

Quadro 08: Competências de Gestão na atenção ao tabagista no SUS

UNIÃO	ESTADOS	MUNICÍPIOS
<p>Apoiar os Municípios e Estados na ampliação dos profissionais capacitados; elaborar materiais de apoio para os processos educativos, com enfoque na abordagem mínima e intensiva e no tratamento medicamentoso; adquirir de maneira centralizada as medicações e distribuí-las aos Estados, Distrito Federal, capitais e Municípios com mais de 500.000 habitantes; estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Estados e Municípios; e monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em âmbito nacional.</p>	<p>Capacitar e apoiar os municípios na capacitação dos profissionais; monitorar e avaliar os indicadores e metas do cuidado à pessoa tabagista em nível estadual e informá-los ao gestor federal; receber e armazenar medicamentos em local apropriado e distribuí-los aos Municípios; realizar atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nos estabelecimentos de saúde e em espaços coletivos; e estimular a implantação e implementação do cuidado à pessoa tabagista nos Municípios.</p>	<p>Capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento; estabelecer indicadores e metas de cuidado para avaliação e monitoramento à pessoa tabagista em nível municipal e informá-los aos gestores estadual e federal; receber e armazenar medicamentos em local apropriado; realizar a dispensação dos medicamentos nas unidades básicas de saúde ou conforme organização local; estimular a realização de atividades educativas relativas ao controle e tratamento do tabagismo nas unidades de saúde e em espaços coletivos; e estimular a realização da abordagem mínima e intensiva e disponibilizar o tratamento medicamentoso sempre que necessário.</p>

Fonte: Portaria MS/GM nº 571/2013

A Portaria 571/2013 definiu ainda as atribuições da Atenção Básica na atenção ao tabagista

realizar ações de promoção da saúde e de prevenção do tabagismo de forma intersetorial e com participação popular; identificar as pessoas tabagistas que fazem parte da população sob sua responsabilidade; realizar a avaliação clínica inicial; prestar assistência terapêutica e acompanhamento individual e/ou em grupo, abrangendo desde a abordagem mínima até a abordagem intensiva, acompanhadas se necessário de tratamento medicamentoso; organizar a realização de consultas e grupos terapêuticos para as pessoas tabagistas; disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Especiais (RENAME); diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes do tabagismo; e acionar o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada.

A atenção especializada ambulatorial e hospitalar deve

realizar a abordagem mínima da pessoa tabagista; iniciar assistência terapêutica, como tratamento oportunístico decorrente do contato com o usuário por outro evento ou patologia; disponibilizar os medicamentos para o tratamento do tabagismo de acordo com a RENAME, quando necessário; orientar o usuário com relação ao retorno à assistência na Atenção Básica para o tratamento do tabagismo, de acordo com diretrizes clínicas do Ministério da Saúde ou estabelecidas localmente; e realizar a contra-referência por escrito ou por meio eletrônico para a Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas locais.

Antes da Portaria MS/GM nº 571/2013 o que estava previsto era ações educativas seja através do estímulo a execução de campanhas educativas de sensibilização por parte das empresas, seja através da obrigatoriedade das advertências sanitárias nos produtos derivados do tabaco, ou ainda com ações educativas restritas a inclusão das mensagens de advertência sejam nas embalagens, eventos culturais, esportivos ou ainda nas transmissões das emissoras de televisão.

No ano de 2004, a formação de profissionais de saúde enquanto pré-requisito para a abertura de grupos de tratamento para tabagistas foi reafirmada¹¹², desta vez circunscrita a *Abordagem Mínima/ Básica do Fumante* e a *Abordagem Intensiva do Fumante*.

¹¹² Já tinha sido afirmada inicialmente no ano de 2002 quando a formação de profissionais de saúde passou a integrar os pré-requisitos para a abertura de Centros de Referência circunscritos ao *Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar*.

No ano de 2005, por sua vez, *a educação permanente destinada aos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção* está sinalizada na Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL, o mesmo para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, de 2013 que a substituiu, entretanto não há menção a oferta de tratamento no SUS para dependentes de nicotina, remete às Secretarias Estaduais e Municipais a inclusão do Plano de Controle de Tabagismo e outros fatores de risco de câncer.

No ano de 2006, com a implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde evidencia-se a contradição existente na formação de profissionais a partir do modelo focalizado e centralizado das *Abordagem Mínima e Básica do Fumante e Abordagem Intensiva do Fumante*, preconizadas pelo Ministério da Saúde e INCA que não possui aderência aos pressupostos da educação permanente em saúde – a aprendizagem centrada no cotidiano das unidades que objetivem mudanças no fazer e nas relações, dentre outras.

O redimensionamento estatal, o repasse de responsabilidades para a sociedade civil organizada, através das Organizações Sociais – OS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP e Fundações Estatais de Direito Privado às *ações não exclusivas do Estado* – nos termos de Bresser Pereira – possuem uma relação estreita com a *promoção da saúde restrita*¹¹³ apontada por Matos (2013: 162).

Essa autora distingue ainda entre APS restrita¹¹⁴ e abrangente¹¹⁵, destacando que com

¹¹³ De acordo com Matos (2013: 162) a Atenção Primária a Saúde – APS tem sido definida a partir de diferentes expressões: “um programa focalizado e seletivo; uma cesta básica de serviços; um nível de organização do sistema de saúde, que corresponde aos serviços ambulatoriais, voltados para a promoção e prevenção de doenças mais comuns; uma concepção de modelo assistencial abrangente, cujo eixo é composto por serviços que garantem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, incluindo ações clínicas e de saúde pública, voltados a toda a população”.

¹¹⁴ Centrada “nas doenças mais comuns nos países periféricos, tais como diarreia e as evitáveis por imunização”. Esta concepção está presente no documento “Atenção primária seletiva, uma estratégia provisória para o controle de doenças em países em desenvolvimento” apresentado na Conferência de 1979 intitulada “Saúde e População

a emergência dos regimes neoliberais na América Latina predominaram experiências de APS restrita, o mesmo aplicando-se ao Brasil nos primeiros anos do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa Saúde da Família – PSF (Idem: 163-164).

A oferta de tratamento para dependentes de nicotina na atualidade tem significativa expressão na atenção básica, através estratégia saúde da família. Apesar dessa expansão a atenção básica traz consigo singularidades presentes desde a sua formação. A extensão do país e as múltiplas experiências descentralizadas de APS proporcionais à capacidade financeira de cada município possibilitou a co-existência de distintos modelos com a predominância de dois:

de um lado, o modelo centro/posto de saúde, estruturado segundo a lógica da ação programática em saúde, cujos eixos são a epidemiologia e o planejamento, com médicos das especialidades básicas; e, de outro, o modelo SF, que, por se constituir na estratégia prioritária adotada pelo MS desde 1994, merece uma análise mais detalhada no sentido de compreender como se deu sua evolução, num contexto de contrarreformas neoliberais. Há, também, unidades que funcionam segundo a lógica do pronto-atendimento, particularmente adotada nas portas dos hospitais e serviços de emergência (MATOS, 2013: 198-199).

Ainda de acordo com essa autora (2013: 198) o modelo Saúde da Família¹¹⁶ nasceu

em Desenvolvimento" patrocinada pela Fundação Rockefeller, tendo sido criticada de uma *saúde pobre para pobres* (MATOS, 2013: 162-163).

¹¹⁵ A Declaração de Alma-Ata formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em 1978 em Alma-Ata “representou uma concepção abrangente que pressupunha a vinculação dos serviços primários ao sistema de saúde, além de ações intersetoriais que buscassem intervir nos determinantes do processo saúde-doença” (MATOS, 2013: 162).

¹¹⁶ Matos (2013: 218-219) aponta que houve uma mudança no financiamento da atenção básica com elevação de valores e incentivos a implantação serviços, tendo sido a saúde bucal, através dos Centros de Especialidade Odontológicas – CEO/ Programa Brasil sorridente, a mais beneficiada. Já “a adoção pelo MS da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, representou uma mudança importante no sentido da incorporação formal dos atributos da APS abrangente, buscando aplicá-los tanto ao modelo tradicional como à denominada estratégia SF, numa abordagem que visava qualificar os dois modelos. A superação mesmo que formal da concepção de *programa* representou um passo positivo no sentido de reforçar a necessidade de um novo status para a APS, reiterando o seu papel de porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. (...) Porém, entre a edição de uma norma e a sua efetiva implantação, tanto em relação à organização do sistema como na prática das equipes, há um longo caminho a percorrer e inúmeros obstáculos a serem superados, entre eles, o compromisso técnico e político das três esferas de governo, que se traduz, principalmente, no volume de recursos financeiros disponíveis e em ações concretas. Do contrário, as mudanças propostas na PNAB se reduziram apenas a mais um documento com boas propostas para melhorar o sistema de saúde. (...) Outra iniciativa do MS, há tempos reivindicada nas CNS, abriu uma perspectiva de ampliação do escopo de atuação das equipes da estratégia SF: o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF possibilitaram a incorporação de outros profissionais como forma de ampliação da integralidade das ações das ESF, não se configurando como porta de entrada ou referência para as equipes, mas como uma atuação na lógica da responsabilização compartilhada pelo acompanhamento das pessoas das áreas adscritas à USF”.

vinculado a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, de forma não integrada ao SUS devendo os municípios privilegiarem "áreas de risco social definidos pelo Mapa da Fome, o que evidenciava seu caráter focalizado". Assim, apesar de pautar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, possuía financiamento e áreas de atuação limitada,

com pouca integração com o sistema, cuja implantação foi dirigida para pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, buscando dar resposta a um conjunto de problemas prioritários dessas localidades, geralmente desprovidas de rede básica de saúde (MATOS, 2013: 200).

Foi em 1998 que o PACS/PSF passou a integrar a estrutura da gestão federal através da Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde¹¹⁷:

Chama a atenção, o paralelismo que se configura nas formulações do MS para a APS. De um lado, a elaboração em torno da atenção básica como um todo, incluindo centros e postos de saúde; de outro, as proposições relativas à estratégia PACS/PSF. Isso se justifica, em parte, naquele momento, em função da baixa cobertura do PSF e pela necessidade de orientar o conjunto dos municípios sobre suas responsabilidades em relação à atenção básica, independente de sua adesão ao PSF. Porém, essas formulações acabaram por ampliar a distância entre as duas formas de organização da APS, a chamada forma tradicional (os centros/postos de saúde) e o PSF (MATOS, 2013: 203).

A atenção básica, ponto prioritário de atendimento ao tabagista no SUS, orientada pelos “princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2015), precisa atender alguns desafios: a garantia de financiamento; “a organização dos serviços para a construção de redes territorializadas dos cuidados; e a reorientação das práticas profissionais para a efetivação de novos modos de cuidados em saúde” (MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014).

Esses autores (2014: 353-390) sinalizam que a ênfase na atenção primária à saúde vem atender a um indicativo do Banco Mundial de direcionar a política de saúde aos mais pobres ampliando cada vez mais a atenção especializada privada. Apontam a necessidade de

¹¹⁷ Portaria GM/MS nº 1882, de 18 de dezembro de 1997 e Portaria GM/MS nº 1886, de 18 de dezembro de 1997 que estabeleceu normas e diretrizes. Destacam-se ainda a Norma Operacional Básica - NOB 96 e *Manual para Organização da Atenção Básica*, Portaria GM/MS nº 3.925/1998; Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 2001 e 2002. Matos (2013: 200-203).

implantação das Redes de Atenção à Saúde, previstas em Portaria de 2010, permitindo organizar relações horizontais entre os diversos equipamentos de saúde existentes, entretanto, em vários municípios a expansão da APS não foi acompanhada da expansão de outros serviços de saúde de distintos níveis de complexidade.

Martiniano, Sampaio e Silveira (2014: 353-390) em relação ao terceiro desafio sinalizam ainda a necessidade da APS utilizar novas tecnologias em saúde, dentre elas o Projeto Terapêutico Singular – PTS, um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultando da discussão de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007 Apud MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014) de forma articulada a um Projeto de Saúde no Território – PST que pressupõe a identificação de fragilidades e potencialidades para construção de ações integralizadas com a rede local (BRASIL, 2009 Apud MARTINIANO, SAMPAIO E SILVEIRA, 2014).

Para além do modelo preconizado para a atenção primária em saúde das redes de atenção em saúde, projeto terapêutico singular e projeto território em saúde que centram no indivíduo – e/ou na comunidade – as fragilidades e potencialidades da resolutividade dos problemas de saúde, a formação proposta para os profissionais de saúde para a oferta de tratamento para tabagistas não se aproximou desse modelo – as propostas formativas não apresentam flexibilidade quanto à metodologia e conteúdo.

Na última década o INCA, além das formações específicas para aberturas de grupos de tratamento passou a ofertar cursos através de sua plataforma de ensino a distância na área de tabagismo com abrangência nacional na modalidade de Ensino à Distância – EAD¹¹⁸. No ano de 2013, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SEGTES, ofertou 1.400

¹¹⁸ O primeiro *Abordagem Básica para o Controle do Câncer – ABC do Câncer* com 30h/aula e o segundo *Saber Saúde* 60h/aula. Ambos estão disponíveis na plataforma de Educação a Distância – EAD do INCA: <https://ead.inca.gov.br/>.

vagas para o curso de Tabagismo para profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica¹¹⁹.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça vem desenvolvendo cursos para públicos específicos direcionados às lideranças comunitárias, grupos religiosos, educação, dentre outros. Trata-se do conteúdo do Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento – SUPERA.

O curso SUPERA¹²⁰, ofertado pela SENAD, encontra-se na 8ª edição, é direcionado aos “profissionais da Rede Básica de Saúde e das Unidades de Referência para tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas”. O objetivo do curso SUPERA é

capacitar profissionais das áreas de saúde e assistência social para a correta identificação e abordagem dos usuários de álcool e/ou outras drogas, familiarizando-os com diferentes modelos de prevenção e instrumentalizando-os para trabalharem formas adequadas de intervenção e encaminhamento, respondendo às demandas existentes em seu cotidiano de trabalho, sempre em consonância com as orientações e diretrizes da política Nacional sobre Drogas PNAD e da Política Nacional sobre o Álcool PNA (SENAD, 2014b).

O curso ao discutir os aspectos vinculados ao tratamento do crack, álcool e outras drogas incluiu a abordagem e tratamento para dependentes de nicotina como parte integrante do conteúdo programático do curso (SENAD, 2014a).

A SENAD através de editais de financiamento para formação em políticas sobre drogas por meio dos Centros de Regionais e Referência – CRR vem desenvolvendo a formação de “trabalhadores e lideranças comunitárias que atuam nas redes públicas de saúde, assistência social, educação, políticas para infância e adolescência, sistema de justiça,

¹¹⁹ Desenvolvido através de uma parceria com o Instituto de Pesquisa e Ensino em Medicina Diagnóstica e Terapêutica – Ipméd de São Paulo, com carga horária de 16h/aula e duração de 04 meses.

¹²⁰ Nas sete primeiras edições do SUPERA foram capacitados mais de 35 mil profissionais das diversas políticas setoriais. Este curso tem duração de 150h e é desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP na modalidade de Educação à Distância – Ead. A 8ª edição está ofertando 30 mil vagas. O curso pode ser acessado pelo site <http://www.supera.senad.gov.br/>.

segurança e outras políticas” que desenvolvam “interface na prevenção e cuidado dos problemas relacionados ao uso de drogas” (SENAD, 2014c).

Neste contexto, os CRRs integram a Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas¹²¹ tendo como princípios fundamentais:

atuar para a implementação da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional de Saúde Mental seguindo suas diretrizes; estabelecer parcerias com a gestão municipal e estadual para realizar diagnóstico das necessidades de formação em políticas sobre drogas das redes locais; construir conjuntamente com trabalhadores e gestores os conteúdos e métodos de aprendizagem relacionados ao tema; contribuir para o fortalecimento de redes intersetoriais de base territorial para prevenção, cuidado e inclusão social das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas; utilizar o método de formação como instrumento de integração das diversas políticas/redes atuantes no mesmo território; articular suas ações com outros processos formativos presenciais e à distância oferecidos pelo poder público (Idem).

O Ministério da Saúde ofertou no ano de 2014, *Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e para técnicos de enfermagem da atenção básica – saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas*. Denominado “Projeto Caminhos do Cuidado”, inserido no eixo cuidado do Plano Crack é possível vencer, foi desenvolvido em parcerias com diversas instituições¹²² e ofertou, em todo o Brasil nos anos de 2013 e 2014, 292.196 vagas¹²³, visando “melhorar a atenção ao usuário e seus

¹²¹ Instituído pelo Decreto nº 7.179 de 20/05/2010. São objetivos desse plano: “estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social - SUAS; capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de crack e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de crack e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas; disseminar informações qualificadas relativas ao crack e outras drogas; e fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de crack e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira”.

¹²² “Fiocruz (RJ), através do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT), o Grupo Hospitalar Conceição (RS) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS”. Disponível no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/> Acesso: 20/10/2015

¹²³ Em Pernambuco foram ofertadas 17.508 vagas. Dados disponíveis no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/> Acesso: 20/10/2015.

familiares, por meio da formação e qualificação dos profissionais da Rede de Atenção Básica à Saúde¹²⁴».

O Ministério da Saúde disponibilizou em 2014 e 2015 o Curso de Atualização Profissional em Álcool e outras Drogas¹²⁵. Em 3ª edição em 2015 estão sendo disponibilizadas 5.050 vagas para profissionais vinculados aos diversos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS¹²⁶. Está prevista para o primeiro semestre de 2016 a oferta de outras 2.500 vagas para esse curso. O curso é desenvolvido pela Plataforma da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS. Outros dois cursos também foram disponibilizados na mesma ocasião e com público alvo semelhante, são eles: Saúde Mental na Infância e Adolescência e Crise e Urgência em Saúde Mental.

Nos anos de 2014 e 2015 a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SEGTES do Ministério da Saúde desenvolveu o “Projeto Percursos Formativos da RAPS: Intercâmbio entre Experiências”. Em sua primeira edição contemplou intercâmbio de profissionais entre municípios de diversas regiões do país e formação nas cidades de origem (Quadro 09) com previsão da segunda edição em 2016.

O Projeto prevê além do intercâmbio o custeio do Plano de Educação Permanente em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas nos municípios participantes limitados a R\$ 100.000,00 para formação de recursos humanos de acordo com as especificidades apontadas por cada município em plano específico.

Essa Secretaria também custeia anualmente bolsas de residência médicas e multiprofissionais em saúde, estando às áreas de saúde mental, álcool e outras drogas e atenção básica dentre as áreas prioritárias para concessão de bolsas (Quadro 09).

¹²⁴ As informações detalhadas sobre o projeto estão disponíveis no link: <http://www.caminhosdocuidado.org/sobre-o-projeto/> Acesso: 20/10/2015.

¹²⁵ Informações sobre esse e outros cursos podem ser obtidas no link: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/> Acesso: 20/10/2015.

¹²⁶ Profissionais dos seguintes dispositivos poderiam se inscrever: “Consultório na Rua; NASF; Centros de Convivência e Cultura; SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Pronto socorro em Hospital Geral; Unidade de Acolhimento; Leitos de psiquiatria e saúde mental em Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos”. Listagem disponível no link: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/> Acesso: 20/10/2015.

Nas normativas vinculadas à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS¹²⁷ são preconizadas as formações *Ajudando seu paciente a parar de fumar*; *Abordagem Mínima ou Básica do Fumante*; e a *Abordagem Intensiva do Fumante* com rigidez de conteúdos e metodologia, colocadas como a metodologia que possui maior eficácia comprovada para a cessação do fumar.

Dessa, forma nas formações preconizadas pelo INCA/Ministério da Saúde apresenta-se a metodologia eficaz para a cessação do tabagismo, sem distinção espaço geográfico, faixa etária, sexo ou classe social, mesmo que tais distinções estejam presentes nas políticas de atenção oncológica (capítulo 02), de promoção da saúde e de educação permanente em saúde, cabendo aos municípios as flexibilizações possíveis para atender as especificidades regionais.

Concomitantemente, tem sido ofertadas formações para profissionais de saúde com abrangência nacional, voltadas para a discussão e oferta de tratamento para demandas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Quadro 09). Somando a esse quantitativo as residências médicas (atenção básica e psiquiatria) e multiprofissionais em saúde essa cifra facilmente ultrapassaria 500.000 profissionais nos últimos 05 (cinco) anos, quantitativo superior a dez vezes o número de estratégia saúde da família existente no Brasil.

Apesar desse número expressivo não há nenhuma indicação de que, por ocasião desses processos formativos, a proposta da formação para a abertura de grupos de tabagismo tenha sido incluída. Com esse contingente profissional seria possível mais que dobrar os 23.000 unidades da atenção básica de saúde que ofertam o tratamento, principalmente se consideramos que tais formações foram direcionadas para os profissionais de saúde que poderiam ofertar tratamento para dependentes de nicotina caso tivessem acesso à formação.

¹²⁷ Portaria nº 1.575/2002; Portaria nº 1.35/2004; Portaria nº 442/2004; e Portaria 571/2013.

Quadro 09: Formação de Recursos Humanos ofertada pelas Políticas vinculadas à Saúde Mental, Álcool e outras Drogas

POLÍTICA	OFERTA DE FORMAÇÃO	PÚBLICO ALVO
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – MINISTÉRIO DA SAÚDE	“Caminhos do Cuidado” ofertou, em todo o Brasil nos anos de 2013 e 2014, <u>292.196 vagas</u>	Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e para técnicos de enfermagem da atenção básica – saúde mental ênfase em crack, álcool e outras drogas
Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – MINISTÉRIO DA SAÚDE	Curso de Atualização Profissional em Álcool e outras Drogas: <u>5.050 vagas</u> apenas na 3ª Edição do Curso/2015; <u>2.500</u> na 4ª Edição do Curso para o primeiro semestre de 2016; Outros dois cursos ofertados: Saúde Mental na Infância e Adolescência e Crise e Urgência em Saúde Mental	Profissionais de nível médio e superior dos diversos dispositivos integrantes da RAPS (Consultório na Rua; NASF; Centros de Convivência e Cultura; SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Pronto socorro em Hospital Geral; Unidade de Acolhimento; Leitos de psiquiatria e saúde mental em Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos)
INCA/MINISTÉRIO DA SAÚDE	ABC do Câncer	Profissionais de nível médio e superior
SEGTES/MINISTÉRIO DA SAÚDE	Curso de Tabagismo para <u>1.400 profissionais</u>	Profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica
SEGTES/MINISTÉRIO DA SAÚDE	Percurso Formativos da RAPS: Intercâmbio entre Experiências; A I Edição contemplou <u>1.700 profissionais</u> para intercâmbio + <u>3.400 profissionais</u> para formação nas cidades de origem. Para 2016 está prevista a II Edição com <u>704 vagas</u> para intercâmbio + <u>1.760 vagas</u> para formação nas cidades de origem.	Imersão de profissionais de nível médio e superior dispositivos integrantes da RAPS (Consultório na Rua; NASF; Centros de Convivência e Cultura; SAMU; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; Pronto socorro em Hospital Geral; Unidade de Acolhimento; Leitos de psiquiatria e saúde mental em Hospital Geral e Serviços Residenciais Terapêuticos)
SEGTES/MINISTÉRIO DA SAÚDE	Residências Multiprofissionais em Saúde: Mais de <u>13.000 vagas</u> anualmente	Profissionais de distintas áreas profissionais inseridos nos diversos dispositivos de Saúde.
	Sistema para detecção do Uso abusivo e	Direcionado aos “profissionais da Rede Básica de Saúde e das Unidades

<p>SENAD/SISNAD – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</p>	<p>dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento – SUPERA; <u>35.000</u> <u>profissionais</u> da Rede Básica de Saúde capacitados</p>	<p>de Referência para tratamento de usuários de crack, álcool e outras drogas” (SENAD)</p>
<p>SENAD/SISNAD – MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</p>	<p>Centros Regionais e Referência – CRR; A previsão era de <u>14.700</u> <u>profissionais</u> capacitados apenas em 2011</p>	<p>São “trabalhadores e lideranças comunitárias que atuam nas redes públicas de saúde, assistência social, educação, políticas para infância e adolescência, sistema de justiça, segurança e outras políticas” que desenvolvam “interface na prevenção e cuidado dos problemas relacionados ao uso de drogas” (SENAD)</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro do que nos propomos a discutir no percurso da tese de analisar a Política Nacional de Controle do Tabagismo frente à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro e seus rebatimentos na oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS é possível desenvolver algumas sinalizações.

Antes da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil várias normativas – portarias, decretos e leis – já existiam especialmente aquelas vinculadas à proteção de ambientes livres da fumaça de produtos derivados do tabaco e uma primeira versão da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde incluindo a previsão de ações educativas e de formação para profissionais de saúde. Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAL é desse período.

A primeira normativa vinculada à proteção de ambientes livres da fumaça de produtos derivados do tabaco data de 1996, três anos antes da Organização Mundial de Saúde – OMS iniciar as discussões acerca da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e dez anos antes de sua promulgação no Brasil. Refiro-me à Lei nº 9.294/1966 que apesar da polêmica que lhe foi atribuída traz as bases para a instalação dos ambientes livres da fumaça dos produtos derivados do tabaco.

Essas normativas pré-existentes compunham um cenário favorável à promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil, não obstante três anos se passaram desde a assinatura por parte do Brasil da CQCT em 2003 e da sua promulgação em 2006.

Desde então, quase uma década se passou e iniciativas importantes estiveram presentes nesse processo, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, ações e diretrizes da Agência Nacional de Vigilância – ANVISA e do Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT no Brasil 2011-2022 e as convergências com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e com as diversas normativas – portarias, decretos e leis existentes.

Tais propostas permitiram que as ações de controle de tabagismo antes circunscritas ao Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT vinculado ao Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA fossem elevadas ao patamar de uma Política Nacional de Controle de Tabagismo, consubstanciada nas diretrizes nacionais propostas pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT, nas políticas nacionais de Promoção à Saúde e Educação Permanente em Saúde e nas normativas vigentes.

As ações vinculadas aos artigos 8, 9 e 14 que tratam da *Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco*; da *Educação, comunicação, treinamento e conscientização*; e das *Medidas de redução de demandas relativas à dependência e ao abandono do tabaco*, respectivamente, da CQCT que trazem uma relação direta com as ações necessárias para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS puderam avançar em sua implantação, através da incorporação destes nas normativas legais implantadas desde então.

As ações educativas e de formação de recursos humanos para a oferta de tratamento no Sistema Único de Saúde – SUS, previstas nas normativas do Ministério da Saúde que regulamentam a oferta de tratamento não acompanham as orientações contidas nas políticas nacionais de prevenção do câncer, promoção da saúde e política educação permanente em saúde, principalmente nos quesitos formato e objetivos.

Tais propostas preconizadas pelo INCA/Ministério da Saúde dialogam pouco com outras metodologias e políticas. Em parte, isso se deve pela especificidade de uma política para tratar dos efeitos de uma única droga/substância. E ao fazê-lo possibilitou aprofundar suas particularidades e se distanciar metodologias e/ou estratégias vinculadas às outras drogas.

A tecnificação da saúde, ampliação restrita, ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial, a privatização e mercantilização da saúde pública, a Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública, promoção da Saúde restrita e a ampliação do tensionamento nos espaços de participação social (SOARES: 104-109) evidenciam as particularidades da política de controle do tabagismo no contexto da contrarreforma do Estado.

De um lado, a oferta de tratamento aquém da demanda apresentada, a tecnificação da proposta de tratamento e método único ofertado, da assistência centrada na cessação. De outro lado, a escassez de recursos no âmbito público e repasse à iniciativa privada – muitos municípios já fazem uso das OS, OSCIP e fundações estatais para a contratação de pessoal, a sobrecarga dos profissionais envolvidos na oferta de tratamento – e das contratações por tempo e formas de trabalho precarizadas – atualmente centrada na Atenção Básica.

A oferta de grupos para dependentes de nicotina no SUS encontra-se aquém da demanda. Os 23.000 grupos de tratamento na Atenção Básica ainda são 47 vezes inferiores à demanda de grupos para seriam necessários que os 80% dos fumantes existentes no Brasil acessarem o tratamento na atualidade.

Ao acrescentarmos a estimativa divulgada pelo Ministério da Saúde que apenas 3% desses 80% conseguem parar de fumar ao final de um ano de tratamento, quantos anos o Brasil levaria para ofertar uma proposta condizente com a realidade brasileira? O próprio

Ministério nos fornece essa resposta através da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL.

Ao compararmos os dados VIGITEL de 1989 em que a taxa de prevalência de fumantes no Brasil era da ordem de 32,9% ou pouco mais de 24 milhões de pessoas à época com taxa de prevalência de 2014 em 10,4% ou os quase 20 milhões de fumantes hoje, chegamos a diferença em números absolutos de pouco mais de 4 milhões de pessoas e uma média de queda no número de fumantes de 266 mil pessoas/ano, o que demandaria mais de 75 anos para atender a demanda de hoje.

Dez anos depois da promulgação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT no Brasil muito se avançou na proposição de normativas que tratam da proteção da exposição à fumaça do tabaco e derivados em ambientes fechados de uso coletivo e oferta de tratamento para dependentes de nicotina na rede SUS e a formação de recursos humanos para a oferta de tratamento¹²⁸.

O processo de implantação dessas normativas, por sua vez, traduzindo-as em serviços à população, traz suas singularidades, especificamente quanto à oferta de tratamento para a dependência à nicotina e a formação de recursos humanos. Ocorre que embora a expansão de grupos de tratamento para dependentes de nicotina tenha tido uma ampliação significativa – de 42 centros para 23.000 unidades de saúde na atenção básica, ainda está aquém da demanda.

Da mesma forma, a oferta de formação voltada para profissionais de saúde que atendem tabagistas – nos múltiplos dispositivos disponíveis no SUS ultrapassou a cifra de 500.000 profissionais capacitados em demandas associadas ao uso do álcool e outras drogas como estabelecem as diretrizes das diversas políticas vinculadas. Entretanto, não é possível

¹²⁸ Normativas em outras áreas foram estabelecidas, tais como: regulamentação da propaganda, comercialização e embalagens de produtos, dentre outros. Tais normativas embora sinalizadas ao longo dessa tese não foram objeto de estudo de nosso trabalho, visto que elegemos as normativas vinculadas à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

afirmar que tais formações trataram do tratamento para a dependência de nicotina, ou mesmo da metodologia preconizada pelo INCA/Ministério da Saúde.

O modelo adotado pelo Brasil pela CONICQ e envolvimento de diversos Ministérios para a implantação da CQCT tem muito a oferecer às outras políticas vinculadas, especialmente no que se refere à imersão e ao tratamento de distintos aspectos vinculados à uma mesma problemática instalada: comércio, embalagens, propaganda, regulamentação do acesso, fiscalização de ambientes livres de fumo, produção científica vinculada, oferta de tratamento, formação de recursos, dentre outros. Mas ainda apresenta fragilidades dentro do próprio Ministério da Saúde nas distintas políticas vinculadas.

Aproximações, para além da inserção do controle do tabagismo nessas políticas – a exemplo das políticas de prevenção do câncer, educação permanente em saúde, promoção da saúde, doenças crônicas não transmissíveis e política sobre drogas – precisam acontecer de forma transversal, evitando a sobreposição de ações, abrindo ao diálogo para adequação de estratégias e metodologias, ampliando a integralidade da atenção ao usuário tabagista – e usuário de álcool, crack e outras drogas – no Sistema Único de Saúde – SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C. **O Projeto Ético Político Profissional do Serviço Social**

Brasileiro. Tese (Doutorado, vinculado ao Programa de Estudos Pós Graduated em Serviço Social da PUC/SP). São Paulo, o autor, 2006.

ALENCAR, M. M. T. & GRANEMANN, S. Ofensiva do Capital e Novas Determinações do Trabalho Profissional. In: Revista Katálysis v12, n2. Florianópolis, pp. 161-169, Jul/Dez, 2009.

ALIANÇA PARA O CONTROLE DO TABAGISMO. ACTBr. **Economia e o Tabagismo.**

Aspectos Econômicos do Tabaco. Disponível em

<http://www.actbr.org.br/tabagismo/economia> Acesso: 16/06/2014 (a)

_____. História do Tabaco. Disponível em <http://www.actbr.org.br/tabagismo/historico>

Acesso: 20/09/2014 (b).

_____. **A Aliança para o Controle do Tabagismo.** Disponível em

<http://www.actbr.org.br/institucional/> Acesso: 29/07/2013

_____. **Legislação.** Disponível no site: <http://www.actbr.org.br/biblioteca/legislacao.asp>

Acesso: 10/01/2013.

_____. **Rede ACT.** Rede de Controle do Tabagismo. Disponível em

<http://www.actbr.org.br/institucional/rede-act> Acesso: 29/07/2013

_____. Notícias. **Lucro da Philip Morris sobe 13% no 1º trimestre.** Disponível:

<http://www.actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=2162> Acesso: 27/04/2012

BRAZ, M. & NETTO, J. P. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo, Cortez Editora, 2007. 2ª edição.

BEHRING, E. R. As novas Configurações do Estado e da Sociedade no Contexto de Crise do Capital. In: BEHRING, E. R. **Serviço Social, Direitos e Competências Profissionais**. Brasília, CFESS, 2009. 22p.

_____. **Brasil em Contra-Reforma. Desestruturação do Estado e Perda de Direitos**. São Paulo, Cortez Editora, 2008.

_____. **Política Social no Capitalismo Tardio**. São Paulo, Cortez Editora, 1998.

BLESSA, R. Análise da campanha em ponto de venda. Malboro Maybe. Disponível no site:

http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/962_estudo_regina_blessa-1.pdf Acesso:

20/09/2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 8.262** de 31 de maio de 2014 que Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/ GM nº 571** de 05 de abril de 2013 que Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, 2013 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/ GM nº 874** de 16 de maio de 2013 que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da República. **Decreto Presidencial de 16 de março de 2012** que altera o art. 3º do Decreto Presidencial de 1º de agosto de 2003, estabelecendo que a Comissão seja presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e integrada pelos representantes dos órgãos colegiados. Brasília, 2012.

_____. **Lei nº 12.546** de 14 de dezembro de 2011 que altera a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. Brasília, 2011 (a).

_____. **Lei nº 12.546 de 14/12/2011**. Que altera a Lei 9.294/1996. Brasília, 2011 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (c).

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Legislação Federal vigente sobre Tabaco no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v.7. Brasília, 3ª edição, 2010 (b). Disponível no site:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v.9. Brasília, 1ª edição, 2009. Disponível no site:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006.** Promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Brasília, 2006 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687** de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996** de 30 de março de 2006 que Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2006 (c).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.439** de 08 de dezembro de 2005 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAL). Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Ação Global para o Controle do Tabaco. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública.** Brasília, 2004 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.035** de 31 de maio de 2004 que amplia o acesso a abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Brasília, 2004 (b).

_____. Ministério da Saúde **Portaria SAS/MS nº 442** de 13 de agosto de 2004 que o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Brasília, 2004 (c).

____. **Lei nº 10.702** de 14 de julho de 2003 que Altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 2003 (a).

____. Presidência da República. **Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003** que institui a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos no Brasil Brasília, 2003 (b).

____. Senado Federal. **Decreto Legislativo nº 1.012** de 27 de outubro de 2005 que Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003. Brasília, 2003 (c).

____. Ministério da Saúde. **Portaria MS / GM nº 1.575** de 29 de agosto de 2002 que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Brasília, 2002.

____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante. Consenso.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

____. **Lei nº 10.167** de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei nº 9.294/1996, proibindo o uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo. Brasília, 2000.

____. Presidência da República. **Decreto nº 2.018** de 1º de outubro de 1996 que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. Brasília, 1996.

____. **Lei nº 9.294** de 15 de julho de 1996 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição. Brasília, 1996.

____. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3.257** de 22 de setembro de 1988 que recomenda a adoção de ações restritivas ao hábito de fumar e ações educativas de sensibilização. Brasília, 1988.

____. **Lei nº 7.748** de 11 de junho de 1986 que institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Brasília, 1986.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil *In*: MOTA, A. E. Et All. **Serviço Social e Saúde. Trabalho e Formação Profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2006.

BRAVO, M. I. S. & MENEZES, J. S. B. Política de Saúde no Governo Lula *In*: **Política de Saúde na atual conjuntura**. BRAVO, M. I. S. Et All. Rio de Janeiro, UERJ, 2008

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Estado nos anos 90. Lógica e Mecanismos de Controle**. Brasília: MARE, 1997 Cad. 01.

CAVALCANTE. T. M. O Controle de Tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Vol. 32, N.º 5. São Paulo, Revista Digital, 2005. Disponível no site: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/283.html> Acesso: 13/06/2010.

____. **O médico e suas Representações Sociais sobre Tabagismo, Fumante e Cessação de Fumar**. Dissertação (vinculado ao Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro, o autor, 2001.

CAVALCANTI, S. A. U. Tabagismo e Serviço Social: Aproximações com o Projeto Ético-Político Profissional. In: UCHOA, R. (Org) **Ensaio sobre Drogas: Necessidades Humanas e Políticas Públicas**. Recife, Editora Universitária UFPE, 2010.

_____. **Estratégia Comunidade Solidária**. Estudo de Caso em uma Associação Comunitária no Cabo de Santo Agostinho participante do X Concurso de Projetos do Programa Capacitação Solidária / 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE), Recife, o autor, 2001.

CFESS. **Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, CFESS, 2010.

_____. **Código de Ética do Assistente Social Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993**. Disponível no site: <http://www.cfess.org.br> Acesso: 16/05/2014

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M C S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

FILHO, C. G. **Fumicultura Perde Espaço no Paraná**. Renda de outros setores e programas oficiais estimulam a migração para a produção de leite, frutas e cebola. Disponível no site: <http://www.gazetadopovo.com.br/caminhosdocampo/conteudo.phtml?id=1249855&ch=> Acesso: 01/05/2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Controle do Tabagismo. Promoção da Saúde – SUS. Da Saúde se cuida todos os dias. Tenha uma vida mais saudável sem o cigarro. O tratamento é um direito seu garantido pelo SUS**. 2015. Disponível no link: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/28/apresentacao-tabaco.pdf> Acesso: 20/10/2015.

____. **Dia Mundial sem Tabaco 2014. Aumento de Impostos sobre Produtos de Tabaco.**

Apresentação e orientações Técnicas. Rio de Janeiro, INCA, 2014 (a). Disponível no site:

<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/31maio2014/manual-dia-mundial-sem-tabaco-2014.pdf>

Acesso: 16/06/2014.

____. Previsão de Gastos com Tabagismo. Apud GOIÁS. Ministério Público de Goiás.

Cigarro e Gastos Públicos. Balanço da Campanha. Disponível no site:

http://www.mp.go.gov.br/porta/web/hp/2/docs/boletim_9.pdf Acesso: 16/06/2014 (b).

____. **Programa Nacional de Controle de Tabagismo.** Disponível no site:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional

Acesso: 16/06/2014 (c).

____. **Programa Saber Saúde.** Disponível no site:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-saber-saude

Acesso: 16/06/2014 (d).

____. **Programa Nacional de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de**

Câncer. Rio de Janeiro, Inca, 2010 (a). Site:

http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=139. Acesso: 13/06/2010.

____. **Economia e Legislação. Aspectos Econômicos do Tabaco. A Economia do Tabaco no Brasil.** Rio de Janeiro, Inca, 2010 (b). Site:

<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=brasil.htm>. Acesso:

13/06/2010.

____. Abordagem Mínima e Intensiva do Fumante. Slides disponibilizados em Formação desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. Brasília, INCA, 2008.

_____. Legislação Federal Vigente sobre Tabaco no Brasil. Rio de Janeiro, INCA, 2007.

Disponível online: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/102_Legislacao-Federal-Vigente-Sobre-Tabaco-no-Brasil.pdf

LAPORTA, T. **Veja como será o ajuste fiscal do governo e em que afeta a sua vida.**

Disponível no site: <http://g1.globo.com/economia/noticia/2015/05/veja-como-sera-o-ajuste-fiscal-do-governo-e-em-que-ele-afeta-sua-vida.html>. Acesso 21/07/2015.

MATOS, M. P. S. A. **Determinantes da Baixa Valorização da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde.** Tese (Doutorado, vinculado ao Programa Pós Graduação em Política Social da UnB/DF). Brasília, o autor, 2013.

MARTINIANO, C. S.; SAMPAIO, J.; & SILVEIRA, S. A. S. Os desafios do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família para a Consolidação da Atenção Primária à Saúde. *In:*

VASCONCELOS, K. E. L. & COSTA, M. D. H. (Orgs). **Por uma Crítica da Promoção da Saúde. Contradições e potencialidades no contexto do SUS.** São Paulo, Hucitec Editora, 2014.

MAURIEL, A. P. O. Pobreza, Seguridade Social e Assistência Social: desafios da Política Social Brasileira. *In: Revista Kathálises v. 13, n2.* Florianópolis, 2010 pp. 173-180.

MINAYO, M C S (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MOBI, B. **Consumo do Tabaco.** Aprendendo com os Peritos. Um curso destinado aos profissionais de Saúde. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Institute for Global Tobacco Control, 2012. Disponível: <http://hp.globaltobaccocontrol.org/pt-br/home>. Acesso: 04/07/2015.

MORAES, P.; PIMENTEL, P. & UCHOA, R. Drogas e Políticas Públicas: Uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. *In: Dossiê sobre Drogas*. Estudos Universitários. Revista de Cultura 28, dezembro de 2011. Recife, Editora Universitária UFPE, 2011.

MOTA, A. E. Redução da Pobreza e Aumento da Desigualdade: Um Desafio Teórico-Político ao Serviço Social Brasileiro. *In: MOTA, A. E. (Org) As Ideologias de contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010 pp. 13-34

_____. Questão Social e Serviço Social. *In: MOTA, A. E. (Org). O Mito da Assistência Social. Ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. São Paulo, Cortez Editora, 2008 pp. 21-57

MOTA, A. E; AMARAL, A. S. & PERUZZO, J. F. O novo desenvolvimentismo e as Políticas Sociais na América Latina. *In: MOTA, A. E. As Ideologias de contrarreforma e o Serviço Social*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010 pp. 35-67

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2014**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2013**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2013. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014

(b).

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2012**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2011**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2010**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2009**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2008**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2007**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2006**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2003**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

____. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. Brasília, Ministério da Saúde, 1989.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. O autor, 2010 (?) In:

<http://pcb.org.br/porta1/docs/int-metodo-teoria-social.pdf> Acesso em 30/07/2015.

_____. O Serviço Social e a Tradição Marxista. In: **Serviço Social e Sociedade nº 30**. São Paulo, Cortez Editora, 1989.

OMS. Organização Mundial de Saúde. In: <http://www.who.int/tobacco/> Acesso em 20/04/2011(a)

_____. In: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2011/announcement/en/index1.html> Acesso em 20/04/2011(b)

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DE TABACO (OPNCT).

2012. **Histórico da Convenção-Quadro**. Disponível no site:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/historico Acesso: 10/01/2013.

PINTO, M. **Custos de Doenças Tabaco – Relacionadas: uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível no site:

http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/488_pesquisa_custos_marcia_pinto.pdf Acesso: 27/04/2012.

RODRIGUEZ, M. A. S. O Cigarro como protagonista do cinema clássico de Hollywood.

ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Londrina, 2005. Disponível no

site <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1436.pdf> Acesso: 20/09/2014.

ROMERO, L.C. & COSTA E SILVA, V.L. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil.

Revista Brasileira de Cancerologia 2011. 57(3) 305-314. Rio de Janeiro, INCA/MS, 2011.

ROSEMBERG, J. **Nicotina. Droga Universal**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

SIMIONATTO, I. **As expressões ideoculturais da crise capitalista na atualidade sua**

influência teóricopolítica. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SAMET, J. Princípios Básicos do Controle do Tabagismo. **Evidências: Descobertas Científicas e Iniciativas de Controle.** Aprendendo com os Peritos. Um curso destinado aos profissionais de Saúde. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Institute for Global Tobacco Control, 2007a. Disponível: <http://hp.globaltobaccocontrol.org/pt-br/home>. Acesso: 04/07/2015.

_____. Princípios Básicos do Controle do Tabagismo. **Carga Global do Tabagismo.** Aprendendo com os Peritos. Um curso destinado aos profissionais de Saúde. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Institute for Global Tobacco Control, 2007b. Disponível: <http://hp.globaltobaccocontrol.org/pt-br/home>. Acesso: 04/07/2015.

SOARES, C. S. **A contrarreforma do Estado e o SUS Hoje. Impactos e demandas ao Serviço Social.** Tese (Doutorado vinculado ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UFPE). Recife, o autor, 2010.

ANEXOS: LISTA DE DOCUMENTOS

Normativas sobre controle de tabagismo no Brasil – proteção contra os riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco:

- **Lei nº 7.748** de 11 de junho de 1986 que institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo;
- **Portaria nº 3.257** de 22 de setembro de 1988 que recomenda a adoção de ações restritivas ao hábito de fumar e ações educativas de sensibilização;
- **Lei nº 9.294** de 15 de julho de 1996 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição;
- **Decreto Presidencial nº 2.018** de 1º de outubro de 1996 que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição;
- **Lei nº 10.167** de 27 de dezembro de 2000 que altera a Lei n.º 9.294/1996, proibindo o uso de produtos fumíferos derivados do tabaco em aeronaves e demais veículos de transporte coletivo;
- **Lei nº 10.702** de 14 de julho de 2003 que altera a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal;
- **Lei nº 12.546** de 14 de dezembro de 2011 que altera a Lei 9.294/1996, proibindo o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público;

- **Decreto nº 8.262** de 31 de maio de 2014 que Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.

Normativas sobre controle de tabagismo no Brasil – oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde - SUS:

- **Portaria MS / GM nº 1.575** de 29 de agosto de 2002 que consolida o Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
- **Portaria MS/GM nº 1.035** de 31 de maio de 2004 que amplia o acesso a abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo;
- **Portaria SAS/MS nº 442** de 13 de agosto de 2004 que o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina;
- **Portaria MS/ GM nº 571** de 05 de abril de 2013 que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Normativas vinculadas ao controle de tabagismo no Brasil – políticas vinculadas:

- **Portaria nº 2.439** de 08 de dezembro de 2005 que institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAL).

- **Portaria nº 687** de 30 de março de 2006 que aprova a Política de Promoção da Saúde.
- **Portaria nº 1.996** de 30 de março de 2006 que Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.
- **Lei nº 11.343** de 23 de agosto de 2006 que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
- **Portaria nº 874** de 16 de maio de 2013 que Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Normativas sobre Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Brasil:

- **Decreto nº 3.136 de 13 de agosto de 1999** que Cria a Comissão Nacional para a preparação da participação do Brasil nas negociações internacionais com vistas à elaboração de convenção-quadro sobre controle do uso de tabaco, e dá outras providências.
- **Decreto Presidencial de 01 de agosto de 2003** que institui a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos no Brasil;
- **Decreto Legislativo nº 1.012** de 27 de outubro de 2005 que Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003;

- **Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006.** Promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003;
- **Decreto Presidencial de 16 de março de 2012** que altera o art. 3º do Decreto Presidencial de 1º de agosto de 2003, estabelecendo que a Comissão seja presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e integrada pelos representantes dos órgãos colegiados.