

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

MARILENE GONÇALVES FRANÇA

**POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES:
OLHARES E CAMINHOS PARA SUA (RE)CONFIGURAÇÃO**

**VITÓRIA
2013**

MARILENE GONÇALVES FRANÇA

**POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES:
OLHARES E CAMINHOS PARA SUA (RE)CONFIGURAÇÃO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como pré-requisito para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

**VITÓRIA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

F814p França, Marilene Gonçalves, 1983-
Política de atenção ao tabagista no município de Vitória-ES :
olhares e caminhos para a sua (re)configuração / Marilene
Gonçalves França. – 2013.
248 f. : il.

Orientadora: Marluce Miguel de Siqueira.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Fumo - Vício - Tratamento. 2. Política de saúde. I.
Siqueira, Marluce Miguel de, 1957-. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

MARILENE GONÇALVES FRANÇA

**POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES:
OLHARES E CAMINHOS PARA SUA (RE)CONFIGURAÇÃO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como pré-requisito para obtenção de grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Silvana Rubano Barreto Turci
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Micheline Mattedi Tomazi
Programa de Pós-Graduação em Linguística - PPGEL
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*A Deus; a Jaszila, Valdemiro e Marileide, razão de minha vida;
e a todos aqueles que acreditam e lutam por mudanças.*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, meu Bom Pastor, minha força e minha vida, que me sustenta diariamente e me fez vitoriosa nesta jornada.

A *meus pais*, Jaszila e Valdemiro, razões da minha vida, pelo amor incondicional. Vocês que compreenderam meus momentos de isolamento e minhas ausências, com carinho e amor, e me ensinaram a lutar sempre pelos meus sonhos. Amo vocês!

A *Marleide*, minha irmã, amiga e cúmplice, que me ouviu incansavelmente nas minhas angústias, inquietações e ansiedades. Sem você, eu não teria conseguido. Essa vitória é nossa! Amo você, Leide!

À *Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira*, pela amizade e dedicação, pela inspiração, direcionamento e pela orientação que soube combinar o respeito e a autonomia intelectual e o rigor na construção do trabalho. Aprendi muito com você!

À *Profª. Drª. Micheline Mattedi Tomazi*, pela receptividade nos momentos de encontro, pela disponibilidade para leitura do trabalho, pelas contribuições na constituição de conhecimentos no decorrer desse percurso e por ter aceitado o desafio de entrelaçar os campos de saberes nesta pesquisa.

À *Profª. Drª. Silvana Rubano Barreto Turci*, que respondeu atenciosamente ao meu convite, disponibilizando seu tempo para a leitura detalhada deste trabalho e trazendo consigo contribuições significativas.

A *Profª. Drª. Francis Sodré*, que, a partir de suas discussões, instigou-me a buscar respostas, além do que está instituído, a esmiuçar o que tece a micropolítica e, com isso, possibilitou vislumbrar um olhar mais peculiar nesta pesquisa.

Ao *Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato*, que esteve presente em minha banca de qualificação e contribuiu, com reflexões e sugestões valiosas, oferecidas naquele momento, para o encontro de um caminho possível, incentivando-me a me lançar em novos desafios.

Ao *Prof. Dr. Vitor Buaiz*, pelo apoio e carinho de sempre e pelas contribuições significativas a este trabalho, pelos conhecimentos compartilhados, pelos momentos vividos, enfim, pelas inúmeras possibilidades de aprendizagem.

A *todos os professores do Mestrado em Saúde Coletiva* do Programa de Pós-Graduação, que contribuíram para minha formação.

À *Secretaria Municipal de Saúde de Vitória*, pela oportunidade de realização desta pesquisa.

Aos *participantes* que participaram da minha pesquisa – profissionais e usuários das unidades de saúde – sem os quais esta pesquisa não seria possível.

A *minha turma de mestrado 2011*, que partilhou comigo dúvidas, inquietações e momentos durante o percurso.

Aos *amigos*, que reencontrei e conquistei ao longo dessa jornada que compartilharam vários momentos ao meu lado, em especial a Érica, Rosalva, Welington, pela amizade e pelas trocas constantes.

Aos *amigos de ontem, de hoje e de sempre*, que foram suporte ao longo dessa caminhada e torceram pela minha conquista. Louvo a Deus pela amizade de vocês. Em especial, Flávia, Lidiane, Gisele, Maykel, Regina, Marcos, Denis, Frank, Geisiane, Francisco, Josimara, Bruna, Valéria, Jamila.

Aos *companheiros do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD)* pela possibilidade de discutir as questões da política de atenção ao tabagista e outras Drogas, e pelos momentos vivenciados em participação em eventos e viagens exitosas.

A *Rayane Miguel e Rayane Cristina*, pelo auxílio na coleta de dados, e pelas parcerias firmadas ao longo do caminho, o meu muito obrigada!

Aos *meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Santa Tereza*, pelo apoio e incentivo, ao longo dessa jornada. Em especial à diretora Maria Rita de Boni, que acreditou no trabalho e compreendeu meu gosto pela pesquisa, a equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde.

A *Dalva*, pelo cuidado e dedicação na leitura e revisão deste estudo.

A *minha comunidade Cristo Rei*, minha família em Cristo, onde louvo e agradeço a Deus entre amigos.

A *todos* que, de diferentes maneiras e, sobretudo, com as orações, contribuíram para a realização deste estudo.

“[...] somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos, como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas [...]. Entretanto, sob qualquer um destes ângulos, somos responsáveis pelo que fazemos. Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres. [...] Não somos sujeitos plenos de razão, mas como certos apostadores, que podem com certos recursos – cognitivos, desejantes, instrumentais, por exemplo – aumentar as potências dos nossos fazeres por outros sentidos, para o nosso agir no mundo, produzindo novos significados para as situações” (MERHY, 2002, p.13-14).

RESUMO

A Política Nacional de Controle do Tabaco, ao promover a cessação do tabagismo, propiciou a inserção da política de atenção ao tabagista na rede do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, faz-se necessário compreender como essa política vem sendo desenvolvida, no âmbito municipal, a fim de entender as relações estabelecidas e os arranjos realizados nesse processo. Objetivou-se, com este estudo, analisar a implementação da política de atenção ao tabagista, sob a ótica da coordenação municipal do tabagismo, dos profissionais e usuários do Programa de Controle do Tabagismo no Município de Vitória-ES. Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, pela via da Análise do Discurso Crítica, buscando um diálogo com os teóricos da área da saúde coletiva. O estudo foi realizado em três momentos: o primeiro foi constituído pela revisão bibliográfica sobre o tabagismo, sobre políticas para controle do tabaco, sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e sua inserção na política de saúde brasileira. No segundo momento, foi realizada a análise de documentos oficiais dos instrumentos normativos federais e municipais e a análise de dados primários do Programa Municipal de Controle do Tabagismo do ano de 2011. No terceiro momento, foram feitas entrevistas com os atores desse programa: a coordenação municipal, os profissionais das unidades de saúde e os usuários do programa, no período de março a agosto de 2012. A política de atenção ao tabagista foi considerada pelos sujeitos bem elaborada, funcional e eficaz, atendendo às necessidades de saúde do sujeito com problemas relacionados ao tabaco, ressaltando os resultados na vida dos usuários. Contudo, alguns desafios foram elencados nesse processo, como o de tornar a política efetivamente uma prioridade do município; de instituir, além do monitoramento, uma avaliação a política; de criar um espaço permanente de diálogo entre os atores que implementam essa política e de (re)pensar as estratégias e metodologias propostas. O estudo possibilitou compreender o processo de implementação de políticas públicas como um processo de integração e articulação entre os diversos atores que dão vida à política, contribuindo para a (re)configuração da atenção ao tabagista.

Descritores: Tabagismo. Políticas. Tratamento.

ABSTRAT

By promoting smoking cessation, The Brazilian National Tobacco Control Policy allowed the smoker's health care policy to be inserted into the Brazilian Unified Health System network. In this setting, it is necessary to understand how this policy has been carried out at municipal level in order to figure out the relationships established and the arrangements made in this process. This study aims at analyzing the implementation of the smoker's health care policy seen through the eyes of the Municipal Tobacco Coordination, the relevant professionals, and the users of the Tobacco Control Program in the City of Vitória, ES, Brazil. This is a case study with qualitative approach through critical discourse analysis, seeking a dialogue with the theoretical area of public health. The study was carried out in three stages: the first one was made up of bibliographical review on tobacco smoking, tobacco control policies, the Brazilian National Tobacco Control Program and its insertion into the Brazilian health care policy. The second stage comprised an analysis of official documents of federal and municipal normative instruments, and analysis of primary 2011 data on the Brazilian Tobacco Smoking Control Program. The third stage included interviews between March and August 2012 with the actors in this program: the municipal coordination, the professionals at health care units, and the program users. The subjects involved considered the smoker's health care policy well planned, functional and effective. It meets the health care needs of individuals with tobacco-related problems and has positive results in the users' lives. However, some challenges were listed in this process, such as effectively making the policy a priority in the city; instituting, besides monitoring, a political assessment; creating a permanent space for dialogue between the actors who implement this policy; rethinking the strategies and methodologies proposed. This study allowed us to understand the process of implementing public policies as an integration and interaction process between several actors who give life to this policy, contributing to (re)configuring smoker's health care.

Descriptors: Smoking. Politics. Treatment.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Prevalência de fumantes em adultos maiores de 18 anos no município de Vitória, segundo VIGITEL, nos anos de 2008, 2009 e 2010.....	116
--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Serviços de saúde que realizam o tratamento de fumantes no ano de 2011.....	114
Quadro 2 - Unidades de Saúde que possuem programa de atenção ao tabagista.....	121

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de usuários que participaram da primeira sessão de 2008 a 2011, Vitória, ES.....	117
Gráfico 2 - Número de usuários que usaram medicamento, de 2008 a 2011, Vitória, ES.....	118
Gráfico 3 – Número de usuários que cessaram o tabagismo, de 2008 a 2011, Vitória, ES.....	119
Gráfico 4 – Formação profissional	122
Gráfico 5 – Idade dos profissionais.....	123
Gráfico 6 – Tempo de atuação dos profissionais.....	123
Gráfico 7 – Idade dos usuários do programa de atenção ao tabagista.....	125
Gráfico 8 – Escolaridade dos usuários do programa de atenção ao tabagista.....	125
Gráfico 9 – Situação tabagística dos usuários programa de atenção ao tabagista.....	126

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do município de Vitória no Espírito Santo.....	106
Figura 2 - Mapa da regionalização de saúde em Vitória.....	108
Figura 3 - Organograma adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.....	110

LISTA DE SIGLAS

ADC -	Análise de Discurso Crítica
AIS -	Ações Integradas de Saúde
APA -	American Psychiatric Association
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS -	Centro de Ciências da Saúde
CEP -	Comitê de Ética do Centro de Ciências de Saúde
CEBRID -	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas
CEPAD	Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas
CID -	Classificação Internacional de Doenças
CMSV-	Conselho Municipal de Saúde de Vitória
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS -	Conselho Nacional de saúde
CONICQ -	Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro
CQCT –	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
ESF -	Estratégia da Saúde de Família
FNS -	Fundo Nacional de Saúde
GAS -	Gerência da Atenção à Saúde
GATT -	Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista
GM -	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Iniciação Científica
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA -	Instituto Nacional de Câncer

LSF -	Linguística Sistêmica Funcional
MS-	Ministério da Saúde
NEAD –	Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB -	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
NUTAPP -	Núcleo de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer
OMS –	Organização Mundial de Saúde
ONGs -	Organizações não governamentais
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
OPNCT -	Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco
PACS -	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PMCT -	Programa Municipal de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco para Câncer
PMV -	Prefeitura Municipal de Vitória
PNCT -	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PPGSC -	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RMGV -	Região Metropolitana da Grande Vitória
SAS -	Secretaria de Assistência à Saúde
SEMUS -	Secretaria Municipal Saúde de Vitória
SES -	Secretarias Estaduais de Saúde
SIA -	Sistema de Informações Ambulatoriais
SPAs -	Substâncias Psicoativas
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
SVS –	Secretaria de Vigilância em Saúde
TAC-	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

VIGITEL - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INICIANDO O PERCURSO	18
2	TABAGISMO – UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	26
2.1	HISTÓRIA DO CONSUMO DO TABACO.....	26
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO TABACO.....	28
2.3	DEPENDÊNCIA DA NICOTINA E AS DOENÇAS TABACO-RELACIONADAS.	32
2.4	O TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	34
2.5	O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL.....	37
2.6	A POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO.....	44
3	TABAGISMO – UMA POLÍTICA PÚBLICA	50
3.1	DISCUTINDO O CONCEITO DE POLÍTICA.....	50
3.2	CONCEITUANDO POLÍTICAS PÚBLICAS.....	52
3.3	ANALISANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	54
3.4	A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA.....	57
4	O SUS, A ATENÇÃO AO TABAGISTA E A SAÚDE COLETIVA	60
4.1	O SUS E A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA.....	60
4.2	A SAÚDE COLETIVA E A ATENÇÃO AO TABAGISTA.....	64
4.3	O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS (INTER)RELAÇÕES	67
5.	ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA	72
5.1	PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS.....	72
5.1.1	Teoria social do discurso.....	75
5.1.2	ADC como método analítico.....	80
5.2	AÇÃO, REPRESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO.....	82
5.2.1	Discurso como ação: gêneros discursivos, hegemonia e poder.....	83
5.2.2	Discurso como representação: representação social e ideologia.....	86
5.2.3	Discurso como identificação: identidades, modalidades e avaliação.....	88

6	CONSTRUINDO O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: O ESTUDO DE CASO PELA VIA DO DISCURSO CRÍTICO	91
6.1	O CENÁRIO DA PESQUISA	94
6.2	PARTICIPANTES.....	96
6.3	PERCURSO METODOLÓGICO	97
6.3.1	Momento I: constituindo o campo de pesquisa.....	97
6.3.2	Momento II: a procura de vestígios	98
6.3.3	Momento III: a voz dos atores	99
6.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	101
6.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	104
7	UM OLHAR SOBRE O MUNICÍPIO DE VITÓRIA	105
7.1	A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA.....	107
7.2	O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	110
7.3	O PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	120
7.3.1	A gestão e os profissionais do Programa.....	120
7.3.2	Os usuários do Programa.....	124
8	OS ATORES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA	128
8.1	COM A PALAVRA O GESTOR	128
8.1.1	O programa de atenção ao tabagista: a voz de quem dirige.....	129
8.1.2	O programa de atenção ao tabagista: sugestão de quem dirige.....	142
8.2	COM A PALAVRA OS PROFISSIONAIS	145
8.2.1	O programa de atenção ao tabagista: a gestão do serviço	146
8.2.2	O programa de atenção ao tabagista: a voz de quem faz	156
8.2.3	O programa de atenção ao tabagista: sugestão de quem faz	184
8.2.4	O programa de atenção ao tabagismo: e a sua avaliação?.....	189
8.3	COM A PALAVRA OS USUÁRIOS	194
8.3.1	O programa de atenção ao tabagista: o entendimento do tabagismo como um comportamento físico, social e psicológico.....	194
8.3.2	O programa de atenção ao tabagista: a decisão no processo parar de fumar....	197
8.3.3	O programa de atenção ao tabagista: a voz de quem participa.....	200

9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	211
	REFERÊNCIAS.....	217
	APÊNDICES.....	233
	APÊNDICE A - Formulário para análise documental.....	234
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para a Coordenação Municipal.....	235
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os profissionais.....	237
	APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os usuários	239
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais e coordenação municipal	240
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários.	242
	APÊNDICE G - Termo de Consentimento Institucional	244
	ANEXOS.....	246
	ANEXO A - Autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde.....	247
	ANEXO B - Autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	248

1 INICIANDO O PERCURSO

A saúde constitui um dos direitos sociais do cidadão, assegurado pela Constituição Federal de 1988, que também institui o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo o acesso universal e equânime dos cidadãos aos serviços e ações de promoção, prevenção, recuperação oferecidos nos sistemas públicos de saúde. Assim, o Estado assume a responsabilidade pela elaboração e execução de políticas públicas, voltadas à minimização de doenças e suas morbidades (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Nesse contexto, o tratamento no SUS, voltado à cessação do tabagismo, passou a ser considerado direito de saúde e dever do Estado, ao oferecer serviços públicos para apoio ao tratamento do fumante, fundamentados nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Assim, as políticas elaboradas para o controle do tabagismo e as medidas adotadas para contenção do consumo do tabaco, principalmente por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, fizeram com que cada vez mais fumantes procurassem os serviços de saúde para deixar de fumar. Contudo, a estratégia de tratamento do tabagismo possui uma história mais recente e apresenta especificidades quanto a sua inserção na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo influenciada pelo arranjo federativo e pelas condições da gestão descentralizada (CARVALHO, 2009).

O tabagismo, de acordo com Rosemberg (2002), pode ser definido como uma doença epidêmica, resultante da dependência de nicotina, sendo classificado internacionalmente no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas. De acordo com as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), há, no mundo, aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes, que corresponde a pelo menos um terço da população mundial adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O total de mortes no mundo decorrente da toxicidade do tabaco é de cerca de 5 milhões ao ano, e, caso nada seja feito para

controlar essa epidemia, esse número deverá chegar a 10 milhões de mortes por ano em 2030.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), iniciado desde 1989, sob a coordenação e organização do Instituto Nacional de Câncer, objetiva reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a conseqüente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Para isso, utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação do hábito de fumar e regulação dos produtos de tabaco por meio de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2003a).

Nesse sentido, o PNCT passou a implementar ações com a finalidade de promover a cessação do tabagismo no país e de aumentar o acesso da população brasileira fumante aos métodos eficazes para a cessação do tabagismo. São exemplos dessas ações: a sensibilização e formação de profissionais de saúde para tratamento do tabagismo; a inserção do tratamento do tabagismo na rotina de assistência à saúde e a organização da rede de saúde para atender à demanda de fumantes que querem parar de fumar e também de profissionais de saúde interessados em tratar o tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde - SUS (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006).

Diante deste contexto, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, os países Membros das Nações Unidas propuseram a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública na história da humanidade. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que propõe a adoção de um conjunto de medidas para deter a expansão global do consumo de tabaco e de suas conseqüências deletérias. O Brasil foi o segundo país a assinar essa Convenção, por meio do Decreto de 1º de agosto 2003, que criou a Comissão Nacional para a Implementação da CQCT e de seus Protocolos. No que tange à situação do Brasil em relação às proposições da Convenção-Quadro, o país desempenha papel de destaque no processo de elaboração e negociação destes tratados, pois cumpriu, quase em sua totalidade, as exigências estabelecidas, e, hoje, observa-se uma redução no consumo nacional de tabaco graças à eficácia do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (BRASIL, 2004a).

Nessa direção, ocorreu a ampliação do acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo na rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, por meio do Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas à Dependência à Nicotina, ambas com o objetivo de definir a abordagem e o tratamento do tabagismo, os materiais de apoio e os medicamentos utilizados no apoio ao fumante (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2009).

A partir de 2005, o controle do tabagismo teve destaque na agenda do Ministério da Saúde, quando foi considerada uma política prioritária em quatro documentos de formulação da política de saúde: “Política Nacional de Oncologia”, “Política Nacional de Promoção da Saúde” da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), “Pacto pela Saúde” e, o “Mais Saúde”. Cabe ressaltar as ações contempladas no Plano Plurianual da Saúde do período de 2008 a 2011, no eixo de implementação da política da promoção da saúde, na Ação de Prevenção e Controle do Tabagismo (Ação 8.706), desenvolvida em parceria com a SVS e com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Instituto Nacional de Combate ao Câncer - INCA, e na Sub-ação de Implantação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco no Brasil (CARVALHO, 2009).

No município de Vitória, a implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PMCT) ocorreu em 1998. No entanto, somente em 2001 foi iniciado o tratamento do tabagista nas unidades básicas de saúde (VITÓRIA, 2009a). Nessa perspectiva, pretende-se analisar como ocorre o processo de implementação do tratamento do tabagismo no SUS no município de Vitória, denominada aqui política de atenção ao tabagista¹, no intuito de refletir acerca do contexto social e político, bem como as práticas desenvolvidas no âmbito dessa política, e quiçá contribuir para o fortalecimento da gestão pública voltada às políticas de controle do tabagismo.

¹ O termo “política de atenção ao tabagista” utilizado nesta pesquisa refere-se a todas as ações desenvolvidas no âmbito do tratamento do tabagismo no SUS, no Programa Municipal de Controle do Tabagismo de Vitória. Acredita-se que essas ações não se restringem as práticas curativas sobre a doença, mas abrange diferentes dimensões (políticas, sociais, econômicas e culturais) vinculadas as necessidades dos sujeitos e as intervenções por parte do Estado, no intuito de assegurar o direito a saúde à todos os cidadãos.

A implementação que é o foco deste estudo corresponde ao momento no qual as políticas públicas elaboradas são colocadas em ação na prática, como salientam Mazmanian e Sabatier (1980), ao dizerem que implementar é levar adiante uma decisão básica de política que identifica o problema, estabelece os objetivos a serem perseguidos e, de várias formas, “estrutura” o processo. Então, a política formulada transforma-se em programa e, em geral, obedece aos objetivos e diretrizes expressos em uma legislação de caráter geral e/ou em normas regulamentadoras (MARTES et al., 1999). No entanto, ela não se constitui em simples execução de ações previamente desenhadas e/ou previstas, mas no seu desenvolvimento, marcada pela imprevisibilidade e renegociações, já que nenhum texto cobre completamente todas as contingências (LINDBLUM, 1981). Esse fato permite mudanças de rumo na política delineada.

Nesse contexto, ao pensar que as políticas podem ser (re)significadas no cotidiano do processo de trabalho, nas relações lá estabelecidas, nos conflitos de interesse e de poder, pensou-se em analisar os processos micropolíticos que considerem não apenas os determinantes macro, como os designa Merhy (2002), mas os processos de mudanças e novos arranjos constituídos nos espaços das unidades de saúde, nas relações estabelecidas entre os sujeitos que participam da implementação dessa política, delineando um novo sentido no modo de fazer saúde e novas práticas de atenção aos tabagistas.

Diante do exposto, sabe-se que o consumo de tabaco e seus derivados constitui um grave problema de saúde pública e que os programas de controle de tabagismo desempenham funções essenciais no apoio à cessação do hábito fumar e, conseqüentemente, na promoção da saúde; sabendo-se, ainda, que a implementação do política de atenção ao tabagista no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na atenção primária, constitui um desafio, no âmbito municipal, para os profissionais e para a coordenação dessa política, urge analisar como se constitui a implementação da política de atenção ao tabagismo no município de Vitória.

O interesse por essa temática está vinculado às vivências contidas ao longo de minha trajetória no curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Durante esse período, procurei conhecer e participar da vida

acadêmica da universidade, além do espaço da sala de aula. Tive a oportunidade de participar do Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas (NEAD) (PORTUGAL et al.2009), que a partir de 2012 denominou-se Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD) (SIQUEIRA et al., 2011; SIQUEIRA, et al., 2012), de adquirir conhecimentos acerca da saúde mental, em especial as substâncias psicoativas, assim como de vivenciar a prática da pesquisa mais de perto e de aprofundar os meus conhecimentos técnico-científicos nessa área. Além disso, tive a oportunidade de participar da organização de vários eventos científicos que tinham como finalidade suscitar reflexões sobre o impacto do álcool e de outras drogas na saúde da população, bem como de participar e apresentar trabalhos em eventos científicos regionais, nacionais e internacionais relacionados à área de dependência química. Durante o período de monitoria, procurei analisar alguns trabalhos produzidos na área e tive a possibilidade de publicar artigos realizados no âmbito do Núcleo.

Após o término do curso de graduação, ingressei na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), como enfermeira, em uma Unidade de Saúde, e, mesmo inserida num local de trabalho fora da universidade, continuei como pesquisadora do CEPAD (aperfeiçoamento em pesquisa), no intuito de continuar os meus estudos e reflexões, bem como de participar das discussões na área. No meu local de trabalho, numa Unidade de Saúde na Prefeitura Municipal de Vitória, busco articular o conhecimento desenvolvido no Centro de Estudos e Pesquisas à minha prática como profissional de saúde.

Nesse sentido, desde os primeiros meses de atuação na referida Unidade, desenvolvi ações no programa de atenção ao tabagista² da Unidade de Saúde e nos trabalhos de saúde mental realizados no território. No desenrolar desse processo, surgiram alguns questionamentos acerca do trabalho desenvolvido, principalmente no que concerne à política de atenção ao tabagista. Apontamos, então, algumas questões que direcionaram a investigação na tentativa de compreender esse processo:

² O termo “programa de atenção ao tabagista” utilizado nesta pesquisa refere-se as ações voltadas à atenção ao tabagista ofertada em cada unidade de saúde do município de Vitória.

- Como vem sendo desenvolvida/implementada a política de atenção ao tabagista do município de Vitória?
- O trabalho desenvolvido e os serviços são condizentes com o que está descrito na política municipal e na política preconizada pelo Ministério da Saúde/INCA?
- Quais as potencialidades, os entraves e desafios encontrados na implementação dessa política?
- Como os profissionais que colocam em prática essa política vislumbram esse processo? E, ainda, como aqueles que são alvo dessa política, os usuários participantes desse programa, observam esse processo?

Compreender como a política vem sendo desenvolvida permite identificar os fatores que influíram na sua implementação, bem como as mudanças que ocorreram durante o processo. Possibilita, ainda, apontar possibilidades, dificuldades e desafios, além de propor mudanças e redirecionar as ações. Nesse percurso, é importante ouvir os sujeitos que desenvolvem as ações e aqueles que as recebem, a fim de tornar a política em discussão mais específica à realidade na qual ela está sendo exercida, visando contribuir para uma nova prática em saúde.

Nesse sentido, este estudo busca compreender o processo de implementação da política de atenção tabagista no âmbito das políticas públicas, como um processo de integração entre os diversos atores que as desenvolvem, por meio da análise de implementação dessa política no SUS, no município de Vitória, no intuito de contribuir para a sua (re)elaboração e efetivação.

Assim, como tentativa de refletir sobre as questões elencadas anteriormente, foi delineado o objetivo geral da pesquisa:

- analisar a implementação da política de atenção ao tabagista, sob a ótica da coordenação, dos profissionais e dos usuários do programa de atenção ao tabagista no município de Vitória-ES.

São objetivos específicos:

- conhecer a política de atenção ao tabagista e sua implantação no município de Vitória;
- investigar como as ações relacionadas ao tratamento no programa de atenção ao tabagista se desenvolvem nas Unidades de Saúde de Vitória;
- identificar a opinião da coordenação, dos profissionais e dos usuários acerca da política de atenção ao tabagista efetivada no Programa Municipal de Controle do Tabagismo de Vitória.

Para tanto, busca-se um diálogo com a Análise de Discurso Crítica, relacional e dialética, o momento discursivo na prática social, ao mesmo tempo que se utilizou do método do Ciclo de Políticas para compreender a implementação da política de atenção ao tabagista, pois acredita-se, aqui, que conhecer as nuances desse processo pode oferecer contribuições significativas para a atenção ao tabagista, à prática profissional, à política e para a área de conhecimento do tabagismo. Discute-se, ainda, o objeto das práticas de saúde, em especial, a atenção dirigida ao tabagista, dando ênfase à saúde coletiva e o trabalho centralizado no “trabalho vivo”, criativo e inovador, capaz de romper com práticas hegemônicas e constituir novos significados no fazer em saúde.

O texto está organizado em nove capítulos, o primeiro das quais são estas palavras introdutórias. No *segundo capítulo*, aborda-se o tabagismo como um problema de saúde pública, buscando compreender a história e a epidemiologia do tabaco, a dependência da nicotina e as doenças tabaco relacionadas, o tratamento e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, bem como a Política Nacional de Controle do Tabagismo.

No *terceiro capítulo*, discutem-se os conceitos de política e de política pública, analisam-se as políticas públicas, a implementação de uma política pública e o tabagismo como política pública.

No *quarto capítulo*, busca-se a articular o SUS com a atenção ao tabagista e a saúde coletiva. Para tal, relaciona-se a política de atenção tabagista no SUS, o pensar e o agir na atenção ao tabagista sob a luz da saúde coletiva e o fazer nos espaços das relações que se estabelecem na implementação da política.

A perspectiva teórico-metodológica da Análise de Discurso Crítica (ADC) é apresentada *no quinto capítulo*, discutindo-se pressupostos teóricos e analíticos, a teoria social do discurso, a ADC como método analítico e o discurso como modo de agir, representar e ser.

No *sexto capítulo*, é descrito o caminho metodológico percorrido para a realização da pesquisa, a abordagem qualitativa via ADC, o cenário do estudo, os momentos da pesquisa, a organização dos dados e sua análise.

Propõe-se no *sétimo capítulo*, um olhar sob o município de vitória, discutindo a saúde no município, o programa de controle do tabagismo e o perfil dos atores sociais que participaram da pesquisa e do programa de atenção ao tabagista.

No *oitavo capítulo*, são apresentados os discursos da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários, acerca do processo de implementação da política de atenção ao tabagista no município. Ao final, tecem-se algumas *considerações* sobre o trabalho desenvolvido e, por último, dispõem-se as *referências* utilizadas ao longo do trabalho.

2 TABAGISMO – UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo, pretende-se descrever a história do consumo do tabaco, bem como a sua epidemiologia, no intuito de vislumbrar as transformações históricas e sociais que marcaram esse campo de estudo.

2.1 HISTÓRIA DO CONSUMO DO TABACO

Na Antiguidade, o tabaco era utilizado pelos indígenas em práticas religiosas, cerimônias de purificação, nas quais associavam o seu consumo a algo sagrado (CARVALHO, 2000). Com o passar dos séculos, o uso do tabaco foi disseminado pelas Américas, pois acreditava-se que essa substância possuía propriedades medicinais capazes de curar diversas doenças. O consumo também foi fomentado pelo aumento de produção de cigarros pelas indústrias fumageiras, pelas intensas propagandas e *marketing*, o que tornou o consumo de tabaco um objeto de inserção social, um comportamento de *status* de beleza e liberdade (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1998). Assim, ao longo das décadas, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar e o cigarro objeto de desejo de milhões de pessoas.

Não se sabe ao certo de onde se originou seu consumo; porém, a hipótese mais difundida e aceita é que ele teria se iniciado nas Américas, por meio de evidências de Cristóvão Colombo, que testemunhou o hábito de fumar as folhas de tabaco entre índios da América do Norte no ano de 1492. Dessa forma, o hábito do consumo dos derivados do tabaco foi adquirido pelos colonizadores e gradativamente introduzido

nos outros continentes pelas embarcações que navegavam para outras nações por todo o mundo, espalhando o consumo do tabaco de todas as maneiras, e, progressivamente, ganhando mais adeptos (CARVALHO, 2000).

No Brasil, a *nicotiana tabacum*, mola-mestra da universalização do tabaco, de acordo com Carvalho (2000), chegou por meio da migração das tribos tupi-guaranis. Os indígenas colhiam a planta, secavam-na, enrolavam-na em canudos de folhas, punham fogo em uma das extremidades e, pela outra, sorviam-lhe a fumaça, de acordo com relatos do Bispo Dom Bartolomeu de Las Casas, ao realizar uma viagem à América, logo após o descobrimento do Brasil. Após esse ritual, os indígenas afirmavam que, quando sentiam falta de alimentos, o tabaco matava-lhes a fome e a sede, permanecendo eles às vezes quatro a cinco dias sem se alimentar. Além disso, sua utilização era atribuída ao alívio da dispneia de asmáticos, na redução da dor nos dentes, para auxílio na digestão e como fonte de alento e vigor (SILVA, 2006).

A comercialização de suas folhas ocorreu sob a forma de cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, até que, no final do século, iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro (COSTA E SILVA, 1990). Em linhas gerais, a nicotina transportada pelo tabaco envolucrado no cigarro, generalizou-se pelo mundo, por meio de inusitada transculturação, por meio de poemas e músicas, peças de teatro, propagandas e, principalmente, pelo hábito cultural de povos e civilizações (ROSEMBERG, 2002).

Na segunda metade do século XX, com os avanços tecnológicos, epidemiológicos e de saúde, observou-se que o uso dos produtos derivados do tabaco era prejudicial à saúde, assim como são de conhecimento público os efeitos danosos que o tabagismo causa em seus usuários e nas pessoas com as quais convivem - fumantes passivos. Esses conhecimentos científicos e as tecnologias deles advindas geraram intervenções médico-sanitárias mais efetivas dirigidas à saúde da população. Com isso, foi possível identificar a existência de um longo espaço de tempo – cerca de três a quatro décadas – entre o início do consumo do tabaco e seus efeitos mais graves na saúde da população a ele exposta (BRASIL, 2009a).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO TABACO

O tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997). Essa dependência faz com que os fumantes se exponham continuamente a cerca de 4.720 substâncias tóxicas e com que o tabagismo seja fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ROSEMBERG, 2002).

O tabagismo também é a principal causa de morte evitável no mundo (5 milhões de mortes por ano), quando comparado a outras doenças e/ou problemas que levam à morte, por exemplo, as doenças ocupacionais e acidentes de trabalho (que, juntos, matam 2,2 milhões de pessoas/ano), a tuberculose (2 milhões de mortes/ano), os acidentes de trânsito (1,2 milhões mortes/ano), a malária (1 milhão de mortes/ano) e a obesidade mórbida (300 mil mortes/ano) (RESEARCH FOR INTERNATIONAL TOBACCO CONTROL, 2003; ROSEMBERG, 2003; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2004; FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE FOR TOBACCO CONTROL, 2005; NACIONAL CANCER INSTITUTE, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005).

Consome-se, anualmente, no mundo, a fabulosa quantidade de 73 mil toneladas de nicotina, contida em 7 trilhões e 300 bilhões de cigarros fumados (ROSEMBERG, 2008). De acordo com as estimativas da OMS, há, no mundo, aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes, o que corresponde a pelo menos um terço da população mundial adulta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O tabaco é considerado um fator de risco para as seis das oito principais causas de mortes no mundo, matando uma pessoa a cada seis segundos. De acordo com o

Relatório da OMS sobre a epidemia de tabagismo global, durante o século XX o tabagismo matou 100 milhões de pessoas e durante o século XXI poderá matar um bilhão de pessoas no mundo inteiro. O relatório mostra, ainda, que dois terços da população mundial de fumantes habitam em dez países e o Brasil figura entre esses países, ocupando a sétima colocação. Por essa razão, agir de forma a reverter a epidemia deve ser a prioridade para a saúde pública e dos líderes políticos de cada país do planeta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, aproximadamente, 200 mil mortes por ano ocorrem em consequência do tabagismo (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). De acordo com o II Levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, 10,1% da população brasileira de 12 a 65 anos é dependente de tabaco (CARLINI; GALDURÓZ, 2007). De 1996 a 2005, houve mais de 1 milhão de hospitalizações relacionadas ao tabagismo no SUS, com custos em torno de meio bilhão de dólares (BANCO MUNDIAL, 2007). O quadro da prevalência do tabagismo na população brasileira foi bem evidenciado por Monteiro et al. (2007). Os autores observaram, no período entre 1989 e 2003, uma queda total da ordem de 35%, ou seja, uma redução média de 2,5% ao ano, mais acentuada na população masculina. Porém, os dados do inquérito de 2008 indicam que houve inversão dessa tendência a partir de 2003, período em que o declínio de prevalência do tabagismo se tornou mais intenso entre as mulheres (28,8%) do que entre os homens (20%).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas - CEBRID em 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de tabaco foi de 9,0% e 10,1% respectivamente. Na região sudeste, a estimativa de dependência de tabaco foi de 8,4% e 10,4%, em 2001 e 2005, respectivamente (BRASIL, 2009a).

Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), Ministério da Saúde e instituições internacionais, conduziram o inquérito sobre tabagismo em maiores de 15 anos de idade, no qual foi evidenciada a prevalência de uso do tabaco fumado, em 17,2% da população brasileira, equivalente a 24,6 milhões de pessoas. No Sul, tem-se o maior percentual (19%) e, nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, foram observados os

menores percentuais (16,6 e 16,7%, respectivamente). O Estado do Espírito Santo, nessa pesquisa, representado por uma amostra de 7.231 pessoas, apresentou uma prevalência de 17,8% de fumantes, sendo a maior do Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

No Brasil, a pesquisa por amostra de domicílio realizada em 2009, do total de 143 milhões de pessoas de 15 anos ou mais de idade, estimado em 2008, 24,6 milhões (17,2%) fumavam qualquer produto derivado do tabaco. Entre os homens, esse percentual foi de 21,6% (contingente de 14,8 milhões) e, entre as mulheres, de 13,1% (9,8 milhões). Na região Sudeste, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas das prevalências de uso, na vida, de tabaco de 43,6% (2001) para 47,6%(2005). Nesta pesquisa, o Estado do Espírito Santo apresentou a prevalência de 17,8% de fumantes, sendo a maior do Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). De acordo com a pesquisa realizada em 2010 pela Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em adultos maiores de 18 anos, o percentual de adultos fumantes, em Vitória, foi de 12,7%, sendo maior no sexo masculino (16 %) do que no sexo feminino (10%). E o percentual de adultos (\geq 18 anos) que fumam 20 ou mais cigarros por dia foi de 3,6 % (BRASIL, 2010).

De acordo com o Relatório de Drogas (BRASIL, 2009a), o uso na vida de tabaco foi de 44%, sendo a média por idade, para o primeiro uso de 12,8 anos. Essa evidência sugere que sejam tomadas medidas de intervenção, com vistas a interromper este uso, uma vez que 90% dos fumantes iniciam o uso do tabaco até os 19 anos e 50% dos que experimentam um cigarro tornam-se fumantes na vida adulta (CINCIPRINI et al., 1997).

A exposição à poluição tabagística ambiental é outro fator importante nesse contexto, pois, além dos efeitos deletérios para os fumantes, os danos do tabaco podem atingir também os não fumantes expostos à fumaça, os denominados fumantes passivos, uma vez que as substâncias tóxicas ficam presentes no ar e se difundem pelos ambientes (ROSEMBERG, 1987). A poluição tabagística ambiental é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1998). A fumaça que sai livremente da ponta do cigarro acesa e que se espalha pelo ambiente contém, em média, três vezes

mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça que o fumante inala (ROSEMBERG, 1987). Um estudo pioneiro, realizado no Brasil em 2008, relaciona o risco atribuível do tabagismo passivo ao aumento da mortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Em suas conclusões, estima-se que 25 das mil mortes ocorridas por ano em áreas urbanas são devidas ao tabagismo passivo (FIGUEREDO, 2008).

Segundo dados do VIGITEL (BRASIL, 2010), no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras, a frequência de fumantes passivos no domicílio foi de 11,7%, sendo maior entre as mulheres (13,3%). Já a frequência de fumantes passivos no local de trabalho foi de 11,4%, sendo mais do que o dobro entre homens (16,7%) do que entre mulheres (6,9%). Esses dados demonstram a importância dessa problemática, uma vez que os prejuízos causados não se limitam aos efeitos em curto prazo, por exemplo, cefaleia, irritação nasal e ocular, vertigem, tosse e problemas respiratórios, mas há doenças que se manifestam pela exposição contínua e se relacionam ao risco de câncer de pulmão, problemas cardiovasculares e outras doenças tabaco-relacionadas (CAVALCANTE, 2005). Dessa forma, os não fumantes frequentemente expostos à fumaça dos cigarros têm probabilidade de 20% a 30% de desenvolverem doença cardiovascular e 30% de desenvolverem câncer de pulmão, se comparados às pessoas não expostas à fumaça dos cigarros (SEIBEL; TOSCANO, 2004).

Outros fatores que podem influenciar o tabagismo, segundo a literatura, são a escolaridade e a renda. Alguns estudos mostram que o tabagismo está mais concentrado entre os grupos populacionais com menor escolaridade e que podem também ser os mais pobres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007; IGLESIAS, 2008). Constata-se que a prevalência do tabagismo é de 1,5 a 2 vezes maior entre aqueles que possuem pouca ou nenhuma educação, em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade (IGLESIAS, 2008). Dados do VIGITEL, em 2010, também indicam que a frequência de fumantes é maior entre os que têm menor escolaridade (18,6%) do que entre os que têm maior nível de escolaridade (10,2%).

Contudo, mesmo diante de inúmeros estudos e evidências científicas do tabagismo como fator de risco para várias doenças para os fumantes e não fumantes e das

problemáticas geradas pelo seu consumo, o tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública, comprometendo a saúde física e mental da população, a economia do país e a qualidade do meio ambiente.

2.3 DEPENDÊNCIA DA NICOTINA E AS DOENÇAS TABACO-RELACIONADAS

O consumo do tabaco tem como principal componente psicoativo a nicotina, substância encontrada no tabaco, responsável pela tabaco-dependência. É ela responsável pelo maior percentual de dependência, dentre todas as demais substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995), em decorrência de seu alto poder de modificar a biologia e fisiologia do cérebro. Nesse complexo processo, estão envolvidas, além da farmacologia, a personalidade, as condições sociais do usuário, bem como outros fatores adquiridos e condicionantes ambientais (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004). O comportamento da dependência deve-se à sensação de prazer, ao alívio de ansiedade, à procura compulsiva por nova dose e ao aparecimento da síndrome de abstinência após a interrupção (HAGGSTRAM, CHATKIN, 2001, VIEGAS, 2007).

Cabe acrescentar que a nicotina possui como características neurobiológicas o fato de ser uma droga psicoestimulante. O processo farmacológico da nicotino-dependência é semelhante ao da cocaína e ao da heroína. Essas drogas, como a nicotina e os opiáceos em geral, liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina ao se ligarem a receptores colinérgicos amplamente distribuídos no sistema nervoso central. Aliás, as drogas psicoativas, em especial a nicotina, agem sobre centros mesolímbicos, dopaminérgicos colinérgicos e *nucleus acumbens*, provocando o aumento e a liberação de dopamina e outros hormônios psicoativos,

levando à dependência pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas que produzem. Outros estimulantes podem agir da mesma forma, e o mecanismo é fundamental para a criação da dependência (ROSEMBERG, 2008; MICO et al., 2000).

Embutida no invólucro do tabaco, a nicotina é a mola propulsora de uma das maiores pandemias que assolam a humanidade, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco, o que corresponde, aproximadamente, a uma morte a cada segundo (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O tabaco é considerado um fator de risco para seis das oito principais causas de mortalidade no mundo e a maior causa isolada de morte passível de prevenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Sabe-se que o tabaco possui, em sua composição, mais de 60 substâncias cancerígenas. Conforme os registros na literatura especializada, as doenças e distúrbios provocados pelo tabagismo, nos dois sexos, ascendem a cerca de 60 tipos. Os problemas desencadeados pelo fumar são diversos, fazendo com que seja fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo (ROSEMBERG, 2008).

O uso regular do tabaco provoca diretamente 25 doenças. As maiores incidências de doenças causadas pelo fumo estão nos sistemas cardiovascular (43%), respiratório (20%) e nos cânceres em geral (6%). Os cânceres mais comuns são o de laringe, faringe, esôfago, estômago, traqueia, brônquios, uretra, bexiga, fígado, mama e próstata (MARQUES et al., 2001; ACHUTTI, A.C.; ROSITO; ACHUTTI, V.A.R., 2006; VIEGAS, 2007; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O tabaco fumado em qualquer uma de suas formas é responsável por mais de 80% de todos os cânceres de pulmão, 40% a 70 % dos cânceres de bexiga urinária, 30% das mortes por câncer cervical e câncer de pâncreas, além de câncer no trato digestivo alto e em outras localizações. O tabagismo aumenta os riscos de morte por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em torno de 45%; é responsável também por cerca de 20% a 35% das mortes por doenças cardiovasculares. Pesquisas recentes têm revelado uma variedade de outros riscos à saúde,

destacando-se aqueles relacionados à saúde da mulher e da criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Assim, o tabagismo responde por 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cérebro-vascular e 30% das mortes por câncer. Somado a isso, desencadeia e agrava condições como a hipertensão e o diabetes, além de aumentar o risco de as pessoas desenvolverem a tuberculose e morrerem dessa doença. Dessa forma, comportando-se o tabagismo como uma doença crônica, a abordagem ao fumante e o seu tratamento devem ser valorizados e devem ser integrados nas rotinas de atendimento de Unidades de Saúde do SUS da mesma forma como é feito para as outras doenças (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007).

2.4 O TRATAMENTO DO TABAGISMO

O tabagismo deixou de ser um comportamento socialmente aceitável e difundido por todos os países, e passou a ser considerado uma doença, resultante da dependência de nicotina, necessitando de novas estratégias de abordagem para seu enfrentamento.

No entanto, durante muito tempo, os profissionais da área de saúde tinham dificuldade em estabelecer qual seria o melhor tratamento para um paciente fumante. Cada um orientava seu trabalho a partir de crenças pessoais que se baseavam em suas próprias observações, exercendo uma prática clínica empírica sem testagem rigorosa de seus pressupostos e resultados. Tampouco era possível estabelecer controle de qualidade dos serviços, por falta de comprovação científica de sua prática. Contudo, com o avanço da ciência clínica, essa situação foi alterada,

permitindo uma prática clínica cada vez mais baseada em informações fundamentadas em evidências (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

Segundo Laranjeira e Gigliotti (2000), em geral, existem dois métodos para a cessação do fumar. O primeiro seria o indireto, envolvendo métodos que influenciam o fumante a deixar de fumar, sem que haja um contato direto com ele. A ênfase está numa abordagem coletiva, para a comunidade, direcionada para saúde pública (campanhas educativas antitabagística, medidas legislativas e econômicas). Essas intervenções são menos custosas, conseguindo atingir um maior número de fumante, porém apresentam uma menor taxa de abstinência. Já o segundo, o método direto, envolve a realização de psicoterapia, aconselhamento por profissional de saúde e a utilização de medicamentos farmacológicos. São intervenções mais custosas e atingem um menor número de fumantes, pois se moldam em tratamento clínico; porém, atingem uma maior taxa de abstinência, proporcionando redução de prevalência de fumantes, quando comparada ao método indireto.

O tratamento do tabagismo requer uma abordagem integrada com diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta dessa complexidade, pois lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva de integralidade que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005). Em relação ao método direto, o manejo da dependência da nicotina envolve a associação do tratamento farmacológico com o não-farmacológico (BALTIERI, 2006).

Entre os tratamentos não farmacológicos, o aconselhamento por um profissional de saúde, o aconselhamento telefônico, os materiais de ajuda mútua, a terapia comportamental têm demonstrado resultados significantes no tratamento do tabagismo, como apontam Presman, Carneiro e Gigliotti (2005) em estudo de metanálises e revisões sistemáticas.

Nessa perspectiva, a abordagem cognitivo-comportamental é empregada em diversos tipos de tratamentos das dependências químicas, pois é uma técnica que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Esse tipo de abordagem busca auxiliar o indivíduo na identificação das situações de

risco que possam levar à recaída, desenvolver estratégias para enfrentamento, tais como o estímulo ao autocontrole e ao automanejo para que o indivíduo possa aprender a lidar com as armadilhas do ciclo da dependência, e, ao mesmo tempo, tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento. Desse modo, essa abordagem envolve a combinação de intervenções cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION , 1996; FIORE et al., 2000).

Entre os métodos comportamentais, a terapia comportamental breve ou intervenção breve, que pode ser realizada de forma individual ou em grupo, é considerada um método de primeira linha para abordagem ao fumante. Ela envolve dois métodos: a abordagem mínima e abordagem intensiva. A primeira é um aconselhamento breve de até dez minutos, que busca mudar o comportamento dos indivíduos, por meio de treinamento de intervenções cognitivas, para que possam tornar-se agentes de sua própria mudança. Já a abordagem intensiva é aconselhamento mais longo e consiste em dedicar um tempo maior, cerca de noventa minutos, para o aconselhamento, podendo ser feita individual ou em grupo. É um tipo de abordagem mais específica, que visa preparar o tabagista para enfrentar situações de risco; desenvolver habilidades de enfrentamento para resistir à vontade de fumar; prevenir a recaída e lidar com situações de tensão. Os estudos mostram que, independentemente da duração da abordagem, há um aumento da taxa de abstinência. Porém, quanto maior o tempo total da abordagem (frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato), maior a taxa de abstinência. Por outro lado, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não ocorre aumento adicional da taxa de abstinência (FIORE et al., 2000; BRASIL, 2001).

Os crescentes estudos acerca da dependência da nicotina e seus efeitos neurobiológicos têm levado ao desenvolvimento de inúmeros fármacos para o tratamento dessa doença. A terapia farmacológica age como coadjuvante da terapia cognitivo-comportamental e tem papel bem definido na cessação de fumar, que é o de aliviar a ausência da substância no organismo e minimizar os sintomas da síndrome da abstinência da nicotina, propiciando maior adesão à abordagem cognitivo-comportamental, sendo esta última a base do sucesso no tratamento ao tabagista (BRASIL, 2001; OTERO, 2006).

Os estudos realizados sobre a eficácia da terapia farmacológica na cessação do tabagismo, classificam-na em terapia de reposição nicotínica e terapia não nicotínica. Os medicamentos nicotínicos apresentam-se em forma de adesivo, goma de mascar, aerosol e inalador. Já os medicamentos não nicotínicos correspondem ao cloridrato de bupropiona e à nortriptilina (antidepressivos); à clonidina (anti-hipertensivo) e à vareniclina (que atua diretamente nos receptores de nicotina) (VIEGAS; REICHERT, 2004; FOCCHI; BRAUN, 2005; OTERO, 2006).

Contudo, o apoio medicamentoso não deve ser administrado isoladamente da abordagem comportamental, mas de forma complementar, pois esta última tem a finalidade de ajudar o tabagista a lidar com a dependência psicológica e a dissociar as situações comportamentais e de condicionamento relacionadas ao hábito de fumar. Além disso, a combinação de abordagem comportamental e medicamentosa aumenta a taxa de abstinência, quando comparada com a abordagem comportamental, ou a medicamentosa realizada isoladamente (FIORE et al., 2000; OTERO, 2006).

2.5 O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL

Em meados da década de setenta, a epidemia de tabagismo avançou consideravelmente no Brasil, provocada pela ação das indústrias de tabaco que ocasionaram aumento do consumo dos seus produtos e, das doenças tabaco-relacionadas (JAQUES, 2010; COSTA E SILVA; ROMERO, 2011; JAQUES; TEIXEIRA, 2011). A consolidação do tabagismo, para as agências internacionais, como problema de saúde pública e o aumento das discussões acerca dos malefícios, oriundos do tabagismo, fizeram com que se ampliassem as iniciativas propondo a regulamentação da sua comercialização e consumo no país e a

formação de grupo antitabagista compostos por organizações médicas e associações civis no Brasil (JAQUES; TEIXEIRA, 2011).

A luta antitabágica fez com os projetos de lei ganhassem pauta no Congresso Nacional, a partir de 1960, mostrando a preocupação dos riscos associados aos malefícios do tabaco para a sociedade. Em 1979, foi elaborado o primeiro Programa Nacional Contra o Fumo por associações médicas, centros universitários, secretarias de saúde e outras reunidas pela Sociedade Brasileira de Cancerologia (JAQUES; TEIXEIRA, 2011; COSTA E SILVA; ROMERO, 2011). Assim, os debates e as mobilizações da sociedade civil cresceram e foram de fundamental importância para ampliação das ações de controle do tabaco no país.

No Brasil, as ações de controle do tabagismo, com atuação governamental, tornaram-se mais sistematizadas a partir de 1985, com a Portaria Nº. 655/GM, que nomeou um Grupo Assessor do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações para controle do tabagismo no Brasil, sob a coordenação das divisões nacionais de Pneumologia Sanitária e de Doenças Crônico-Degenerativas. O Programa Nacional de Combate ao Fumo teve os seguintes objetivos iniciais: implantar o Programa nas unidades federadas; dimensionar a epidemia tabágica; reduzir a prevalência de fumantes e conseguir legislação de controle (MIRRA; ROSEMBERG, 2000).

A partir de 1989, o Ministério da Saúde assumiu, por meio do Instituto Nacional de Câncer, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Esse programa é desenvolvido em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde. De forma geral, objetiva reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade consequente ao consumo de derivados do tabaco no Brasil. Especificamente, visa reduzir a iniciação do tabagismo, principalmente entre jovens, aumentar a cessação do fumar entre os que se tornaram dependentes e proteger todos dos riscos do tabagismo passivo (BRASIL, 2003a; CAVALCANTE, 2005).

As diretrizes do PNCT guiam suas estratégias de forma a atuar sobre determinantes sociais e econômicos que favorecem a expansão do consumo de tabaco e a envolver a criação de um contexto social e político favorável à redução do consumo

de tabaco. São elas, a saber: 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 do tabagismo; redução do acesso aos produtos derivados do tabaco; proteção contra os riscos do tabagismo passivo; redução das barreiras sociais que dificultam parar de fumar; aumento do acesso físico e econômico ao tratamento para cessação do tabagismo; controle e monitoramento dos produtos de tabaco comercializados no país, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de *marketing* e promoção desses produtos; monitoramento e vigilância das tendências de consumo e dos seus efeitos sobre a saúde, a economia e o meio ambiente (CAVALCANTE, 2005).

As ações educativas envolvem dois níveis básicos de atuação: as ações pontuais e as ações contínuas. As primeiras referem-se às comemorações de datas alusivas ao tema (31 de maio - Dia Mundial Sem Tabaco; 29 de agosto - Dia Nacional de Combate ao Fumo e 27 de novembro - Dia Nacional de Combate ao Câncer), participação em eventos como congressos, seminários, feiras de saúde, além de disseminação de informações pela mídia, a fim de sensibilizar a população sobre os malefícios do tabagismo. Já as ações contínuas ocorrem por meio da implantação de programas estruturados nas escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, visando à prevenção da iniciação no tabagismo, criação de ambientes livres da poluição tabagística ambiental e sensibilização de profissionais de saúde para que aconselhem seus usuários fumantes a pararem de fumar e os apoiem nesse processo, buscando manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da exposição de não fumantes à poluição tabagística ambiental (BRASIL, 2006a; BRASIL 2009b).

Para alcançar os objetivos e ações delineadas, o PNCT tem articulado três estratégias operacionais essenciais: a *descentralização*, a *intersetorialidade* e a *construção de parceria com a sociedade civil*. A *descentralização* das ações ocorre por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), visando ao fortalecimento de uma base geopolítica, por meio da qual é articulada uma rede nacional para gerenciamento, formada por uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais, para a expansão das ações do PNCT, de forma equitativa e racional em

todo o País. Atualmente, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as secretarias de saúde possuem uma Coordenação do PNCT que, por sua vez, vem descentralizando as ações para os municípios. A *Intersetorialidade das ações*, feitas pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro, tornou possível a discussão de questões relacionadas ao tabaco com outros setores governamentais, permitindo ação conjunta e integrada. Já a *construção de parceria com a sociedade civil organizada* têm sido fundamental para a potencialização da sua abrangência nacional e, principalmente, para o fortalecimento de um controle social que possa apoiar o Programa nas dificuldades referentes às ações de contraposição à indústria do tabaco (CAVALCANTE, 2005).

A partir de 1999, o Ministério da Saúde ofereceu, pela primeira vez, aos Estados a oportunidade de estabelecerem convênios entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), com o INCA atuando como intermediário, com vistas a estruturar e desenvolver ações contínuas para o controle do tabagismo. Os convênios com as SES propiciaram atividades multissetoriais e favoreceram a reestruturação das equipes e a inclusão do controle do tabagismo na estrutura formal do INCA (COSTA E SILVA, 2006).

As ações do PNCT têm diminuído a aceitação social do uso do tabaco, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseja cessar o tabagismo (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007). No Brasil, pesquisas mostram que a maioria dos fumantes desejam parar de fumar, porém somente 3% têm êxito a cada ano, 85% dos quais conseguem sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem para apoio à cessação do tabagismo possui para reduzir a prevalência de fumantes (CINCIPRINI, 1997). A crescente procura dos serviços de saúde por parte de usuários que querem parar de fumar tem impulsionado o interesse de profissionais de saúde no atendimento a essa demanda. A fim de propor mudanças para modificar essa situação, o Ministério da Saúde, por meio do INCA e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Organizações não governamentais (ONGs), investiu esforços na socialização dos conhecimentos sobre cessação de fumar, para que os profissionais de saúde, nas suas rotinas de atendimento, possam oferecer uma abordagem mais qualificada ao fumante.

A implantação dos Programas de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde em todo país tem sido uma das principais metas do PNCT. Isso implica implementar uma política de restrição ao consumo – Programa Unidades de Saúde Livres do Tabaco – e, simultaneamente, de apoio à cessação do uso do tabaco – Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar. O primeiro passo nessa direção foi dado com a publicação do livro *Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar*, publicado em 1996, visando instrumentalizar os profissionais de saúde com estratégias e material técnico de apoio que permitam aumentar a eficácia da abordagem para interromper o hábito de fumar. A partir de então, foi iniciado o processo de sensibilização de instituições de saúde e de seus profissionais para que compreendam o tabagismo como uma doença crônica, que merece e precisa ser abordada com o mesmo nível de prioridade das outras doenças, ao mesmo tempo, que precisa ser entendida como um processo no qual o fumante precisa ser preparado e acompanhado para cessar o tabagismo (BRASIL, 2001).

Com o crescente interesse nos métodos para cessação do fumar e nas diferentes modalidades terapêuticas, considerando a abordagem cognitivo-comportamental, as terapias medicamentosas e como utilizá-los, os métodos alternativos e a abordagem para grupos especiais de paciente, o INCA realizou, em 2001, o I Encontro de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante para obter uma conformidade acerca das condutas no tratamento do fumante no Brasil. Como fruto dessa reunião, foi estabelecido um Consenso sobre condutas no tratamento do fumante no Brasil, denominado de “Abordagem e tratamento do Fumante”, publicado em 2001. O Consenso estabeleceu a abordagem cognitivo-comportamental como base do tratamento dos fumantes, podendo ser utilizado o apoio medicamentoso em condições específicas. Classificou a abordagem cognitivo-comportamental em abordagem breve/mínima, abordagem básica, abordagem específica/intensiva, abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaídas, abordagem do fumante que não deseja parar de fumar e abordagem do não fumante (BRASIL, 2001).

Para alcançar os objetivos de motivar os fumantes a deixarem de fumar e aumentar o acesso deles aos métodos eficazes para tratamento da dependência da nicotina, o PNCT tem envolvido a articulação de diferentes tipos de ações, como a formação de profissionais de saúde; a inserção do tratamento do tabagismo na rotina de assistência à saúde; a organização da rede de saúde para atender à demanda de

fumantes e também de profissionais de saúde interessados em tratar o tabagismo, além do financiamento de ações voltadas para a abordagem e tratamento do fumante na rede Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de proporcionar uma maior efetividade do programa, tornou-se necessário estabelecer políticas públicas de saúde que viabilizassem não só a infraestrutura de atendimento, como também o financiamento da abordagem cognitivo-comportamental e do apoio medicamentoso pelo SUS (MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006).

O Ministério da Saúde, em 2002, como forma de incluir e financiar a abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, publicou a Portaria Nº. 1.575/02 do MS/GM, que criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante e incluiu a abordagem e tratamento do fumante no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS (BRASIL, 2002a). No entanto, essa Portaria apresentou alguns problemas que acabaram inviabilizando seu objetivo, pois a Abordagem e o Tratamento do Fumante ficaram limitados às unidades de saúde de alta complexidade ou hospitais especializados, tornando muito restrito o acesso do paciente aos serviços de saúde credenciados para tal fim. Essa situação gerou uma pressão intensa de fumantes que desejavam parar de fumar e que precisavam de tratamento para a cessação do tabagismo. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde revogou a Portaria Nº. 1.575/02 do MS/GM e publicou a Portaria Nº. 1.035/04 do MS/GM (BRASIL, 2004b), que ampliou a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e média complexidade e definiu que os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo serão adquiridos pelo Ministério da Saúde (MS) e encaminhados aos municípios com unidades de saúde capacitadas e credenciadas para a abordagem e o tratamento do fumante. Essa portaria foi regulamentada pela Portaria Nº. 442/04 do MS/SAS (BRASIL, 2004c), que aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas a serem utilizadas na abordagem ao fumante.

O Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS estabelece que a atenção ao tabagista pode ocorrer em qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar, integrante do SUS e poderá integrar a rede de atenção ao tabagista. Porém, essa unidade de saúde deve ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para realização da

abordagem e tratamento do fumante. Esse credenciamento é realizado pelo INCA, e o estabelecimento deve preencher os seguintes critérios para receber os materiais de apoio utilizados durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental e os medicamentos do Ministério da Saúde: ser integrante do SUS; ser livre da poluição tabagística ambiental; ter profissionais de saúde de nível universitário, capacitados para abordagem e tratamento do tabagismo segundo metodologia do MS/INCA. Esse modelo de tratamento ofertado aos usuários preconiza a abordagem cognitivo-comportamental do fumante, com intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando à cessação e a prevenção à recaída e, quando houver indicação, o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2004c).

O Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas estabelece que o indivíduo deva passar por uma consulta de avaliação clínica, antes de iniciar as sessões de abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta, é avaliada a motivação do indivíduo em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação ou contraindicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas e sua história clínica. A abordagem intensiva cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, com 10 a 15 participantes, coordenados por um ou dois profissionais. Essas sessões são estruturadas em quatro sessões semanais, duas sessões quinzenais e uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar um ano. Durante as sessões, os indivíduos que tiverem indicação poderão utilizar apoio medicamentoso do adesivo transdérmico de nicotina (21mg, 14mg e 7mg), goma de mascar de nicotina (2mg) ou cloridrato de bupropiona (150mg) (BRASIL, 2004c). Além disso, o material de apoio, que são as cartilhas elaboradas pelo Instituto Nacional de Câncer para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (*Deixando de fumar sem mistérios*), pode ser utilizado durante as sessões de abordagem cognitivo-comportamental e ser fornecido aos usuários para reforçar as informações e estratégias trabalhadas durante o grupo para deixar de fumar e na prevenção à recaída (BRASIL 2004f).

Segundo dados do VIGITEL (BRASIL, 2010), a prevalência de fumantes com idade acima de 18 anos nas capitais brasileiras declinou, entre os anos de 2006 e 2010, de 16,2% para 15,1%, respectivamente. Entre homens, houve diminuição da prevalência de 20,2% para 17,9%, o que não ocorreu entre as mulheres, que se

mantiveram nesse mesmo patamar (12,7%). Assim, a frequência de ex-fumantes, tendeu a ser maior entre os homens (31%) do que nas mulheres (22,2%). Esse levantamento, também, mostrou que a frequência de ex-fumantes foi maior entre os que têm menor escolaridade (26,3%) do que os estratos de maior escolaridade (18,1%).

Apesar das dificuldades de acesso, por parte de muitas pessoas, aos serviços de saúde para o tratamento, os resultados acima mostram, assim como mostram outros estudos (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et. al., 2008; GODOY, 2010), que as medidas adotadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo têm-se mostrado efetivas, fortes e abrangentes. No entanto, são muitos os desafios a serem superados, pois existem poucos serviços públicos no tratamento dos fumantes (CARAM et al., 2009) e são escassos os dados sobre as características desses serviços.

2.6 A POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO

A pandemia do tabagismo no mundo fez com que os mais de 190 países membros da OMS, em 1999, propusessem, durante a 52^a Assembleia Mundial da Saúde, a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública na história da humanidade. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que propõe a adoção de um conjunto de medidas para deter a expansão global do consumo de tabaco e de suas consequências deletérias. O objetivo desse tratado é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do cigarro (BRASIL, 2004b; MEIRELLES, CAVALCANTE, 2006).

Além disso, a CQCT estabelece os princípios e o contexto para a formulação de políticas, o planejamento de intervenções e a mobilização de recursos políticos e financeiros para o controle do tabagismo. Dessa forma, esses países comprometeram-se em cumprir os direitos desses cidadãos à saúde e protegê-los dos malefícios oriundos do tabaco seguindo o plano estabelecido por esse tratado. Para ajudar os países a cumprirem a promessa da CQCT da OMS e transformar esse consenso mundial em uma realidade global, foi elaborado o *MPOWER*, um pacote de políticas baseadas nas medidas da CQCT da OMS, visando ajudar no planejamento, estabelecimento e avaliação de parcerias nacionais e internacionais e, ao mesmo tempo, facilitar o acesso aos recursos financeiros destinados às atividades de controle do tabaco. Para aplicar o pacote de políticas *MPOWER* os países devem:

- **Monitor** - Monitorar o uso de tabaco e políticas de prevenção: obter dados periódicos representativos em nível nacional e baseados na população, sobre os indicadores chaves do consumo de tabaco entre jovens e adultos;
- **Protect** - Proteger a população contra a fumaça do tabaco: promover e fazer cumprir leis sobre ambientes 100% livres de fumo nos estabelecimentos de saúde e educacionais, assim como em todos os lugares públicos fechados, inclusive locais de trabalho, restaurantes e bares;
- **Offer** - Oferecer ajuda para cessação do fumo: fortalecer os sistemas de saúde para que facilitem o aconselhamento sobre cessação, na assistência primária à saúde. Apoiar a criação de linhas telefônicas para ajudar a cessação e outras iniciativas comunitárias, junto com tratamento farmacológico de fácil acesso e baixo custo, quando cabível.
- **Warn** - Advertir sobre os perigos do tabaco: exigir que a embalagem inclua advertências eficazes. Realizar publicidade antitabagismo. Obter a cobertura gratuita das atividades de controle do tabagismo pelos meios de comunicação;
- **Enforce** - Fazer cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio: Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo publicidade, promoção e patrocínio diretos do tabaco. Promulgar e fazer cumprir leis eficazes que proíbam qualquer tipo publicidade, promoção e patrocínio, mesmo que indiretos, do tabaco.
- **Raise** - Aumentar os impostos sobre o tabaco: aumentar a taxa sobre o tabaco e assegurar que os impostos sejam ajustados regularmente, conforme as taxas de inflação, e aumentem mais rapidamente do que o poder aquisitivo dos consumidores. Fortalecer a administração fiscal para reduzir o comércio ilícito de produtos de tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p.10).

O pacote *MPOWER* ajuda os países a colocarem em prática as políticas de controle do tabaco que são propostas no plano de medidas da CQCT e incentiva os formuladores de políticas, junto com a sociedade, inclusive a sociedade civil, os prestadores de serviços de saúde e outros, a conceber um mundo livre do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O Brasil foi o 2º país a assinar essa Convenção, porém foi o centésimo em ratificá-lo, pois seu texto teve que ser apreciado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, um processo lento e burocrático, que durou até 2005 para ser aprovado em plenária e ratificado pelo presidente. Até 2010, a CQCT foi ratificada por 172 países (BRASIL, 2004b; MEIRELLES; CAVALCANTE, 2006; OBSERVATORIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2011a).

Com o intuito de atender à demanda gerada pelas negociações da Convenção-Quadro, o Governo brasileiro criou, por meio do Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999, a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco. À Comissão coube analisar as informações nacionais relacionadas ao tema e subsidiar o posicionamento do governo nas negociações da Convenção-Quadro, entre os anos de 1999 e 2003. Outra importante contribuição foi a possibilidade de novas discussões acerca do controle do tabaco no Brasil em outros setores governamentais, não ficando a discussão restrita ao setor saúde. Um exemplo disso é a integração da comissão por diversos representantes de vários ministérios. Isso gerou novas iniciativas de caráter intersetorial. Tais iniciativas marcaram uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado (BRASIL, 2003a).

Por meio do Decreto de 1º de agosto 2003, foi criada a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ), que passou a ser responsável por articular a implementação da agenda governamental para o cumprimento dos artigos desse tratado. A referida Comissão é presidida pelo Ministro de Estado da Saúde e composta por representantes de 16 ministérios (OBSERVATÓRIO NACIONAL DO CONTROLE DO TABACO, 2011a). A CONICQ vem promovendo a internalização de medidas da CQCT junto às diversas áreas governamentais, já que o controle do tabagismo requer a adoção de ações em diversas frentes, tais como o

combate ao mercado ilegal e a diversificação da cultura do fumo por outros plantios mais saudáveis. No que tange à situação do Brasil em relação às proposições da Convenção-Quadro, o país desempenha papel de destaque no processo de elaboração e negociação desse tratado, tendo sido a Convenção praticamente cumprida quase que na totalidade, e, hoje, o consumo nacional de tabaco vem caindo graças à eficácia do PNCT (BRASIL, 2004b).

A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi uma estratégia primordial para o avanço do controle do tabagismo no Brasil (MEIRELLES, CAVALCANTE, 2006). A implementação nacional desse tratado ganhou o *status* de política de Estado, pelo Decreto nº. 5.658, de 2 de janeiro de 2006, que promulgou a Convenção-Quadro sobre o controle do uso do tabaco em todo território nacional (BRASIL, 2006b). Assim, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, até então articulado pelo Ministério da Saúde junto com outros entes do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco, de caráter intersetorial e norteadada pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT. O desenvolvimento dessa política deve considerar todos os atores envolvidos, direta em indiretamente, nessa política, os quais vão desde os fumicultores e os fumantes, até toda a sociedade civil.

Os principais programas e ações que integram a Política Nacional de Controle do Tabaco são os seguintes: regulação e fiscalização dos derivados de tabaco (dos recintos coletivos, da restrição da propaganda e regulamentação das embalagens); vigilância epidemiológica (realização de inquéritos periódicos e nacionais mais aprofundados sobre tabagismo, para visualizar a situação do tabagismo no Brasil e seu impacto sobre a saúde, oferecendo subsídios para orientar a Política Nacional de Controle do Tabaco); Programa Nacional de Diversificação da Produção em Áreas Cultivadas com Tabaco; inclusão dos princípios da CQCT na Política Nacional sobre Drogas; política de preços e impostos para o setor fumo por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros; combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco. E, por fim, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo que inclui a promoção de ambientes livres de fumo e a implantação de projetos, na rede do SUS para a cessação de fumar. Busca, ainda, o programa promover a interação entre as áreas de saúde e educação nos estados, municípios e em nível federal (OBSERVATÓRIO NACIONAL DO CONTROLE DO TABACO, 2011b).

Assim, a Política Nacional do Controle do Tabagismo, no Brasil, deixou de ter caráter de programa nacional e contrato internacional (convenção) e passou a ser considerada uma política de Estado. Nesse cenário, faz-se necessário destacar que esse processo foi marcado pela interferência da política internacional, isto é, os objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT nortearam a política brasileira, apesar das adequações realizadas para o contexto nacional. Desse modo, apesar da situação epidemiológica nacional refletir os problemas sociais e de saúde pública oriundos do tabagismo, e a luta antitabágica da sociedade civil, iniciada ainda na década de 70, reivindicar estratégias governamentais de controle do tabagismo no país, o governo brasileiro não estabeleceu uma política pública voltada à atenção ao tabagista. Fez-se necessária uma firmação de tratado internacional para que essa questão ganhasse *status* de política pública, uma vez que, para consolidação desse acordo, o governo brasileiro precisou se mobilizar e organizar suas estruturas políticas para cumprir as metas e compromissos pactuados anteriormente, ao passo que poderia dirigir seus esforços para adequar-se às necessidades e prioridades da realidade brasileira. Contudo, apesar dos motivos que impulsionaram o governo brasileiro a alcançar esse patamar, está clara a importância que essa política adquiriu no controle do tabagismo no país e os avanços sociais para enfrentamento dessa problemática, visando manter as conquistas alcançadas e ampliar suas ações por meio de novas medidas de caráter mais abrangente e eficaz, reafirmando o compromisso do governo brasileiro com o controle desse problema social.

Outro ponto a destacar é que a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), pressupõe que as políticas e práticas direcionadas às pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, dentre elas o tabaco, devem ser integradas a área técnica de Saúde Mental/ Álcool e Drogas do MS e estar em consonância com as diretrizes da política de saúde mental vigentes, regulamentada pela Lei Federal Nº. 10.216, aprovada em 06 de abril de 2001, que direciona a assistência em saúde mental (BRASIL, 2001).

Contudo, a Política Nacional de Controle do Tabagismo, apesar de ser direcionada pelo MS, integra outra área técnica/departamento - o INCA -, e não a área técnica Saúde Mental/ Álcool e Drogas do MS, que faz parte do departamento de ações programáticas estratégicas. Cabe aqui indagar, o porquê da atenção dirigida aos

usuários que possuem problemas relacionados com o tabaco, não está integrado à área técnica de Saúde Mental/ Álcool e drogas, uma vez que o tabaco é uma droga (lícita), e sua dependência um transtorno mental e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, e, portanto, deveria fazer parte da referida área. Ao mesmo tempo, faz-se necessário pensar nas implicações que tal fato traz para atenção direcionada a este sujeito.

3 TABAGISMO – UMA POLÍTICA PÚBLICA

Neste capítulo, discutem-se os conceitos de política, de política pública, faz-se a análise das políticas públicas e da implementação da política, a fim de se compreender o tabagismo como política pública.

3.1 DISCUTINDO O CONCEITO DE POLÍTICA

Ao propor a discussão acerca da política de atenção ao tabagista como política pública, é preciso, à priori, definir o que vem a ser política, sua origem e os seus significados.

A política sempre esteve presente na vida do homem. O conceito de política já era discutido desde Aristóteles, no século 4 a.C. Esse filósofo considerava a política como a “arte ou ciência do governo”. Ele abordava também a política na perspectiva clássica, na qual o termo *Politikós* é um adjetivo que tem origem na palavra grega *pólis* e se refere a tudo o que diz respeito às coisas da cidade, ou seja, ao que é urbano, público, civil e social. Entretanto, na era moderna, este conceito ganha novas configurações, e, aos poucos, a ideia de política como arte de governar a *pólis* passa a ser substituída por “ciência de estado” ou “ciência política”, passando a indicar um conjunto de atividades que têm como referência o Estado. No contexto das políticas públicas, a política é compreendida como conjunto de atividades inerentes ao Estado, que expressam relações de poder e orientam a resolução de conflitos no que se refere aos bens públicos (RODRIGUES, 2010).

Para Easton (1953, p.130), a política (*policy*) é uma “teia de decisões que alocam valor”. Já segundo Hecló (1972, p. 84-85), o conceito de política não é “autoevidente”. O autor sugere que “uma política pode ser considerada como um curso de uma ação ou inação (ou “não-ação”), mais do que decisões ou ações específicas”. Jenkins (1978, p.15) vê a política como um “conjunto de decisões interrelacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada”.

Para alguns autores, a política tem um conceito ainda mais abrangente, já que ela rege as relações entre os homens, suas atividades, sua convivência, enfim o que prepara o homem para viver em sociedade. A política é, assim, o cerne das relações sociais, que direciona a organização e a vida em sociedade, em prol de um bem comum e de um sujeito político coletivo (NOGUEIRA, 2001; CHAUI, 2005).

De acordo com Maar (2006), a política é uma referência permanente em todas as dimensões do cotidiano, na medida em que esta se desenvolve como vida em sociedade. Ela origina-se junto com a própria história, com o dinamismo de uma realidade em constante transformação que, continuamente, se revela insuficiente e insatisfatória e que não é fruto do acaso, mas resulta da atividade dos próprios homens vivendo em sociedade, homens que, portanto, têm todas as condições de interferir, desfiar e dominar o enredo da história, uma vez que o homem é um ser essencialmente político.

Arendt (2002, p.23) acentua que a política surge, não *no* homem, mas, sim, *entre* os homens, que a liberdade e a espontaneidade dos diferentes homens são pressupostos necessários para o surgimento de um espaço entre homens, onde só se torna possível à política, a verdadeira política. Por isso, o lugar da política está para além da compreensão usual e mais burocrática da coisa política. Utilizando o conceito grego de política é que Arendt nos diz que "a política baseia-se no fato da pluralidade dos homens"; portanto, ela deve organizar e regular o convívio dos diferentes, e não dos iguais. A política é algo como uma necessidade imperiosa para a vida humana e, na verdade, tanto para a vida do indivíduo como para a sociedade. Como o homem não é autárquico, porém depende de outros em sua existência, precisa haver um provimento da vida relativo a todos, sem o qual não seria possível

justamente o convívio. Assim, a tarefa e o objetivo da política é a garantia da vida no sentido mais amplo.

Essas grandes diversidades de conceitos, referidas por Labra (2002) como existência de grande desacordo sobre o que seja política, ocorrem, segundo a autora, porque política tem a ver com o poder, como ele é exercido e distribuído. E, por isso, política pode ser entendida como um processo continuado de resolução de conflito, no qual visões ou interesses divergentes se reconciliam entre si.

Desse modo, acredita-se que a política perpassa pelo homem, pelas relações que ele estabelece consigo e em sociedade, e que faz com que suas decisões e ações visam interferir na realidade social nos quais os homens estão inseridos.

3.2 CONCEITUANDO POLÍTICAS PÚBLICAS

Discutir o que são políticas públicas torna-se fundamental para compreender as trajetórias e desdobramentos da política de atenção ao tabagista. Para Heywood (1997), a política pública é a elaboração, a preservação e a mudança das regras gerais, visando atender às demandas da sociedade. Envolve decisões cujo caráter é político, pois são tomadas por autoridades públicas e se traduzem em leis e outros corpos normativos, com efeitos vinculantes a todos os que são afetados por elas.

Na literatura, não há um consenso acerca da definição do que seja uma política pública. Dye (1984) define políticas públicas como o que o governo elege fazer ou não fazer. Já Peters (1986) as considera como a soma de atividades dos governos, que agem diretamente ou por meio de delegação e que influenciam a vida dos cidadãos. Mead (1995) considera como um campo de conhecimento, inserido dentro da política, que faz a análise do governo à luz das grandes decisões.

Ao realizar uma revisão de literatura sobre os conceitos específicos das políticas públicas, Souza (2006, p. 26) sintetiza política pública como um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação, e quando necessário propor mudanças no rumo ou curso dessas ações”. A formulação de políticas públicas constitui-se em um estágio no qual os governos colocam em prática suas ações, traduzidas em planos, programas e projetos que provocam mudanças na realidade. Desse modo, as políticas públicas são resultados das atividades políticas. Elas visam implementar os objetivos traçados e, por isso, envolvem uma decisão política.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que a política pública é definida pelo conjunto de medidas e procedimentos que traduzem as ações políticas do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas ao interesse público, interferindo em vários setores das sociedades (BOBBIO; MATTEUCI; PESQUINO, 1995). Pode, ainda, ser definida como meio pelo qual se constroem questões e problemas, a forma como eles entram na agenda política e, da agenda política, como eles se tornam políticas públicas (WAYNE, 2007).

Nessa direção, Viana e Baptista (2008) defendem que falar de políticas públicas é falar das ações do Estado, do processo de construção que orienta sua política e envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação, visando expressar o interesse público da sociedade. Por isso, Rodrigues (2010) considera a política pública como um processo no qual diversos grupos que compõem a sociedade tomam decisões coletivas que direcionam a vida em sociedade e se convertem em algo a ser compartilhado, isto é, uma “política comum”.

3.3 ANALISANDO AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Fazer análise de política é um processo complexo, e, por isso, não se dispõe de um modelo consensual ou delimitado para realizá-la. De acordo com Labra (1999), é exigido um arsenal de conhecimentos teóricos e dados empíricos para se poder entender e explicar as ações dos governos e suas tomadas de decisões, já que elas visam resolver os inúmeros problemas oriundos das sociedades.

A análise de política, segundo Wildavsky (1979), faz uso de várias disciplinas diferentes, a fim de interpretar as causas e consequências da ação do governo, em particular, ao voltar sua atenção ao processo de formulação de política. Para Dye (1976, p. 1), fazer “análise de política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isto faz”. Para ele, análise de política é a descrição e a explicação das causas e consequências da ação do governo.

Fazer análise de uma política pública envolve o seu processo de construção, os atores envolvidos, a fim de questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências, servindo como instrumento para novas reformulações (VIANA; BAPTISTA, 2008).

Para compreensão das políticas públicas, é preciso aqui definir alguns conceitos. De acordo com o estudo realizado por Fley (2000), sobre *policys analysis*, há três dimensões da política: 1) institucional – *Polity* –, para denominar as instituições públicas, referente à ordem do sistema político, configurado pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo; 2) processual – *Politics* –, para os processos políticos, geralmente pelo caráter conflituoso nos processos de definições de objetivos, conteúdos e nas decisões de distribuições; e 3) material – *Policy* –, para os conteúdos da política, a configuração de programas políticos, os problemas técnicos e o conteúdo material das decisões políticas.

Embora essa diferenciação teórica sirva para observar aspectos peculiares da política, a autora ressalta que, na realidade, essas dimensões possuem interrelações entre si, isto é, são entrelaçadas e influenciam-se mutuamente, pois as

políticas públicas têm caráter dinâmico e sofrem alterações ao longo do tempo, ficando, assim, evidenciada a interdependência entre os processos e os resultados da política.

Policy-making refere-se ao modo de operar do Estado e se traduz no ato de fazer políticas públicas (VIANA, 1996). Esse processo tem sido objeto de diversos estudos (LINDBLOM, 1980; HOGWOOD; GUNN, 1984; VIANA, 1996; PEREZ, 1999). No entanto, dada a crescente complexidade dos sistemas políticos e das sociedades modernas, com repercussões no modo pelo quais as políticas são produzidas, Labra (1999) relata que não há um modelo acabado ou consensual para o estudo do processo de decisão de uma determinada política, havendo variadas correntes de pensamento ou abordagens que contribuem para essa ação.

Entre as estratégias metodológicas para abordagem do *policy-making*, o método do Ciclo de Políticas, originado dos trabalhos pioneiros de Haroldo Laswuell (1951), faz a divisão do processo em fases ou etapas diferenciadas, mas interdependentes, para compreensão, desde o surgimento de determinada ideia até a solução do problema no processo de políticas públicas. Autores como Lindblom (1980), Perez (1999), Viana (1996) e Labra (1999) identificam as seguintes fases: construção da agenda, formulação da política, implementação da política e avaliação da política. Os autores distinguem, ainda, a maneira como os temas entram para a agenda política e os tipos de agenda.

Desse modo, a '*polyce cycle*' concebe a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios, constituindo um processo dinâmico e de aprendizagem (SOUZA, 2006). O agir público é estratificado em várias fases do processo administrativo de resolução de problemas, descrevendo seus principais elementos (FLEY, 2000; SOUZA, 2006). Por não ser objeto deste trabalho aprofundar a análise dessas fases, será feita apenas uma menção do que trata cada uma delas, para situar a discussão, e, em seguida, será destacada a fase de implementação, que é o foco deste estudo.

a) Definição de problemas – fase em que se identifica uma série de problemas sociais, "*policy issues*", que se tornam problemas políticos. É a fase do reconhecimento e da definição do problema.

b) Definição da agenda – fase em que um tema, definido efetivamente, é inserido na agenda política. É o momento da formação da consciência coletiva da necessidade para enfrentamento de determinado problema. Porém, o tema pode ser excluído ou adiado para uma data posterior, não entrando na pauta da agenda.

c) Formulação da política – fase na qual são realizadas escolhas dentre as várias alternativas, para o enfrentamento do problema estabelecido. As estratégias são formuladas e traduzidas em políticas.

d) Implementação da política – a política formulada é colocada em ação, produzindo impactos e resultados. A análise política, nesta fase, está interessada em saber se os resultados e impactos reais de certa política foram implementados de acordo com o plano.

e) Avaliação da política – nesta fase são analisados os resultados, impactos efetivos e os seus déficits, além dos efeitos colaterais indesejados na implementação da política.

Diante deste contexto, é preciso destacar que o ato de fazer políticas públicas envolve relações entre atores governamentais e não governamentais, em um processo contínuo de interação em todas as suas fases, e sofre influências e interferência do meio social e político dos atores participantes, das agências implementadoras e da natureza das políticas (VIANA, 1996).

O modelo de *policy cycle* é considerado por Viana e Baptista (2008) um modelo de análise que permite estudar com profundidade cada fase, suas interações e determinações múltiplas entre as fases, ou ainda comparar diferentes políticas na mesma fase. Para Fley (2000), esse modelo é um “instrumento de análise”, servindo como referência para análise processual da política. Portanto, não é um modelo acabado, e “idealizador” do processo político. No entanto, o fato de que as fases não ocorrem simultaneamente, como descritas, mas, ao contrário, interrelacionam-se e alternam-se, não indica que o modelo seja inadequado para explicação do processo.

3.4 A IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

A implementação corresponde ao momento em que a ação política é colocada em prática, e envolve diferentes sistemas, questões estratégicas, interesses e múltiplos atores. A implementação designa a fase da política pública durante a qual se geram atos e efeitos, que podem ser traduzidos a partir de normas, de textos ou de discursos (MENY; THOENIG, 1992). Pode ser considerada, ainda, uma decisão básica de política, usualmente incorporada em um estatuto, mas que também pode tomar a forma de importantes ordens executivas ou decisões dos tribunais. Idealmente, essa decisão identifica o problema, estipula os objetivos a serem perseguidos e que, de várias formas, direcionam o processo de implementação (MAZMANIAN; SABATIER, 1989).

O processo de implementação faz parte do processo maior de produção de políticas (*policy-making*) e constitui-se em um elemento-chave da política pública. No entanto, sabe-se que os governos são muito melhores na formulação de políticas, em fazer a legislação, do que em tornar efetivas as mudanças desejadas. Essa lacuna entre formulação da política e sua implementação tem levado à busca de explicações das razões pelas quais as políticas não são implementadas ou são mal-sucedidas (HOGWOOD; GUNN, 1984). Vários são os fatores externos e internos que incidem em todo e qualquer processo de produção de políticas. Além disso, a própria política pode, ao final, ser mal formulada e conter defeitos que tornam difícil efetivar as mudanças desejadas. Em todas as fases, da elaboração à implementação, podem ocorrer falhas, brechas ou mesmo, fracassos (SILVA, 2008).

Nesse contexto, Hogwood e Gunn (1984) apontam dez precondições que seriam necessárias para que a implementação de uma política fosse bem sucedida. São elas: as circunstâncias externas à agência implementadora não impõem constrangimentos cerceadores; a política ou programa dispõe de tempo e recursos suficientes; a combinação de recursos requerida está, de fato, disponível; a política está baseada em uma teoria de causa e efeito válida; a relação entre causa e efeito é direta e intervêm poucos elos ou nenhum; as relações de dependência em relação

a outras agências são mínimas; há entendimento e consenso em relação aos objetivos; as tarefas estão totalmente especificadas em correta sequência; há perfeita comunicação e coordenação; aqueles com autoridade podem demandar e obter plena concordância.

Contudo, na sociedade real não existirá uma implementação perfeita, que atinja todas essas precondições, pois, contrariamente ao que se acredita, não existe uma relação linear entre a política e a ação. A implementação é um processo que demanda permanente interação e negociação entre aqueles que buscam efetivar a política, principalmente os políticos, e aqueles dos quais depende a ação, ou seja, os implementadores (HOGWOOD; GUNN, 1984).

De acordo com Hill (2006), é possível examinar um processo de implementação em relação ao que acontece com as metas definidas no início do processo de políticas e depois verificar o que aconteceu. No entanto, é possível também começar pelos resultados e fazer um “mapeamento retrospectivo”. Ambas as alternativas poderão ter pontos fortes e fracos, ambas poderão ter um viés caracterizado por preconceitos dos atores, pesquisadores e financiadores da pesquisa, e a escolha entre elas deve ser determinada por fatores empíricos e contingências.

Na prática, Mazmaninan e Sabatier (1980) afirmam que as políticas são continuamente transformadas pelas ações da implementação, na medida em que, simultaneamente, alteram recursos e objetivos, configurando uma evolução contínua. Os autores salientam que, ao implementar uma política, ela é modificada, ocorrendo o que eles denominam de “redesenho da política”, seja para modificar os objetivos a fim de adequá-los aos recursos disponíveis, seja para mobilizar novos recursos de modo a atingir objetivos pendentes.

Segundo Viana e Baptista (2008), o momento da implementação é de intensa negociação, marcados por consenso e conflito, podendo ser considerado um “jogo” no qual uma autoridade central procura induzir os agentes implementadores a colocar em prática os objetivos e as estratégias de uma política. Os comportamentos desses agentes podem ser de aceitação, neutralidade ou rejeição, dependendo da compreensão da política, do entrosamento entre formuladores e implementadores e do conhecimento de cada fase do processo.

A implementação de programas, independentemente do setor em que sejam implementadas, pode ser vista, de acordo com Mazmanian e Sabatier (1980), em três perspectivas, descritas como: 1) *o centro - polymaker* inicial, 2) *a periferia* – os funcionários implementadores em nível de terreno, ou 3) *o grupo alvo* - aos atores privados a quem o programa é dirigido.

Quanto ao *centro*, a implementação envolve o empenho das instituições e funcionários de níveis mais elevados para obter o consentimento dos implementadores, a fim de prover um serviço ou mudar condutas. Sua preocupação está no grau em que os objetivos oficiais têm sido alcançados e nas razões para terem sido conseguidos ou não. Já quanto ao segundo, o da *periferia*, o foco está na maneira como os funcionários locais e instituições respondem às disrupções no seu ambiente, causadas pelos esforços de funcionários de fora para atingir uma nova política. E, por fim, na perspectiva do *grupo alvo*, interessa saber se os serviços pretendidos realmente são fornecidos e se fazem diferenças reais em suas vidas.

Os autores salientam que estudos detalhados sobre a implementação de programas locais e intergovernamentais têm sido capazes de combinar duas ou mais dessas perspectivas, com vistas a compreender melhor o desenrolar dessa implementação seja quanto a seus objetivos, às modificações de suas metas e estratégias, seja quanto a seus impactos. É nesse sentido que se pretende analisar o processo de implementação da política de atenção ao tabagista no município de Vitória.

4 O SUS, A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA E A SAÚDE COLETIVA

Neste capítulo, busca-se articular o SUS com a atenção ao tabagista e a saúde coletiva. Para tal, relaciona-se a política de atenção tabagista no SUS, o pensar e o “agir” na atenção ao tabagista, sob ótica da saúde coletiva, e o “fazer” nos espaços das relações que se estabelecem na implementação da política.

4.1 O SUS E A POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA

A reforma sanitária brasileira foi um movimento político-ideológico que reuniu diversos segmentos da sociedade para lutar pela democratização da saúde no Brasil. Foi um processo político que mobilizou a sociedade brasileira a fim de propor novas políticas e novos modelos de organização de sistemas, serviços e práticas de saúde (ARRETCHE, 2006; VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Os reformistas, conseguiram por meio da aprovação na Assembleia Constituinte, estabelecer, na Constituição de 1988, o direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Assim, as Leis Nº. 8.080 e 8.0142/90 definiram o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e suas diretrizes, que detalharam a organização e o funcionamento do Sistema. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a forma organizacional pelo qual o Estado brasileiro efetiva a política de saúde no Brasil, compreendendo um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e que aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes em nível

municipal, estadual e nacional e, ainda, os serviços privados de forma complementar (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS foi institucionalizado como um sistema descentralizado e hierarquizado na Constituição de 1988, ficando sob a responsabilidade do município a prestação de atendimento à população, bem como o planejamento e a execução dos serviços de saúde. O Governo Federal e os Estados ficaram responsáveis pela cooperação técnica e financeira para o desempenho dessa função, ao alocar recursos e regular o desempenho das ações municipais e estaduais (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

No modelo brasileiro, o governo federal, representado pelo Ministério da Saúde, está encarregado de formular e de tomar todas as decisões mais importantes da política nacional de saúde e de exercer as funções de financiamento e coordenação das ações intergovernamentais, que definem as ações de saúde de estados e municípios. Nesse, caso, a implementação de políticas pelos governos locais são fortemente influenciadas pelos recursos institucionais do governo federal (ARRETCHE, 2000). No entanto, as transferências federais “estiveram mais orientadas para a promoção da descentralização do que para a promoção da redução da desigualdade (ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 203)”.

A descentralização das ações de saúde remonta à década de 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), institucionalizando-se e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das suas bases legais (SILVA et al., 2007). O SUS vem sendo operacionalizado pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB), que funcionam como instrumentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde. A Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/02, propõe a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantam o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde (BRASIL, 2002b).

A descentralização está sendo uma estratégia importante na implementação do SUS, pois possibilitou a municipalização da saúde, entendida por Cunha (1994,

apud PAIM, 1999) como um processo que se dá pelo reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. A partir daí, o município passou assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na área de atuação. A devolução de poderes para o município, por meio da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade, é uma sã estratégia de concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social da política de saúde no Brasil.

Dessa forma, a descentralização política permitiria uma maior autonomia e poder de decisão aos municípios na organização e funcionamento das redes de saúde. Contudo, a excessiva normatização e burocratização, que buscam controlar as condições para realização de ações entre os entes federados e os serviços de saúde, expressas, principalmente, no financiamento, impõem-se como elementos contraditórios, a autonomia prevista anteriormente, para a criação, o desenvolvimento e mudanças nas políticas e ações nos municípios (PASCHE, 2006).

Nesse contexto, a política de saúde institucionalizada no SUS trouxe mudanças relevantes com implicações na organização do controle do tabagismo no Brasil e na concepção do direito à saúde, na medida em que envolveu alterações na gestão do sistema de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e no modelo de atenção à saúde (CARVALHO, 2000).

A Política de Controle do Tabagismo é um reflexo desse processo, pois é uma política formulada pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), na qual um dos componentes operacionais vitais para o Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem sido a descentralização, segundo lógica do SUS, que encarregou os Estados e, principalmente, os Municípios de executarem a Política de Controle do Tabagismo a nível local, seguindo todas as normativas preconizadas pelo INCA para esse controle.

Assim, para que as ações de apoio à cessação do tabagismo atinjam a todo território brasileiro, ocorreu um fortalecimento de uma base geopolítica, por meio da

articulação de uma rede de núcleos gerenciais, nas secretarias de saúde estaduais, regionais e municipais, para a expansão das ações do PNCT (CAVALCANTE, 2005). Contudo, o acesso ao tratamento é ainda irregular, como também é baixo o nível de conscientização e de capacitação, no interior do SUS, para o apoio das intervenções relacionadas ao tratamento para parar de fumar. Como parte de uma política de acesso universal para o tratamento da dependência da nicotina, o apoio à cessação do tabagismo é, ainda, um desafio e merece mais atenção e direcionamento estratégico. Além disso, é necessário que haja revitalização e fortalecimento dos programas estaduais e municipais, para manutenção de suas atividades, bem como o estabelecimento de um mecanismo regular de financiamento para a sustentabilidade do Programa, da mesma forma que o planejamento conjunto e a avaliação entre as partes interessadas (IGLESIAS et al., 2007).

Desse modo, o processo de descentralização do sistema de saúde não tem garantido o processo decisório de implementação da política de forma bem sucedida nas instâncias do SUS. Há, ainda, necessidade de investimento no fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central e dos subnacionais no encaminhamento da descentralização, revertendo a lógica, de responsabilização única do município pelos sucessos e/ou fracassos de determinadas políticas (CARVALHO, 2009). Além disso, faz-se necessário estabelecer a autonomia de gestão dos entes estaduais e municipais, bem como os mecanismos de repasse financeiros a fim de equalizar os gastos na atenção dirigida aos sujeitos com problemas relacionados ao tabaco e a outras drogas (BRASIL, 2003b).

Nesse contexto, é preciso, ainda, destacar que a Política Nacional sobre Drogas, aprovada pela Resolução Nº. 3/GSIIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005, pressupõe que é responsabilidade do Estado:

[...] estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e entidades privadas (BRASIL, 2005, p.5).

Desse modo, o Estado deve garantir acesso às diferentes modalidades de atenção em um processo contínuo e permanente (BRASIL, 2005). Além disso, deve promover e garantir a articulação e integração da rede de atenção aos usuários de SPAs, as demais redes assistenciais do Sistema Único de Saúde, para que realmente tornam-se efetivas e eficazes na Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PEIXOTO; SIQUEIRA, 2011)

Nesse sentido, é essencial que a atenção aos portadores de Transtorno Mental, especialmente os decorrentes das Substâncias Psicoativas, dentre elas o tabaco, seja vista com integralidade, equidade e justiça, a fim de que ocorra a “mudança no paradigma de “doentes” para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania” (BRASIL, 2003b, p.35).

4.2 A SAÚDE COLETIVA E A ATENÇÃO AO TABAGISTA

A saúde coletiva surge no final da década de 70 como uma necessidade da busca e da compreensão das experiências práticas, teóricas e políticas que se acumularam ao longo dos anos e que traziam heranças da medicina preventiva, junto com a saúde pública, e da medicina social (NUNES, 2009).

A saúde coletiva é um campo de conhecimento, uma prática sociopolítica, uma atitude que se conforma numa dimensão teórica, num movimento e num pensamento. É um espaço, ao mesmo tempo, estrutural e estruturante, pois o “capital social” que configura a saúde coletiva é transmitido e socializado e transformado pelos atores sociais que estruturam esse campo (NUNES,1994). É, segundo Canesqui (1995), uma experiência brasileira que emerge de um processo político-ideológico de reorientação do sistema de saúde brasileiro, que marcou a história de saúde do Brasil (PASCHE, 2006).

Desse modo, a saúde coletiva é formada por uma multiplicidade de objetivos e áreas de saberes permeáveis às inflexões econômicas e político-ideológicas (DONNANGELO, 1983). É considerada por Pasche (2006) um “lugar-síntese”, marcado de múltiplos encontros, com distintas naturezas que se complementam na medida em que atuam como forcas de coprodução; é, ao mesmo tempo, um campo de conhecimento e da experimentação. O seu saber não se limita ao conhecimento científico, mas encontra-se permeável a outras tantas manifestações da sabedoria humana (PAIM, 2008).

A saúde coletiva reflete a própria concepção ampliada de saúde e suas interfaces; não é um campo de conhecimentos, saberes e práticas desarticuladas, mas exige arranjos interdisciplinares que se compõem de acordo com as necessidades em descrever, explicar e/ou interpretar a realidade de saúde (NUNES, 2009).

Nesse sentido, faz-se necessário reconceituar o objeto das práticas de saúde coletiva, voltadas para o reconhecimento das necessidades sociais de saúde e seus determinantes, para a reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde, bem como para redefinição dos meios de trabalho e das atividades, e para a reconfiguração do agente-sujeito (PAIM, 2008).

Nessa perspectiva, refletir acerca da atenção dirigida ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de tabaco é pensar numa atenção que o identifique como um ser integral, que, por isso demanda uma multiplicidade de necessidades que precisam ser atendidas, mais direcionadas à complexidade de sua dimensão múltipla de sujeito. A integralidade aqui mencionada sugere o rompimento do paradigma das práticas curativas, focalizadas na doença, e busca a articulação das práticas de promoção e prevenção da saúde com aquelas de cura e reabilitação, com vistas a fundamentar suas intervenções a partir das necessidades do sujeito, apresentadas no processo saúde-doença-atenção, de modo a ampliar essas intervenções pelas relações de vínculo e responsabilização (PASCHE, 2006).

Diante desse contexto, da necessidade de reconstrução das práticas em saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se constituído em um espaço privilegiado para o exercício e a construção dessa nova prática. Além de ser responsável pela produção de um conjunto de ações – promoção, prevenção, cura e reabilitação –, a

APS tem sido local de criação de novos modos de produzir saúde (MASSUDA, 2008).

A APS, como nível de atenção de um sistema de saúde, oferece a entrada para todas as necessidades e problemas dos indivíduos, garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo, a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em um processo conjunto de produção social (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). Constitui-se assim, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à pessoa, e não à enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Assim, a APS tem possibilitado o fortalecimento dos vínculos entre os serviços de saúde e a população, no sentido de fortalecer e consolidar o sistema de saúde, contribuindo para a universalização do acesso, a integralidade e a equidade da assistência em saúde.

A interface entre a saúde coletiva e a APS, no Brasil, segundo Massuda (2008), tem sido potenciada pela institucionalização do direito universal à saúde e pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema organizador das práticas em saúde individuais e coletivas, estruturadas, principalmente, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégias da Saúde de Família (ESF). Nesse cenário, está incluído o programa de atenção ao tabagista nas unidades de saúde, dentro da APS, no SUS, coordenadas por profissionais que buscam implementar ações voltadas à atenção a saúde desse indivíduo.

É preciso ressaltar que o sujeito que fuma não tem apenas essa vertente em sua vida; ele é um sujeito histórico-social que precisa ser atendido na sua integralidade, como preconiza o SUS. À medida em que esse sistema possibilita o acesso universal à população, sem restrições, torna-se uma opção para o sujeito pedir ajuda, e por muitas vezes ele o faz, por meio do “sofrimento social, para obter o reconhecimento institucional” (CARRETEIRO, 2001, p.93).

Somado a isto, no Espírito Santo os serviços concentram-se na região metropolitana do Estado, apresentando a necessidade de descentralização do atendimento especializado para usuários de SPAs, dentre elas o tabaco, direcionando-os as regiões Norte e Sul e com ênfase no atendimento ambulatorial. Sendo que o tratamento a esses usuários ainda prioriza o atendimento hospitalar demonstrando a necessidade de políticas públicas que priorizem a avaliação dos serviços como uma forma de controle social sobre a prestação efetiva de cuidados de saúde (SIQUEIRA et al., 2007).

De acordo com a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas, é na APS que a atenção a esse público deve ser priorizada, garantindo o acesso aos serviços, os medicamentos, a educação em saúde e outras práticas condizente com uma perspectiva de clínica ampliada à saúde, que contemple as reais necessidades do sujeito e revertam os modelos assistências com histórico de ausência de cuidados que há anos atinge as pessoas que tem problemas relacionados ao álcool, tabaco e outras drogas (BRASIL, 2003b).

Desse modo, a prática em saúde coletiva traz um novo desafio à política de atenção ao tabagista ao propor um novo olhar sobre as políticas públicas, a organização dos serviços e o trabalho em saúde, isto é, o repensar em novas práticas, envolvendo novos saberes e novas *práxis* para a atenção dirigida ao tabagista, um sujeito de singularidades e necessidades.

4.3 O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS (INTER)RELAÇÕES

Na tentativa de compreender o “fazer saúde” na atenção dirigida ao tabagista, faz-se necessário pensar o trabalho como atividade essencialmente humana, com suas

intencionalidades e sua criatividade. Nesse processo, o homem produz a sua própria existência. Segundo Marx (1983, p. 149),

[...] o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se de matéria natural numa forma útil para sua vida própria. Ao atuar por meio deste movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-lo, ele modifica ao mesmo tempo sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio [...]. Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem.

Nesse sentido, o trabalho vem sendo construído ao longo da história, adquirindo, em cada momento histórico, um novo caráter, uma nova forma e/ou função, sendo resultado das transformações sociais, econômicas e culturais. Desse modo, é importante ressaltar que, durante toda a história, toda atividade humana esteve ligada a atos produtivos e criativos, pois, ao modificar a natureza pelo trabalho humano, na produção de algo novo, simultaneamente, o trabalho humano foi sendo transformado, uma vez que, “ao trabalharmos, todos nós modificamos a natureza e nos modificamos” (MERHY; FRANCO, 2012, p.278).

Toma-se como pressuposto, aqui, o conceito de trabalho em saúde centrado no “trabalho vivo” de Merhy (2002). Para o autor, a produção de saúde realiza-se pelo trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Sua efetivação expressa-se no encontro dos sujeitos na produção de relações interseçoras, nas quais emergem suas distintas necessidades e intencionalidades, não como somatórios de um (o usuário) e do outro (o profissional), mas um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento, em que por sua vez, essas relações são influenciadas também pelos seus processos sociais e históricos.

As diferentes formas de organização da sociedade, contudo, influenciam também a organização do trabalho. O sentido dado ao trabalho e o modo como ele é realizado variam conforme a sociedade, as suas necessidades e os interesses construídos em cada época. O sentido do seu objeto de trabalho vai se dar pela ação intencional do

trabalhador ao utilizar suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza os seus usos (MERHY; FRANCO, 2012, p.278). Todavia, apesar de apresentar as mesmas ferramentas, os trabalhos produzidos são distintos, pois são realizados por diferentes sujeitos que, a cada processo, a cada ato de trabalho, permitem que seu objeto possua suas características e suas singularidades.

No processo de trabalho em saúde, dispõe-se de instrumentos que derivam tanto de formas materiais, como não materiais, na tentativa de apreender as necessidades de saúde e produzir cuidados (MALTA; MERHY, 2003). Esses instrumentos para produção do trabalho são traduzidas por Merhy (2002, p.94) como “valises tecnológicas”. Nestas, os trabalhadores, tanto de modo individual quanto coletivo, têm suas ferramentas – máquinas (como o estetoscópio, a seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber fazer clínico) e suas relações com todos os outros (como atos) que participam da produção e consumo do seu trabalho. Na produção do cuidado, o trabalhador pode utilizar-se dessas diversas tecnologias, dependendo da maneira como organiza seu processo de trabalho e articula essas tecnologias.

Outro ponto a destacar é que o trabalho em saúde não se faz sozinho: “o trabalho em saúde é sempre coletivo” (MERHY, 2002, p.283). Não há como um saber único dar conta das inúmeras facetas que as necessidades de saúde apresentam; nesse caso em particular, não há como um único profissional de saúde ter responsabilidades pelas inúmeras necessidades que um tabagista apresenta, em seu processo de mudança. É imprescindível o envolvimento de um conjunto de sujeitos que compartilham saberes técnicos e cognitivos e se articulam entre si na produção de saúde (MALTA; MERHY, 2003). Faz-se, assim, necessário um trabalho compartilhado, no qual haja trocas de saberes, ou seja, “uma caixa de ferramentas de um é necessário para completar a do outro”, para que a produção de cuidados, campo comum a todos, aconteça de forma integral (MERHY, 2002, p.283).

Nesse processo, Merhy (2002) propõe repensar a publicização dos espaços de gestão do processo de trabalho em saúde, nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, com seus projetos e com seus métodos referentes aos diferentes espaços da gestão (MERHY, 2002). Para tal, é preciso ressaltar que esse espaço é coletivo e permeado por correlações de forças,

que se estruturam a partir de conflitos e tensões vividos no cenário de produção de saúde e que são fundamentais para que a produção dela resultante reestruture todo o processo e potencialize o fazer em saúde, fazendo disparar processos de mudanças no sentido de instituir outros arranjos, novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos que se abrem para as necessidades dos usuários de saúde (MERHY; FRANCO, 2012).

Entender que a vida produtiva se organiza pelo estabelecimento das relações sociais, que são realizadas por sujeitos históricos sociais, sendo, por isso, subjetivamente determinadas, é indispensável para compreender a configuração da micropolítica no trabalho em saúde. E que se caracteriza pelo agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e o outro nos espaços em que eles se encontram inseridos (FRANCO, 2006).

Nesse sentido, faz necessário perceber que, no encontro do profissional de saúde e o usuário, no espaço intercessor, ocorre disputa de distintas forças: as “instituídas”, impregnadas do trabalho morto, e as “forças instituintes”, que atuam no trabalho vivo, em um processo conflituoso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos, com possibilidades de mudanças (MERHY, 2002).

Apesar de todos os constrangimentos que as normas, os protocolos, as ações pragmáticas, enfim, o instituído, possa implicar no aprisionamento e na captura do trabalho vivo (FRANCO, 2006) na produção do cuidado, esse trabalho é capaz de romper com a ordem e a norma, com seu potencial inventivo e criativo, que possibilita aos sujeitos fugir das amarras que engessam o cuidado da saúde e, com sentido próprio, constituir novas significações ao seu fazer saúde. Desse modo, para o processo de mudanças,

[...] não basta possuir uma receita para a ação, deve-se dispor, além de várias e novas ações instrumentais, de capacidade de problematizar cabeças e interesses, sempre questionando situações que podem gerar processo de liberação do trabalho vivo, enfim das forças instituintes e criadoras (MALTA, MERHY, 2003).

Nessa perspectiva, um olhar micropolítico das relações que se estabelecem cotidianamente entre o usuário e o profissional de saúde é imprescindível quando se busca por mudanças no fazer em saúde, ao perceber que não há um formato uniforme, adequado e diretivo; esse fazer pode ser re(criado) a cada momento de encontro de sujeitos, com suas singularidade e pluralidades, que possam (re)significar o cuidado em saúde.

Assim, ao buscar relacionar o trabalho como atividade essencialmente humana e como trabalho vivo em ato com o processo de trabalho em saúde, particularmente no trabalho com tabagistas, busca-se uma prática em saúde transformadora, que valorize a singularidade do sujeito e se distancie de práticas homogeneizadoras e excludentes, presentes, ainda, em vários serviços de saúde, por meio do acesso aos instrumentos simbólicos, fundamentais para compreensão da realidade social. Portanto, faz-se necessário resgatar o homem em sua concepção histórico-social, criativo, que seja capaz de transformar a realidade social em que está inserido.

5. ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA

Neste capítulo, propõe-se discutir a política de atenção ao tabagista segundo os aspectos discursivos, em termos de ação das práticas sociais, dos discursos particulares que ele articula e das identificações que o discurso apresenta. Inicia-se, na primeira etapa, com a apresentação dos pressupostos teóricos e analíticos da pesquisa em Análise de Discurso Crítica (ADC), e, posteriormente, discutem-se a teoria social do discurso e a ADC como método analítico. Na segunda parte, aborda-se o discurso como forma de ação, representação e identificação. Daí, a necessidade de preocupar-se com o modo como o discurso é (re)constituído nessas relações sociais, que corroboram para a manutenção ou transformação dessas estruturas, a fim de produzir mudanças diminuindo as desigualdades sociais e de saúde.

5.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E ANALÍTICOS

A Análise de Discurso Crítica, doravante denominada ADC, é uma abordagem teórico-metodológica, utilizada pelos pesquisadores da linguística crítica e pelos estudiosos das Ciências Sociais para o estudo da linguagem (RESENDE; RAMALHO, 2011). É, ainda, em sentido mais amplo, um conjunto de abordagens científicas interdisciplinares para estudos críticos da linguagem como prática social (RAMALHO; RESENDE, 2011).

A ADC é um tipo de investigação analítica discursiva que estuda, no contexto social e político, como o poder, a dominação e as desigualdades estão representadas, com o intuito de entender, desvelar a desigualdade social e a ela se opor, num posicionamento crítico e consciente acerca do seu papel na sociedade (VAN DIJK, 2010).

Essa área de estudos é considerada uma continuidade aos trabalhos da linguística crítica, desenvolvidos, na década de 1970, na Universidade de East Anglia. Porém, consolidou-se como disciplina no início de 1990, num simpósio realizado em Amsterdã, no qual se reuniram vários estudiosos como Norman Fairclough, Günter Kress, Theo van Leeuwen e Ruth Wodak (RESENDE; RAMALHO, 2011). Outro importante marco no fortalecimento dessa nova abordagem foram as publicações como as obras de: Teun van Dijk, *Prejudice in discourse* (1984); *Language and Power*, de Norman Fairclough (1989); *Language, power e ideology*, de Ruth Wodak (1989) e a Revista de Van Dijk, *Discourse in Society* (1990), (1984), que contribuíram para as reflexões dessa abordagem e são importantes nas pesquisas discursivas que estabeleceram relações interdisciplinares e dialógicas com as ciências sociais, na intenção de estudar a linguagem como prática social (PEDROSA, 2012). No Brasil, o estudo pioneiro que utilizou a ADC como referencial teórico foi desenvolvido por Izabel Magalhães, da Universidade de Brasília (RESENDE; RAMALHO, 2011).

Nesse contexto, há diferentes abordagens para o estudo crítico da linguagem. A abordagem adotada para o desenvolvimento dessa pesquisa baseia-se nas contribuições de Norman Fairclough, linguística britânico, da Universidade de Lancaster, reconhecido como expoente da ADC, devido ao desenvolvimento de sua proposta teórico-metodológica de ADC em relação com a Teoria Social do Discurso, que percebe a linguagem como parte inerente da vida social (RESENDE; RAMALHO, 2011).

A ADC assume uma abordagem que se situa na interface entre a Linguística e a Ciência Social Crítica, procurando estabelecer uma articulação entre poder e linguagem, ao buscar estudar o funcionamento da linguagem na sociedade. O conceito central que norteia a pesquisa em ADC é o discurso, que está simultaneamente relacionado aos estudos de linguagem e às Ciências Sociais

(RAMALHO; RESENDE, 2011). Na ADC, o discurso é definido como forma de prática social, um modo de ação sobre o mundo e a sociedade, não apenas representação do mundo, mas significação, capaz de constituir e construir o mundo em significado (FAIRCLOUGH, 2008, p.91).

Outra característica que se destaca na ADC é a interdisciplinaridade, ao romper com a centralidade de foco, seja em estudos preocupados com as estruturas mais fixas das manifestações da linguagem, denominadas “semiose”, seja em estudos preocupados com as estruturas centradas nas ações dos agentes sociais, nos eventos individualizados e isolados, sem levar em conta as estruturações presentes na sociedade. É nessa postura intermediária que a ADC está situada, como parte da prática social, ao lidar com questões de cunho fixos (estruturas sociais) e flexíveis (ações individuais) (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Segundo Resende e Ramalho (2011), o enfoque acerca da “crítica” implica, por um lado, desvendar causas e apresentar conexões ocultas, e, por outro, intervir socialmente para produzir mudanças, diminuindo as desigualdades sociais. Baseia-se, então, em primeiro plano, numa *visão científica de crítica social*, ao buscar questionar criticamente e com base científica, a vida social, política e moralmente, em termos de justiça social e de poder. Em segundo plano, situa-se num *campo de pesquisa social crítica* sobre modernidade tardia (novo capitalismo), nas investigações do discurso em práticas sociais. E, no terceiro, assenta-se na *teoria e na análise linguística e semiótica*, que auxiliam na prática interpretativa e explanatória que relacionam o texto e os efeitos sociais.

A ADC é uma abordagem que não pode ser considerada “única e estável”, mas, sim, “heterogênea, instável e aberta”. Além das variações de abordagens, que exigem um aperfeiçoamento constante, há, também, uma gama de possibilidades de combinações entre elas, que garantem suas diferenciações e que não restringem a uma única disciplina, ao contrário, abrem espaço para a interdisciplinaridade. Essas diferentes relações interdisciplinares foram fundamentais para o surgimento da ADC e são importantes para seus avanços (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Neste cenário, a ADC concentra-se nos problemas sociais e nas questões políticas, sendo sua análise multidisciplinar. Não descreve somente as estruturas no discurso,

mas procura a explicação em termos de propriedade da interação social e estrutura social, isto é, nas complexas relações entre estrutura social e estrutura discursiva. De acordo com van Dijk (2010, p.115), o interesse dessa perspectiva crítica do discurso está nos “modos como as estruturas do discurso produzem, confirmam, legitimam, reproduzem ou desafiam as relações de poder e de dominação na sociedade”.

Nessa perspectiva, a ADC apresentou-se como estratégia analítica para este estudo, porque busca, por meio de uma análise social e discursiva, compreender a linguagem e a sociedade. Dessa forma, a escolha desse referencial teórico pode ser justificada porque a política de atenção ao tabagista se dá nas práticas sociais e de saúde nos programas de atenção ao tabagista, desenvolvidos nas unidades de saúde, e nas relações estabelecidas entre os sujeitos – usuário e profissional de saúde. Desse modo, busca-se, por meio dessa análise, compreender os processos de articulação e negociação – as relações de poder – que se estabelecem na implementação da política de atenção ao tabagista, identificar as mudanças provocadas na vida dos sujeitos que são alvo dessa política e desvendar, por meio da linguagem desses sujeitos historicamente situados, as contribuições para as (re)significações das práticas a eles dirigidas. Além disso, procura-se entender as interações sociais entre os atores sociais que implementam essa política, as estruturas sociais que os moldam e que restringem a sua prática, mas que, simultaneamente, fazem parte dele. Busca-se, também, identificar como o discurso, construído socialmente, pode servir tanto de instrumento de legitimação das relações de dominação, como de instrumento de mudança social.

5.1.1 Teoria social do discurso

O discurso, como entendido por Fairclough (2008), é o uso da linguagem como prática social. Ou, ainda, como compreendido por Resende e Ramalho (2011), como uma ação historicamente situada.

Contudo, ao mesmo tempo em que o discurso é uma construção social, uma forma de ação no mundo e nas relações com as pessoas, contribuindo para os sistemas de conhecimento e crença, ele também é constitutivo da estrutura social. Se, por um lado, “o discurso é moldado e restringido pela estrutura social”, por outro “o discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem” (FAIRCLOUGH, 2008, p.91).

A relação entre linguagem e sociedade não é externa, mas interna e dialética. Nessa relação entre o discurso e a estrutura social, o discurso é uma prática, não apenas representativa; é, também, uma forma de significar o mundo (FAIRCLOUGH, 1989; FAIRCLOUGH, 2008).

O modelo tridimensional apresentado por Fairclough em 1989 e aprimorado em 1992 propõe uma abordagem teórico-metodológica que considera três dimensões analíticas do discurso: a primeira, a dimensão da *prática discursiva* (microsociológica), que envolve processos sociocognitivos relacionados a contextos sociais diferenciados e específicos, nos quais ocorrem a produção, a distribuição e o consumo textual. Tal dimensão considera a prática social como alguma coisa que as pessoas produzem ativamente e entendem com base em procedimentos de senso comum compartilhados. Fundamentados na tradição interpretativa, alguns aspectos podem ser observados nessa análise: a produção do texto (interdiscursividade e intertextualidade); a distribuição do texto (cadeias intertextuais); o consumo de texto (coerência); e as condições da prática discursiva (aspectos gerais sociais e institucionais). Já a dimensão *textual* enfatiza os traços das práticas discursivas e sociais por meio da análise detalhada da linguística. É a parte denominada “descrição”, a qual pode ser realizada em quatro itens principais: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual, o que torna passível a identificação e a interpretação das relações sociais e das estruturas ideológicas do discurso. A terceira dimensão – o discurso como *prática social* (macrossociológica) interessa-se pelas questões de análise social em relação às estruturas sociais, a exemplo de características institucionais e organizacionais dos eventos discursivos e maneiras como tais características moldam as práticas discursivas. De acordo com Fairclough (2001, p.289), essa prática visa detalhar “a natureza social da qual a prática discursiva é uma parte, constituindo a base para explicar por que a prática discursiva é como é e os efeitos da prática discursiva sobre a prática social”. Essa prática está

relacionada aos conceitos de hegemonia e ideologia que moldam e investem o texto nas instâncias discursivas.

Segundo Fairclough (2008), a análise textual é mais descritiva, e a análise das duas últimas dimensões é interpretativa no sentido de buscar efeitos de sentido no discurso. No entanto, a prática social e o texto são descritos como dimensões do evento discursivo, uma vez que são mediados pela prática discursiva, sendo variáveis em diferentes discursos, de acordo com os fatores sociais envolvidos.

Nesse sentido, a ADC não focaliza apenas a linguagem como sistema semiótico, com suas texturas léxicas gramaticais centradas na estrutura; tampouco prioriza os textos sociais isolados, que não se preocupam com o contexto social. Ao contrário, ela permeia o nível intermediário, que se localiza entre as estruturas sociais mais fixas e as estruturas mais flexíveis (RAMALHO, RESENDE, 2011). Nas palavras de Chouliaraki e Fairclough (1999, p. 21), as práticas sociais estão situadas entre “sociedade e pessoas vivendo suas vidas”.

Desse modo, nas práticas sociais – que são “maneiras recorrentes, situadas temporal e espacialmente, pelas quais agimos e interagimos no mundo” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p.21) –, a linguagem se manifesta no discurso, no qual é vista como “um *momento* de toda prática social”, ao lado de outros elementos sociais que se articulam entre si (RESENDE, RAMALHO, 2011, p. 38). Ou ainda, como salienta Ramalho (2008, p.53), um “momento semiótico que se articula com os demais momentos não-semióticos, quais sejam, ação, interação, relações sociais, pessoas e mundo material”.

Na concepção de vida social como constituída em torno de práticas, concepção adotada no novo enquadre metodológico de Chouliaraki e Fairclough (1999), o conceito de prática social, construído social e historicamente e agindo como elemento transformador do discurso, torna-se o foco central à compreensão do mundo social e às análises discursivas. Nesse novo cenário, os autores propõem os momentos constituintes de uma prática social, a saber: discurso (ou semiose); atividade material, relações sociais (relações de poder, lutas hegemônicas) e fenômeno social (valores, crenças e desejos – ideologia) (RESENDE, RAMALHO, 2011).

Todos esses elementos são utilizados pelos sujeitos na vida cotidiana em sua ação e interação com outras pessoas, ao estabelecerem relações sociais e ao utilizarem a linguagem (RAMALHO, RESENDE, 2011). É nesse cenário que o discurso se expressa na linguagem nas práticas sociais de cada sujeito, como “uma parte irreduzível” do agir, interagir, representar e identificar consigo mesmo e com os outros sujeitos, e como elemento da prática social por meio da linguagem (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p.15).

Os autores destacam, entretanto, que esses momentos, por estarem presentes em diversos aspectos da vida, estão juntos na prática: não se sobrepõem, nem se reduzem um ao outro; são articulados e internalizados, num movimento de entrecruzamento e numa relação dialética. Ao mesmo tempo que o discurso é um elemento da prática social que constitui outros elementos sociais, ele também é influenciado por eles (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

Nesse sentido, a análise de um discurso historicamente situado, por envolver uma prática particular, pode identificar a internalização de outros elementos da prática no discurso, como as relações sociais e ideologias no discurso. Esses elementos, denominados de *momentos de prática*, estabelecem relações e são articulados de forma não totalmente permanente, pois podem ser reconfigurados e transformados pelas posições e recombinações desses elementos (RESENDE; RAMALHO, 2011).

Desse mesmo modo, a mudança discursiva também se dá pela rearticulação dos recursos discursivos durante o momento discursivo, numa luta articulatória que se configura numa luta hegemônica que, dependendo do ambiente social e da articulação entre esses momentos, pode transformar ou sustentar as práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2001).

A proposta da ADC preocupa-se em demonstrar como os efeitos ideológicos podem atuar nas instâncias do discurso e provocar efeitos de sentido diversos nos textos, ao instigar mudanças ou sustentar relações assimétricas de poder. Interessa-se a proposta pelo papel desempenhado pelo discurso na mudança social, nos modos de organização da sociedade em torno de objetivos emancipatórios (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Nesse sentido, as práticas sociais, com seu caráter relativo de permanência, podem ser compreendidas, em Chouliaraki e Fairclough (1999, p. 22), pelas relações estabelecidas entre *Conjunturas*, que são “conjunto relativamente estáveis de pessoas, materiais, tecnologias e práticas em torno de projetos sociais específicos”; pelas *estruturas sociais* “condições históricas da vida social que podem ser modificadas por ela, mas lentamente”; e pelos *eventos sociais* “acontecimentos imediatos individuais ou ocasiões da vida social”. De acordo com os autores, ao focalizar a prática social, tem-se a possibilidade de analisar não somente os eventos particulares, mas também os eventos em conjunto que sustentam e transformam essas estruturas.

Com esse enquadre proposto em 1999, toda análise em ADC parte de cinco etapas: a primeira corresponde à percepção de um *problema* que se baseia geralmente em relações de poder, na distribuição desigual de recursos materiais e simbólicos nas práticas sociais e na universalização de um discurso particular e dominador; a segunda etapa corresponde à percepção de *obstáculos para que o problema seja superado* e busca identificar os elementos da prática social que constituem ou impedem a superação dos obstáculos. Dentro dessa etapa, destacam-se a análise da conjuntura, da prática particular e da análise do discurso; a terceira etapa, por sua vez, refere-se à percepção da *função do problema na prática*, isto é, sua função no aspecto problemático do discurso, bem como sua função nas práticas discursiva e social; na quarta etapa, buscam-se os *possíveis modos de ultrapassar os obstáculos*, de modo a investigar e identificar as alternativas de mudança e superação de problemas; por fim, a quinta etapa corresponde à *reflexão sobre a análise*, já que a pesquisa crítica é, por si só, reflexiva e deve contribuir para a emancipação social.

O enquadre proposto em Chouliaraki e Fairclough (1999) é descrito por Resende e Ramalho (2011) como mais complexo do que a abordagem anterior e tem ampliado o caráter emancipatório da disciplina, ao possibilitar uma abertura das análises, de modo a vinculá-las às práticas problemáticas das relações e procurar perceber a articulação entre discurso e outros elementos sociais nas práticas sociais. Essa articulação entre as práticas constitui as redes de práticas, nas quais as relações podem gerar diversos eventos sociais, dependendo das lutas hegemônicas constituídas que podem transformar ou sustentar as relações dominadoras.

5.1.2 ADC como método analítico

Na ADC, o paradigma funcionalista do discurso, que orienta os estudos linguísticos - Linguística Sistêmica Funcional (LSF) –, aborda a linguagem como sistema aberto e dialético, que considera o texto estruturado pelo sistema, ao mesmo tempo que pode vir a ser transformado por ele. Essa abordagem propõe, ainda, que as mudanças sejam socialmente orientadas e capazes de produzir novo significado para a linguagem (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

Nesse sentido, o discurso, segundo Fairclough (2008) pode ter efeito na construção de identidades sociais, das relações sociais entre as pessoas e, ainda, na construção de sistemas de conhecimento e crença. Esses três aspectos correspondem às funções da linguagem e às dimensões de sentidos que estão presentes em todos os discursos e são denominadas: funções de linguagem identitária, relacional e ideacional. A primeira, função identitária, preocupa-se em descrever como são estabelecidas as identidades sociais no discurso. A segunda, preocupa-se em demonstrar como essas identidades são representadas e negociadas. A terceira preocupa-se em verificar como os textos ganham significado no mundo e em seus processos, entidades e relações.

Essas três macrofunções, que atuam no texto simultaneamente, são propostas provenientes da LSF, de Halliday, em 1991, o qual propôs, inicialmente, a função ideacional, interpessoal e textual. No entanto, essas funções foram reformuladas, em 1992, por Fairclough, que alterou alguns pontos da teoria, de acordo com seus propósitos analíticos. A essas três macrofunções foi acrescida a análise textual, que busca analisar as informações que são trazidas, organizadas e relacionadas no texto, em seus aspectos semânticos, gramaticais e estruturais. Todavia, Fairclough (2003) propõe, mais tarde, uma articulação entre as macrofunções de Halliday e suas modificações, a partir dos conceitos de gênero, discurso e estilo, ao denominar os tipos de funções em tipos de significado: *acional*, *representacional* e *identificacional*.

Sobre o primeiro significado, o acional, Fairclough explica que o texto está relacionado ao modo de (inter) agir em práticas sociais, como ação legitimadora ou questionadora das relações sociais. Desse significado destacam-se, aqui, as categorias de *gênero* e *intertextualidade*. O segundo significado, o representacional, o autor explica que é relacionado ao modo de representação particular dos aspectos do mundo, uma vez que discursos diferentes representam perspectivas diferenciadas de mundo e de relações. Nessa perspectiva, destacam-se a *interdiscursividade*, *representação dos atores sociais* e o *significado da palavra*. Já o significado identificacional refere-se à construção e à negociação de identidades no discurso, ou seja, a constituição dos modos de identificar-se, que se relaciona ao estilo. Desse significado destacam-se, aqui, as categorias de *avaliação*, *modalidade* e a *metáfora*.

As categorias analíticas, de acordo com Resende e Ramalho (2011, p.112), são “formas e significados textuais associados a maneiras particulares de representar, de (inter) agir e de identificar (-se) em práticas sociais situadas”. Tais categorias serão mais bem descritas, neste trabalho, no capítulo seguinte “Ação, Representação e Identificação”.

Os três significados apresentados acima, embora sejam bem diferentes e sejam separados para fins analíticos, são dialeticamente relacionados, isto é, nas palavras de Resende (2005, p.293), “representações (discursos) particulares podem ser legitimadas em maneiras particulares de ação (gêneros) e impostas em maneiras particulares de identificação (estilos)”.

Dessa forma, o discurso, como parte das práticas sociais, possui modos particulares de agir, de representar e de ser, que resultam na articulação socialmente estruturada ao estabelecer, manter ou transformar as ordens sociais (RESENDE, 2005; RESENDE; RAMALHO, 2011).

Nesse sentido, ao se investigarem os significados da linguagem no discurso dos sujeitos envolvidos na política de atenção ao tabagista, procura-se compreender as ações dos atores sociais no contexto de implementação dessa política; a sua representação, presente nos discursos particulares dos profissionais e usuários e nas relações sociais, estabelecidas nesse cenário, e, por fim, identificar os modos

como os sujeitos envolvidos se vêem nessa política. Assim, a análise desses significados possibilita entender a interação entre discurso e prática social, as mudanças dela decorrentes na sociedade e a constituição social da linguagem na medida em que se têm “conseqüências e efeitos sociais, políticos, cognitivos, morais e materiais” (FAIRCLOUGH, 2003, p.14).

5.2 AÇÃO, REPRESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

No contexto social, há diversas maneiras particulares de agir, representar e identificar. Nas práticas sociais, temos a linguagem como ordem de discurso, ou seja, como “combinações particulares de gêneros, discursos e estilos que constituem o aspecto discursivo de rede de práticas sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 220). Esses elementos da ordem de discurso, que se articulam entre si e estabelecem relações dialéticas nas práticas sociais, possibilitam a investigação da relação entre linguagem e sociedade por romper paradigmas entre o sistema linguístico (semiótico) e o não-linguístico (social), formando categorias discursivas e sociais (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Desse modo, busca-se, na análise, verificar como os gêneros, discursos e estilos são utilizados e articulados, no texto, na maneira de agir, representar e ser de cada sujeito e nas relações que os sujeitos estabelecem com os outros e com a sociedade.

5.2.1 Discurso como Ação: gêneros discursivos, hegemonia, poder

O discurso como modo de agir e de interagir, ligado ao significado acional, está associado ao conceito de gênero, “o aspecto especificamente discursivo de maneiras de ação e interação no decorrer de eventos sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p.65), não como estruturas fixas, mas como um momento de ordens de discurso, isto é, o modo pelo qual “contribui para representação e negociação de relações sociais entre os participantes do discurso” (RESENDE, 2008, p.95). Daí, pressupor a concepção de gênero discursivo não só nas relações com os outros, mas também ações sobre os outros e certas circunstâncias relacionadas ao poder (RAMALHO; RESENDE, 2011)

Desse modo, o texto analisado em termos de gênero visa verificar como o texto figura na (inter) ação e como contribui para os eventos sociais concretos, uma vez que cada prática particular possui gêneros específicos a ela relacionados e articulados (RESENDE; RAMALHO, 2011, p.62).

Assim, os gêneros discursivos são considerados um “mecanismo articulatório que controla o que pode ser usado e em que ordem, incluindo configuração e ordenação dos discursos” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, 144). Dessa forma, gêneros diferentes não somente regulam e controlam os discursos, mas também exercem o poder sobre as práticas sociais, sustentando estruturas sociais vigentes (RAMALHO, RESENDE, 2011).

Fairclough (2003, p.32), faz um contraste entre os “*gêneros práticos*” que considera mais a ação pela qual as coisas são realizadas, e os “*gêneros de governança*”, que regulam e controlam os modos como as coisas são realizadas. Desse modo, os gêneros podem consolidar discursos ideológicos, orientar práticas e influenciar maneiras de identificar-se na sociedade (RAMALHO; RESENDE 2011, p.61). Além disso, o autor ressalta que os gêneros discursivos podem variar, conforme os níveis de abstração, em *pré-gêneros* e *gêneros situados*, como descrevem Resende e Ramalho (2011, p.63):

O primeiro são as categorias abstratas que transcendem redes particulares de práticas sociais e que podem ser alcançados na produção de diversos tipos de textos. Já o segundo, são categorias concretas, utilizadas para definir gêneros que são específicos de uma rede de prática particular (RESENDE, RAMALHO, 2011, p.63)

Nesse sentido, é importante destacar aqui, o conceito de hegemonia, na ADC, em termos de concepção de poder. A ADC refuta teorias que se apoiam em uma visão determinista e coercitiva sobre as ações e intervenções do sujeito, em uma relação unilateral, formada, por estruturas sociais fixas que impedem o sujeito de romper com práticas desiguais e de dominação (RAMALHO; 2005). Em contraposição, a ADC considera o poder como “temporário” e “instável”, o que torna as relações sociais passíveis de ser modificadas e capazes de libertar os sujeitos dessas práticas de ação (RAMALHO; RESENDE, 2011, p. 24).

Ao utilizar a concepção de poder de Gramsci (1988, 1995), Fairclough (2001, 2008) define hegemonia como um poder exercido por uma das classes economicamente definidas com outras forças sociais, sobre a sociedade como um todo, numa constante luta hegemônica. No entanto, quando esse poder é exercido, ele se dá de forma parcial e temporária, com intensa instabilidade.

Tal característica é o que define a luta hegemônica, num constante jogo de desarticulação e rearticulação, com todos os fatores que a constitui (FAIRCLOUGH, 2008). Desse modo, o conceito de hegemonia trazido por Gramsci converge para a proposta dialética da ADC, pois, ao pensar a relação entre estruturas e eventos discursivos, pensa-se nas práticas sociais como contraditórias e em constante processo de transformação (RAMALHO, 2005). Dentro desse contexto, há inúmeras maneiras da hegemonia poder ser exercida. Uma delas é o discurso. As ideologias ecoadas pelas classes dominantes, discursos particulares, tornam-se consensos, uma verdade absoluta e uma vez veiculadas, exercem poder sobre os demais sujeitos da sociedade e estabelecem e sustentam relações dominadoras (RESENDE; RAMALHO, 2011; RAMALHO; RESENDE, 2011).

Contudo, há uma possibilidade, também, de desarticular esses elementos sociais, relacionados à “agência humana”, o que Chouliaraki e Fairclough (1999) denominaram de *reflexividade crítica*, como um instrumento de superação dessas

relações de dominação e desigualdades. A reflexividade, vista como uma ação do sujeito, enfatiza que “toda a prática tem um elemento discursivo” (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 45), não porque envolve a linguagem, mas porque construções discursivas sobre as práticas são também parte dessas práticas.

Desse modo, as práticas sociais podem ser influenciadas pela busca de práticas provenientes dessa reflexividade, o que Resende e Ramalho (2011, p.45) denominaram de “autoconstruções reflexivas”. No entanto, sendo o indivíduo inserido em sua prática discursiva e social, ele pode tanto ser agente de manutenção quanto de transformação dessa sociedade. E, ainda, esse mesmo indivíduo pode deixar-se influenciar pelas informações que sustentam as relações de dominação ou pode questionar as normas instituídas e transformá-las com suas atitudes criadoras, o que Resende e Ramalho (2011, p.45) denominam de “autoidentidade”, que o sujeito procura criar, buscar e sustentar em suas práticas, contribuindo para a mudança social.

Assim, como salienta Fairclough (2003), embora os agentes sociais possam ser socialmente constrangidos pelas estruturas sociais e pelas relações de poder existentes, suas ações não são totalmente definidas, ao contrário, elas podem ser recriadas e inovadoras a fim de modificar as práticas estabelecidas e romper com as estruturas existentes.

Nessa perspectiva, a ideologia, ao exercer o poder, mais pela via do consenso do que pelo uso da força, assume papel primordial nessas relações, pois assegura consentimento por meio de discursos naturalizados que transformam essas relações num mecanismo de preservação de hegemonias (FAIRCLOUGH, 2001).

O poder, em termos de hegemonia em ADC, desse modo, considera a possibilidade de mudança, pois a hegemonia é um processo contínuo de formação e superação da instabilidade social, ao mesmo tempo em que considera o discurso uma forma de luta pela conquista do consenso, um processo constante de articulação e modificação, no qual as “ações dos sujeitos podem reestruturar, transformar ou destituir o poder hegemônico vigente na estrutura” (RAMALHO, 2005, p. 285).

Assim, a implementação da política de atenção ao tabagista, embora possa ser determinada pelas normas e protocolos existentes, perpassa por um constante jogo

de articulação e negociação, que se estabelece nas relações entre os sujeitos que colocam essa política em ação, em uma relação dialética entre o discurso e a sociedade, na qual estão implicadas, ainda, as ideologias de cada sujeito, em uma constante luta hegemônica.

Nessa perspectiva, busca-se neste estudo identificar, nas relações estabelecidas, entre a coordenação municipal, os profissionais de saúde e os usuários do programa de atenção ao tabagista, se a política ministerial de atenção ao tabagista (diretrizes, normas e protocolos) regula e molda as práticas sociais dos atores envolvidos na implementação da política de atenção ao tabagista, perfazendo um discurso hegemônico que reproduz práticas de dominação e de poder.

5.2.2 Discurso como representação: representação social e ideologia

Os discursos podem sofrer variações conforme as perspectivas de mundo do sujeito, suas posições diferenciadas na sociedade e nas diversas relações estabelecidas com o mundo e com outros indivíduos. Nesse sentido, eles estão relacionados ao significado representacional, fazendo referência ao modo de representação de mundo, de outras práticas sociais ou mesmo como representações da prática desse sujeito em particular (RESENDE; RAMALHO, 2011).

Assim, o discurso pode assumir diversos papéis dentro de um único texto, conforme as relações estabelecidas e as articulações realizadas. Ele pode competir ou cooperar entre si, dependendo de como os atores sociais utilizam esse recurso para se relacionarem. Para Fairclough (2003, p.25), a representação é uma questão essencialmente discursiva, já que podemos distinguir discursos diferentes para representar os mesmos espaços do mundo e os mesmos agentes sociais, de

posições e de perspectivas diversificadas. Nesse sentido, representação social é entendida como

[...] versões da realidade, sujeitas ao jogo de interesses e às estratégias dos grupos ideológicos que enunciam essa realidade. As formas como os textos apresentam, dentre outros aspectos, os eventos, as situações, as relações e as pessoas recaem sobre práticas de representação, motivadas socialmente, marcadas ideologicamente e projetadas dentro de relações de poder (RESENDE, 2007, p.23)

A representação de atores sociais é uma categoria, relacionada ao significado representacional e a discursos particulares, que está interessada nos modos como esses atores são representados em textos, pelos seus discursos particulares, e podem sugerir implicações ideológicas em relação a eles e às suas práticas. Por isso, a análise de tais representações pode ser útil no desvelamento de ideologias em textos e interações (RESENDE; RAMALHO, 2011).

A ideologia, de acordo com Fairclough (2008), tem uma existência material nas práticas das instituições, ao mesmo tempo que ela interpela os sujeitos em sua constituição e orienta o discurso nas lutas hegemônicas. Assim, ela pode ser definida como

[...] significações/construções da realidade (o mundo físico, as relações sociais, as identidades sociais) que são construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas e que contribuem para a produção, a reprodução ou a transformação das relações de dominação (FAIRCLOUGH, 2008, p.117).

Desse modo, a ideologia pode moldar e remodelar as práticas discursivas, com vistas à transformação da realidade, como luta ideológica, a fim de provocar mudanças nas relações de poder. Sendo assim, ela possui propriedades tanto estruturadoras, com caráter de reprodução, como de eventos discursivos, no seu caráter de processo, transformação das estruturas condicionadas (FAIRCLOUGH, 2008). A funcionalidade dialética, nesse sentido, é característica essencial entre a estrutura e a ação, pois a liberdade do sujeito é relativa, uma vez que influenciada

por vários fatores que constroem ou supervalorizam as mudanças sociais (RESENDE; RAMALHO, 2011).

A ADC deriva o conceito de ideologia dos estudos da teoria social crítica de Thompson (2002), cujo valor conceitual é inerentemente negativo, já que, para esse autor, a ideologia, relacionada com os sentidos, serve para instaurar, legitimar e sustentar as relações de dominação e, conseqüentemente, de poder. Simultaneamente, Thompson (2002) considera que a ideologia possui uma natureza hegemônica, uma vez que estabelece e sustenta relações de dominação e serve para reproduzir a ordem social dos grupos favorecidos e grupos dominantes na sociedade, isto é, as formas “assimétricas de poder” (RAMALHO, 2005).

A política de mudança social, postulada por Fairclough, ocorre quando, de maneira consciente, abandona-se a reprodução do senso comum, que promove e sustenta as relações de dominação e legitima as desigualdades de poder, e inicia-se um processo de formulação de críticas e questionamentos, que são capazes de romper com esse funcionamento ideológico de reprodução de desigualdades (RAMALHO; RESENDE, 2011).

Nesta perspectiva é que se busca, nesta pesquisa, identificar o modo como o sujeito concebe a política de atenção ao tabagista, isto é, sua representação social, que se constitui, nos diversos espaços vivenciados, nas diferentes posições assumidas e nas várias relações estabelecidas na implementação dessa política.

5.2.3 Discurso como Identificação: identidades, modalidades e avaliação

A maneira como o sujeito identifica a si mesmo e a outros no discurso está relacionada ao significado identificacional, ao estilo, isto é, à identificação de atores

sociais no texto. Refere-se ao modo particular de ser de cada sujeito e a sua identidade, como salientam Chouliaraki e Fairclough (1999, p.63), “o tipo de linguagem usado por uma categoria particular de pessoas é relacionado com a sua identidade”.

A identidade é compreendida como uma construção social que se dá no contexto das relações sociais, produzidas constantemente nos discursos, ao mesmo tempo que, por meio deles, essas relações são instituídas, isto é, “as pessoas são em grande medida posicionadas em identidades de acordo com sua vinculação dentro de um discurso” (FAIRCLOUGH, 2001, p.223).

Assim, é preciso salientar que os constrangimentos sociais influem na constituição de identidades dos atores sociais, da mesma forma como as estruturas sociais vigentes podem restringir as práticas sociais. Contudo, do mesmo modo que estas últimas podem ser modificadas e transformadas, os sujeitos podem construir sua própria identidade para ação transformadora no mundo, a sua identidade social (RAMALHO, RESENDE, 2011).

A identidade social, portanto, está intrinsecamente relacionada às circunstâncias sociais nas quais o indivíduo está inserido socialmente, ao mesmo tempo que está associada ao modo particular de ser de cada sujeito, estabelecendo uma relação dialética, entre identidade social e identidade pessoal (FAIRCLOUGH, 2003).

O significado identificacional pode ser analisado pelas diversas maneiras como os sujeitos produzem significados a partir de textos e podem incorporá-las em suas diversas práticas (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p.13). Para realização dessa análise, podem ser utilizadas as categorias de avaliação e modalidade.

A avaliação é um aspecto importante, moldada por estilo, que está relacionado ao significado identificacional. Ela se refere às apreciações ou perspectivas do locutor sobre aspectos do mundo, acerca do que considera bom ou ruim ou do que deseja ou não, entre outros julgamentos (FAIRCLOUGH, 2003, p.172). A avaliação contém *afirmações positivas*, que são expressões mais explícitas de um atributo (um verbo, um advérbio ou um sinal de exclamação), que apresentam juízo de valor acerca do que é desejado ou indesejado, relevante ou irrelevante. Incluem-se, ainda, as *afirmações com verbos de processo mental afetivo*, que explicitam reflexão,

sentimentos e percepções subjetivas feitas pelo próprio autor. E, por fim, há as *presunções valorativas*, em que as avaliações não estão explícitas transparentemente no texto, em formas “não-ditas”, mas inseridas mais profundamente, sendo preciso identificar o que está presumido (RAMALHO, RESENDE, 2011; RESENDE; RAMALHO, 2011).

Outra categoria relevante para o significado identificacional é a modalidade, que pode ser vista como a “questão de quanto às pessoas se comprometem quando fazem afirmações, perguntas, demandas ou ofertas” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 168). A modalidade pode ser *epistêmica*, quando se compromete com a verdade, em relações de trocas de conhecimento; ou pode ser *dêontica*, quando se compromete com a obrigatoriedade ou necessidade, nas relações de trocas de atividade (RESENDE, RAMALHO, 2011, p. 82). Outra classificação diz respeito à *modalidade objetiva*, quando a base subjetiva de julgamento fica implícita, sendo seu ponto de vista projetado como universal ou agindo como veículo para o ponto de vista de outro indivíduo ou grupo, e *subjetiva*, quando a base de julgamento para o grau de afinidade com a proposição é explicitada, deixando a posição do falante clara e definida (RESENDE, RAMALHO, 2011, p. 82). Desse modo, segundo Resende e Ramalho (2011) a modalidade é compreendida como a relação entre o autor de um texto e a representação, isto é, com a construção discursiva da identidade; daí a sua importância para o estudo do significado identificacional, pois “o quanto você se compromete é uma parte significativa do que você é [...] uma texturização de autoidentidades” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 166).

Desse modo, procura-se analisar a identidade social do sujeito e o modo como ele se vê nesse processo – na política de atenção ao tabagista colocada em prática nos serviços de saúde –, a fim de identificar o estilo desse ator social, diante da realidade vivenciada, seja enquanto sujeito de reprodução social, que reproduz práticas já estabelecidas no seu cotidiano e contribui para manutenção de prática de dominação, seja em contraposição como sujeito de transformação, sujeito ativo de práticas sociais inovadoras e criadoras que possibilitem mudanças sociais.

6 CONSTRUINDO O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: O ESTUDO DE CASO PELA VIA DO DISCURSO CRÍTICO

A implementação da política de atenção ao tabagista, como um problema social e de saúde pública, possui inúmeras interfaces que necessitam de uma abordagem interdisciplinar e sociodiscursiva, na tentativa de descrever e interpretar o objeto de pesquisa. Nesta seção, descreve-se o caminho teórico-metodológico que foi utilizado para o desenvolvimento do estudo.

Entende-se, aqui, que analisar a implementação da política de atenção ao tabagista a partir dos atores sociais, que são protagonistas desse processo, poderia trazer contribuições para o processo de gestão municipal, a prática de saúde, as políticas públicas e, conseqüentemente, para a atenção dirigida ao usuário tabagista. Opta-se, nesta pesquisa, por analisar a implementação dessa política a partir da perspectiva dos sujeitos – coordenação, profissionais de saúde e os usuários –, que envolvem, por sua vez, os saberes/ fazeres, a dimensão particular da política e as relações estabelecidas nesse contexto.

Pensar na análise de uma política pública, o seu processo e suas conseqüências tem-se constituído um desafio para os pesquisadores, pois, de um lado, analisa-se a ação do Estado, com suas normativas e prerrogativas que tentam traduzir as políticas em ações na sociedade, e, de outro lado, investiga-se o processo de articulação e negociação e os atores envolvidos na construção da política, bem como as condições em que ela se desenvolve.

Na tentativa de compreender o processo de implementação do tratamento do tabagismo no SUS no município de Vitória, denominado, aqui, política de atenção ao tabagista, elege-se, para o desenvolvimento desta pesquisa, a abordagem qualitativa, buscando não apenas interpretar a realidade, mas também promover mudanças possíveis.

Assim, a abordagem qualitativa possibilita entender detalhadamente os significados e as peculiaridades que permeiam a implementação da política do tabagismo no município de Vitória, ao

“[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2004, p.22-23).

Ao buscar entender/interpretar os sentidos e as significações dos fenômenos, bem como as relações estabelecidas entre os sujeitos (TURATO, 2004), a abordagem qualitativa busca apreender os significados que esses dão as suas ações, as relações que estabelecem consigo e com os outros e compreender o sentido dos atos e as decisões dos atores sociais no contexto social no qual estão inseridos (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS, 2004).

Assim, ao entender que a política de atenção ao tabagista se dá na vida dos sujeitos e que essa é perpassada por inúmeros fatores produzidos em seu trânsito pelas atividades compartilhadas nos diferentes espaços sociais, a pesquisa qualitativa apresentou-se como proposta oportuna, uma vez que “parte do princípio de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 1998, p.79).

Concebe-se, aqui, que o conhecimento gerado pela pesquisa qualitativa não se reduz a uma descrição de dados ou mesmo a uma explicação dos fatos, pois o sujeito-observador participa da construção do conhecimento e interpreta os fenômenos, dando-lhes significados. Desse modo, “o objeto não é neutro, possui significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações” (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS, 2004, p. 110).

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa procura compreender e interpretar a ação social (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), ou, ainda, descrever e interpretar a realidade social, baseando-se em dados interpretativos, sendo, por isso considerada potencialmente crítica, pois permite “identificar estruturas de poder naturalizadas em contextos sócio-históricos definidos” (RESENDE, 2008).

Nessa perspectiva, adotou-se o estudo de caso para o desenvolvimento deste estudo, pois esse tipo de pesquisa permite o conhecimento a partir da situação real e o aprendizado é construído à medida que se desenvolve o estudo. Como salienta Stake (1994, p. 236), o “estudo de caso não é uma escolha metodológica, mas uma escolha do objeto a ser estudado pelo interesse de casos individuais e não pelo método da pesquisa usado”.

O estudo de caso possibilita apreender melhor como se estabelecem as relações ou processos sociais em um contexto de um caso particular ou de processos contemporâneos (casos), por meio de uma coleta sistemática de informações, de uma busca intensiva de dados. O estudo de caso não procura apenas descrever o processo, mas compreender, transmitir informações e contribuir nas tomadas de decisão, na implementação e na avaliação de intervenções. De maneira singular, o estudo de caso propõe-se explorar, de maneira contextualizada e delimitada em tempo e lugar, situações reais da sociedade e suas singularidades. (CHIZZOTTI, 2008).

Contudo, nesse estudo, para uma apreensão mais completa da implementação da política de atenção ao tabagista no município de Vitória, faz-se necessário analisar o contexto em que a política estava inserida, para compreender as relações e seus arranjos sociais, de forma mais completa e profunda, focalizando a realidade em uma multiplicidade de dimensões. Além disso, foi preciso estar atento aos novos aspectos e elementos que poderiam emergir durante a pesquisa, já que o estudo de caso visa sempre à descoberta de novos significados e novos sentidos. Desse modo, a preocupação fundamental do estudo de caso é a compreensão de uma instância singular. O objeto estudado é tratado como único, “uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada” (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Para análise dos dados, optou-se, nesta pesquisa, por um diálogo entre a Análise do Discurso Crítica (ADC), proposto por Fairclough (2008) e aprofundado por Ramalho e Rezende (2011), com os teóricos da área de Saúde Coletiva.

A ADC fornece subsídios para realização de pesquisas qualitativas (RAMALHO; RESENDE, 2011), cujo principal material empírico são os textos, ao comprometer-se

com o questionamento de aspectos políticos e morais da vida social, sendo sua análise multidisciplinar. A ADC não descreve somente as estruturas no discurso, mas procura a explicação em termos de propriedade da interação social e estrutura social, isto é, nas complexas relações entre estrutura social e estrutura discursiva (VAN DIJK, 2010).

Segundo Chouliaraki e Fairclough (1999, p.67), a análise crítica é relacional e dialética, “orientada para mostrar como o momento discursivo trabalha na prática social, do ponto de vista de seus efeitos em lutas hegemônicas e relações de dominação”. Nesse sentido, o discurso, segundo Fairclough (2008), pode ter efeito na construção de identidades sociais, das relações sociais entre as pessoas e para a construção de sistemas de conhecimento e crença.

O discurso entendido por Fairclough (2008), é o uso da linguagem como prática social, sendo um ponto intermediário, ao lidar com questões de eventos concretos (estruturas sociais) e estruturas abstratas (ações individuais), constituindo-se em focos simultâneos (RESENDE; RAMALHO, 2011b), como já foi descrito mais detalhadamente, no capítulo 5 “Análise de Discurso Crítica”.

Nessa perspectiva de compreender as nuances da implementação da política de atenção ao tabagista no cenário municipal e de entender como os atores sociais significam e dão sentido ao seu fazer em saúde, é que o paradigma interpretativo foi escolhido para este estudo.

6.1 O CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Programa de Controle do Tabagismo do Município de Vitória-ES, da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), nas Unidades de Saúde que

possuíam o programa de atenção ao tabagista do referido município, eram credenciadas pelo INCA³ para realização do programa e estavam realizando o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) nos últimos doze meses.

O GATT consistia em quatro sessões estruturadas em grupo, com periodicidade semanal, sendo o grupo constituído de 10 a 15 participantes tendo cada sessão a duração em torno de 90 minutos. Tais sessões seguiam o conteúdo preconizado pelo INCA, pela abordagem cognitivo-comportamental, com temas dirigidos a cada sessão: 1^a: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde; 2^a: os primeiros dias sem fumar; 3^a: como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, e 4^a: benefícios obtidos após parar de fumar. Após as quatro sessões, seguiam-se duas quinzenais, com os mesmos participantes, e uma reunião mensal, aberta para todos os grupos, para prevenção à recaída, até completar um ano (BRASIL, 2004c).

Das vinte e oito (28) unidades de saúde que compõem a rede municipal de saúde, dezesseis (16) são habilitadas pelo município e pelo INCA, para realização do programa. Contudo, uma unidade de saúde, havia mais de dois anos, não estava realizando o programa, por isso foi excluída do estudo.

Dessa forma, quinze (15) unidades perfizeram o cenário da pesquisa. São elas: Unidade da Saúde da Família (USF) de Consolação, USF de Fonte Grande, USF de Forte São João, USF de Grande Vitória, USF de Jardim da Penha, USF de Jesus de Nazareth, USF de Maria Ortiz, USF de Maruípe, USF de Praia do Suá, USF Santa Luiza, USF de Santo André, USF de Vitória, Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Camburi, UBS/ PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) de Santa Tereza e de Bairro República.

³ De acordo com o Plano de implantação da abordagem e tratamento do tabagismo, qualquer unidade de saúde ambulatorial ou hospitalar integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), pode fazer parte da rede de atenção ao tabagista, porém deverá ser obrigatoriamente credenciada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2004).

6.2 PARTICIPANTES

Os sujeitos do estudo foram formados pela coordenação municipal do controle do tabagismo, profissionais dos programas de tabagismo nas unidades de saúde do município e usuários dos respectivos programas.

O total de participantes foi assim composto: por uma (1) coordenadora municipal, quinze (15) profissionais de saúde que representaram os programas das unidades de saúde e um (1) usuário de cada serviço, totalizando trinta e um (31) participantes do estudo, os quais aceitaram participar mediante a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A escolha do usuário foi realizada por sorteio de acordo com o cadastro dos usuários do programa nas unidades de saúde, isto é, foi escolhido casualmente um usuário do cadastro e este se tornou participante da pesquisa.

O critério de inclusão considerado para participação dos usuários no estudo foi ter participado do programa de atenção ao tabagista da unidade de saúde referida, das quatro sessões dos últimos dois GATT realizados na unidade de saúde. Esse critério foi importante para que as informações acerca do programa fossem mais atuais, fidedignas e mostrassem a realidade do programa.

Esses atores sociais foram identificados ao longo do texto, com nomes fictícios próprios, como forma de garantir o anonimato e o sigilo dos participantes da pesquisa, mas, ao mesmo tempo, de destacar o protagonismo desses sujeitos neste estudo.

6.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Assim, tendo o arcabouço teórico apresentado anteriormente como perspectiva metodológica para o desenvolvimento da pesquisa e levando em consideração o objeto do estudo, estruturou-se, aqui, a pesquisa em três momentos, que foram descritos sequencialmente, na tentativa organização e compreensão do estudo. Contudo, é preciso salientar que estes momentos se entrecruzaram e, às vezes desenrolaram-se em processos concomitantes.

Se, por um lado, buscou-se conhecer, entender e compreender a política de atenção ao tabagista implementada no município, por meio de documentos oficiais, legislação, dados do programa e entrevista no âmbito na Secretaria de Saúde, por outro lado, procurou-se compreender como essa política vem sendo colocada em prática pelos atores que as desenvolvem, os profissionais de saúde, ao mesmo que se interessou em saber se essa política faz diferença para a vida dos sujeitos alvos, os usuários.

Segundo Turato (2004), “colher dados em campo é como pescar peixes no lago, rio ou mar: há redes de diversos tipos (os instrumentos de pesquisa) para peixes de diferentes tamanhos e de diferentes habitats [...]”. Dessa forma, a pesquisa abarcou os momentos descritos a seguir, como tentativa de compreender o objeto do estudo.

.6.3.1 Momento I: constituindo o campo de pesquisa

No *primeiro momento*, por meio da revisão bibliográfica sobre o tabagismo, da leitura sobre políticas para controle do tabaco e sobre o Programa Nacional de Controle do

Tabagismo e sua inserção na política de saúde brasileira, a partir das bases bibliográficas disponíveis, buscaram-se pressupostos iniciais para estruturação da pesquisa. Como salientam os autores Ludke e André (1986), o quadro teórico inicial serve de “esqueleto” para nortear a pesquisa; contudo, deve-se estar atento ao fato de novos aspectos e/ou dimensões que poderão ser identificados e acrescentados, na medida em que a pesquisa prossegue.

Nesse primeiro momento, após a construção do projeto de pesquisa e a aprovação no comitê de ética da UFES, também foi enviada uma carta à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (APÊNDICE G), com a intenção de mostrar o interesse de investigação no município, bem como os objetivos do estudo para posterior aprovação e autorização para a realização da pesquisa. Assim, após obter a autorização da Secretaria de Saúde, assim como da coordenação do Programa de Controle do Tabagismo, foi solicitada reunião com a coordenadora do referido programa para apresentação do projeto, seus respectivos objetivos e metodologia da pesquisa.

Nesse momento inicial, foram acordados com a coordenação encontros para acesso aos documentos oficiais, aos dados do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, e os contatos das unidades de saúde credenciadas pelo programa, para posterior contato telefônico e agendamento das entrevistas.

6.3.2 Momento II: a procura de vestígios

Para contextualizar o campo de estudo, fez-se necessário, *nesse momento*, a consulta documental, no âmbito SEMUS - Vitória, na tentativa de compreender e analisar como vem se caracterizando o Programa de Controle do tabagismo no

município de Vitória, no que diz respeito à legislação de tabaco, principalmente na área de atenção ao tabagista nas unidades de saúde.

Nesse momento da pesquisa, foi utilizado o formulário para análise documental dos documentos oficiais e técnicos do Programa Municipal de Controle de tabagismo (APÊNDICE A), no intuito de delinear a política de atenção ao tabagista. O instrumento contém dados de identificação, tipo de documento a ser analisado, objetivos, diretrizes e propostas do documento.

Foram analisados documentos oficiais dos instrumentos normativos federais e municipais, documentos relevantes sobre a política em questão, planos e os relatórios de gestão. Além disso, fez-se necessário analisar alguns dados secundários do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, contidas nas Planilhas de Consolidação Municipal, correspondentes ao ano de 2011, aos quais continham as informações enviadas pelas unidades de saúde à coordenação municipal, referentes aos dados de atendimento, material de apoio e medicamentos para o tratamento. Esses dados permitiram caracterizar o funcionamento do Programa de Controle do Tabagismo no município, que constituiu um dos eixos da implementação da Política Nacional de Controle do Tabagismo.

Alguns apontamentos referentes aos documentos serão feitos no item que caracteriza o município de Vitória.

6.3.3 Momento III: a voz dos atores

O *terceiro momento* consistiu na realização de entrevistas com a coordenação municipal, com os profissionais de saúde, representantes dos programas de atenção

ao tabagista das unidades de saúde e com usuários do referido programa do município.

A entrevista, na pesquisa qualitativa, pressupõe uma interação entre o pesquisador e o pesquisado (SEVERINO, 2007). Ou ainda, um encontro autêntico entre o sujeito pesquisador e o sujeito pesquisado (SOUZA; MATOS, 2004), no qual o primeiro visa apreender a realidade do segundo, o que ele pensa, sabe, representa e argumenta, ao falar de si, do seu mundo, de suas percepções e vivências.

Para tal, foram utilizados três roteiros semiestruturados para o desenvolvimento da pesquisa, com perguntas abertas e fechadas. Nesse caso, o roteiro da entrevista, funcionava como um guia para facilitar o diálogo, ampliar e aprofundar a comunicação (MINAYO, 1996). O primeiro roteiro foi dirigido à coordenadora municipal de tabagismo (APÊNDICE B), e o segundo aos profissionais do programa de atenção ao tabagista nas unidades de saúde (APÊNDICE C). Esses instrumentos foram divididos em duas partes. A primeira continha os dados de identificação, referindo-se ao perfil dos sujeitos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de atuação no programa e formação específica de atuação do tratamento do tabagismo. A segunda parte baseava-se em alguns eixos para elaboração das questões referentes ao programa de atenção ao tabagista: ações relacionadas ao tratamento; perspectivas relacionadas à política de atenção ao tabagista; potencialidades, fragilidades e desafios do programa

Já o último instrumento foi dirigido aos usuários do programa (APÊNDICE D), para identificar a percepção desses atores a respeito da política implementada. Esse instrumento foi estruturado em duas partes. A parte I continha dados de identificação: idade; sexo; escolaridade; estado civil; e situação tabagística. A parte II foi estruturada de acordo com os eixos relacionados ao programa de atenção ao tabagista: perspectivas relacionadas ao programa; recursos ofertados; potencialidades, fragilidades e desafios do programa.

Os instrumentos foram, inicialmente, testados e validados na Unidade de Saúde de Vitória, pertencente ao município de Vitória, e, logo após, foram feitas as adequações necessárias.

A pesquisa de campo foi feita pela pesquisadora e por duas alunas de Iniciação Científica (IC), treinadas previamente para realização das entrevistas, no período de março a agosto de 2012.

A coleta de dados, contudo, somente aconteceu após a autorização institucional, pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e após o encaminhamento do Termo de Consentimento Institucional (ANEXO A) para acesso aos documentos técnicos e para entrevista aos técnicos do programa de atenção ao tabagista e aos usuários dos respectivos programas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Institucional, foi enviado, via e-mail, carta convite aos técnicos da SEMUS do programa de atenção ao tabagista para participação na entrevista.

As entrevistas foram agendadas previamente e conduzidas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, em seus respectivos locais de trabalho, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais (APÊNDICE E) e para o usuário (APÊNDICE F). As entrevistas foram gravadas com gravador de voz digital, após concordância dos entrevistados, tendo duração média de 60 minutos.

6.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Os discursos dos sujeitos, gravados em áudio, foram transcritos, e, logo após, foram feitas as impressões dos arquivos em papel. O primeiro procedimento foi a leitura cuidadosa de cada entrevista. Na segunda leitura, foram feitos grifos e tomadas notas a respeito dos textos, já se iniciando uma seleção prévia dos recortes potenciais, em um levantamento preliminar de *corpus*. Logo após, foi adotado o procedimento de codificação por cores (RESENDE, 2008). Foram utilizadas canetas

marca-texto de cinco cores diferentes, como primeira estratégia para separar os tópicos e destacar as recorrências relevantes que se apresentaram nos discursos dos sujeitos. Posteriormente, esses tópicos foram sendo organizados em grupos temáticos para facilitar o processo de redação da análise. Desse modo, os temas e as categorias foram sendo construídas a partir do texto, provenientes dos discursos, e preocupou-se em tornar os recortes dos discursos significativos em seu conjunto, não se constituindo como enunciados isolados, como proposto por Ramalho e Resende (2011). Assim, foram sendo identificados discursos que refletiam e expressavam a temática desenvolvida, e, posteriormente, por meio da via interpretativa, já descrita anteriormente, deu-se o processo de diálogo no processo de discussão dos resultados encontrados.

Na análise, buscou-se identificar os significados presentes nos discursos, propostos por Fairclough (2008), nas diversas maneiras de agir, representar e identificar, relacionadas aos significados acional, representacional e identificacional, que constituem o aspecto discursivo de rede de práticas sociais e possibilitam investigar a relação dialética entre a linguagem e a sociedade, constituindo categorias discursivas e sociais. Buscou-se, também, nesse estudo dialogar com os teóricos da área da saúde coletiva, a fim de discutir a política de atenção ao tabagista nesse contexto político e social.

Na análise do primeiro significado, o discurso como ação, destacou-se a hegemonia e o poder nas práticas sociais, e, nessa perspectiva, procurou-se identificar esses elementos nas relações estabelecidas entre a coordenação municipal, os profissionais de saúde e os usuários do programa de atenção ao tabagista, ao mesmo tempo em que se buscou identificar se a política ministerial de controle ao tabagismo (diretrizes, normas e protocolos) regula e molda as práticas sociais dos atores envolvidos na implementação da política de atenção ao tabagista, perfazendo um discurso hegemônico que reproduz práticas de dominação e de poder. Já na análise do segundo significado, o discurso como representação, destacou-se a ideologia que molda e remodela as práticas discursivas. Buscou-se, nessa direção, identificar o modo como o sujeito concebe a política de atenção ao tabagista, isto é, sua representação social, que se constitui nos diversos espaços vivenciados, nas diferentes posições assumidas e nas várias relações estabelecidas na implementação dessa política. E, por fim, em relações ao significado identificacional,

como o sujeito identifica-se a si mesmo e aos outros no discurso, procurou-se analisar a identidade social do sujeito e o modo como ele se vê nesse processo – na política de atenção ao tabagista colocada em prática nos serviços de saúde –, a fim de identificar o estilo desse ator social diante da realidade vivenciada, seja como sujeito de reprodução social, que reproduz práticas já estabelecidas no seu cotidiano e contribui para a manutenção de prática de dominação, seja como sujeito em contraposição, sujeito de transformação, sujeito ativo de práticas sociais inovadoras e criadoras que possibilitem uma mudança social.

É preciso destacar que as entrevistas com os sujeitos geraram uma extensa e rica quantidade de dados. Por isso, foi necessário realizar recortes para análise a fim de focalizar os objetivos da pesquisa. E, como qualquer escolha pressupõe perdas, pelo não aproveitamento de todos os dados gerados, algumas informações foram deixadas à parte da pesquisa. Porém, como salientam Ramalho e Resende (2011, p. 90), “o consolo é saber que toda pesquisa é mesmo um processo formado por escolhas subsequentes, e, além disso, sempre é possível utilizar os dados não explorados em trabalhos posteriores”.

Para sistematizar a análise, os resultados foram organizados em quatro partes. Na primeira, “*Um olhar sobre o município de Vitória*”, buscou-se contextualizar a política no âmbito municipal, bem como traçar o perfil do programa de atenção ao tabagista, por meio da análise dos documentos oficiais e dados do programa. Na segunda parte, “*Com a palavra o gestor*”, buscou-se ouvir a coordenação municipal do programa de controle do tabagismo acerca da política implementada. Na terceira, “*Com a palavra os profissionais*”, os sujeitos que colocam de fato essa política em prática, os profissionais de saúde, puderam expressar o seu olhar acerca da política implementada. Por fim, “*Com a palavra os usuários*”, buscou-se desvendar, nos discursos desses usuários, sujeitos historicamente situados, as mudanças provocadas pela política em sua vida.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi estruturada e realizada observando-se os preceitos éticos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas que envolvem seres humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética do Centro de Ciências de Saúde (CCS) da UFES e aprovada sob o Nº. 276/11 (ANEXO B).

Aos sujeitos que participaram da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E e F). As gravações com conteúdos das entrevistas estão em arquivos armazenados em CDs, e as transcrições impressas estão sob a guarda do pesquisador.

7 UM OLHAR SOBRE O MUNICÍPIO DE VITÓRIA

A história do Espírito Santo e, conseqüentemente, do município de Vitória iniciou-se depois de 34 anos que o Brasil foi descoberto, por volta de 1534. O, então, Rei de Portugal, D. João III, dividiu as terras do Brasil em capitanias hereditárias, cabendo a capitania do Espírito Santo ao fidalgo Vasco Fernandes Coutinho, que tomou posse em 23 de maio de 1535, instalando-se no sopé do Morro da Penha, em Vila Velha (VITÓRIA, 2012a). A escolha do nome Espírito Santo se deve à coincidência da chegada da caravela no dia em que se comemora a festa religiosa do Divino Espírito Santo (VITÓRIA, 2009b).

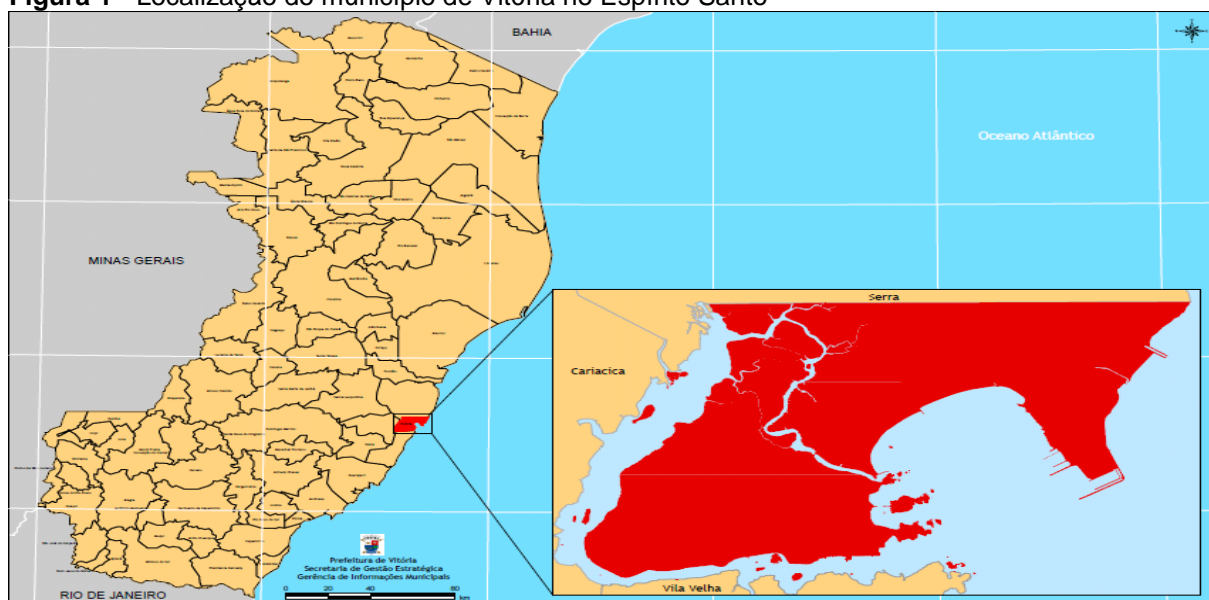
O fundador de Vitória foi Duarte de Lemos, um dos companheiros de Vasco Fernandes Coutinho, que recebeu a Ilha de Santo Antônio como recompensa pelas bravuras na navegação portuguesa. (VITÓRIA, 2009b). Nos 300 anos iniciais de sua história, Vitória foi uma vila-porto, tendo enfrentado franceses e ingleses atrás de açúcar e de pau-brasil. Em meio ao pequeno núcleo urbano, de feição nitidamente colonial, havia "capixabas" – roças, na língua dos índios – expressão que acabou servindo para denominar os habitantes da ilha e, posteriormente, todos os espírito-santenses (VITÓRIA, 2012a).

Em 8 de setembro de 1551, data de fundação de Vitória, houve uma batalha violenta entre os índios Goitacazes e os colonos. Os últimos venceram e, entusiasmados pela vitória, passaram a chamar o local de Ilha de Vitória (VITÓRIA, 2009b). A emancipação política do município ocorreu em 24 de fevereiro de 1823, quando um Decreto-Lei Imperial concedeu Fórum de Cidade à Ilha de Vitória (VITÓRIA, 2012a).

Vitória é a capital do Estado do Espírito Santo, um dos quatro estados que compõem a Região Sudeste. É uma das três ilhas-capitais do Brasil, juntamente com Florianópolis e São Luís. Integra a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), juntamente com os municípios de Serra, Vila Velha, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari. É a segunda capital mais antiga do Brasil. Sua extensão territorial limita-se, ao norte, com o município de Serra; ao sul, com Vila Velha; a oeste, com

Cariacica, e, a leste, com o Oceano Atlântico. Seu território é constituído de uma ilha principal, com área de 29.37 km², e a parte continental, situada ao norte, com extensão de 34.35 km². Integram-se também as Ilhas Oceânicas de Trindade e o Arquipélago de Martin Vaz, situadas a 1.140 km da costa, com área de 10.92 km². Além desses espaços, a Ilha de Vitória é formada por um arquipélago composto por 33 ilhas e por uma porção continental, totalizando 93,38 quilômetros quadrados (VITÓRIA. 2012a).

Figura 1 - Localização do município de Vitória no Espírito Santo



Fonte: Vitória em Dados - Vitória em Mapas (VITÓRIA, 2012a)

Tem uma população estimada de 327.801 mil habitantes, cobrindo uma faixa de 98.506 km², e apresenta valor da renda per capita⁴ de R\$ 1.498 reais, segundo informação disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município corresponde a 0,856⁵. A população tem uma boa cobertura de serviços básicos de habitação, uma vez que 97,4% dos habitantes recebem água encanada; 99,8 % possuem energia elétrica e

⁴ Rendimento mensal total domiciliar per capita nominal em 2010.

⁵ Índice de Desenvolvimento Humano municipal 1991 e 2000.

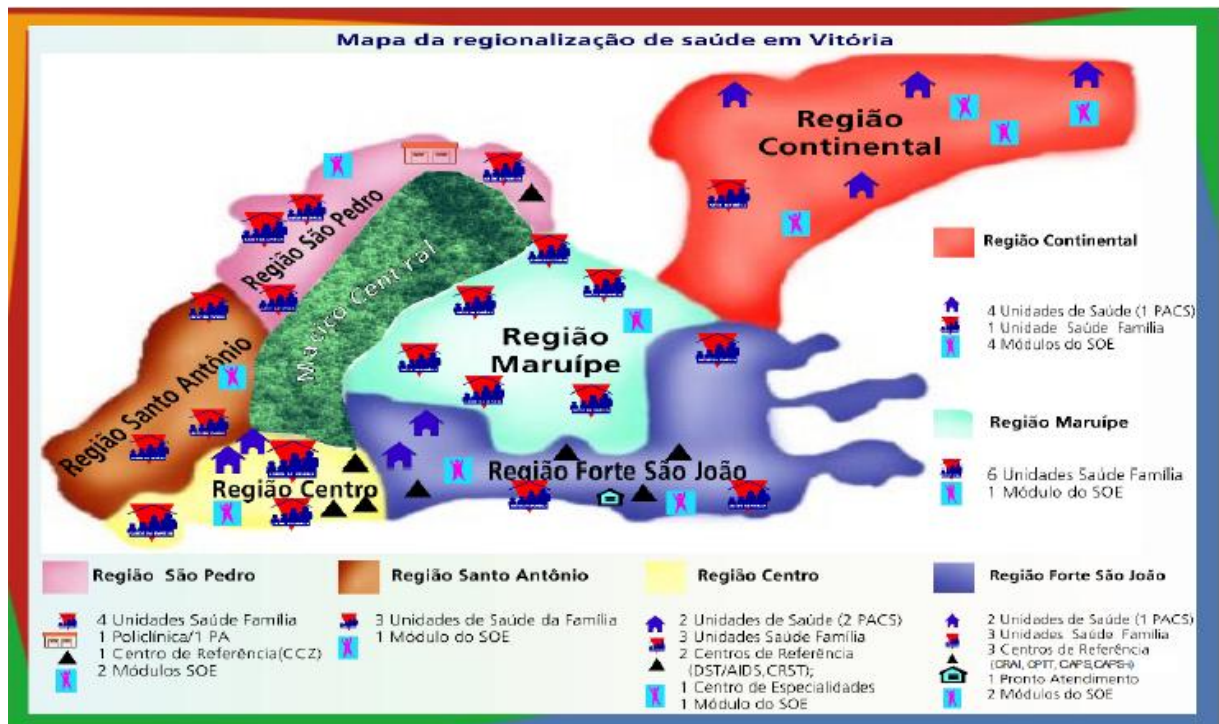
99,6% têm acesso à coleta de lixo (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2003).

7.1 A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

No momento da pesquisa, o Sistema Municipal de Saúde Vitória era constituído da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), de suas políticas e diretrizes, dos órgãos da administração local, dos dirigentes de saúde, da rede física, dos recursos humanos, dos recursos financeiros e dos usuários do sistema, sendo estes representados nos conselhos e nas conferências municipais de saúde (VITÓRIA, 2009b).

Na territorialização da Saúde, o município de Vitória era dividido em seis Regiões de Saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João e vinte e sete (27) territórios de saúde (Figura 2).

Figura 2 – Mapa da regionalização de saúde em Vitória



Fonte: Plano Municipal de Saúde de 2010 a 2013 (Vitória, 2009).

Cada região era organizada por diversos territórios de saúde, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. Esse espaço não era apenas um espaço delimitado geograficamente, mas, sim, um espaço onde as pessoas viviam, estabeleciam suas relações sociais, trabalhavam, cultivavam suas crenças e cultura (VITÓRIA, 2009b).

A rede municipal própria era constituída por vinte e oito (28) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo quatro (04) unidades básicas de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), três (03) com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e vinte e uma (21) com Estratégia Saúde da Família. No final do ano de 2010, aproximadamente setenta e oito por cento dos servidores eram efetivos, dezesseis por cento eram contratados e seis por cento eram temporários, o que proporcionava uma cobertura de 73% da população (VITÓRIA, 2011). As equipes de saúde da família eram compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Entretanto, tais unidades contavam também com outros profissionais

de saúde: assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e farmacêuticos (VITÓRIA, 2010).

A Política Municipal de Saúde de Vitória era sustentada no “tripé de governança do Sistema Municipal de Saúde”: *Atenção Integral à Saúde do Cidadão* (atenção básica, atenção especializada, atenção às urgências e emergências, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico); *Vigilância em Saúde* (epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) e *Gestão do SUS* (estrutura organizacional; investimentos em saúde; gestão do trabalho; gestão da formação e educação em saúde; informação em saúde; auditoria em saúde; regulação; controle e avaliação; participação e controle social) (VITÓRIA, 2009b).

Os principais serviços ofertados eram as consultas médicas e de enfermagem, ações de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimento psicológico, odontológico, fonoaudiológico e de serviço social, atividade física orientada, vacina, nebulização, curativo, coleta de exames laboratoriais, serviços de enfermagem, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados, ações de promoção da saúde. Além desses serviços próprios, a capital concentrava a maior parte da rede de serviços ambulatorial, hospitalar e logística de média e alta complexidade, sob gestão estadual, sendo referência intermunicipal, inter-regional e interestadual (VITÓRIA, 2010).

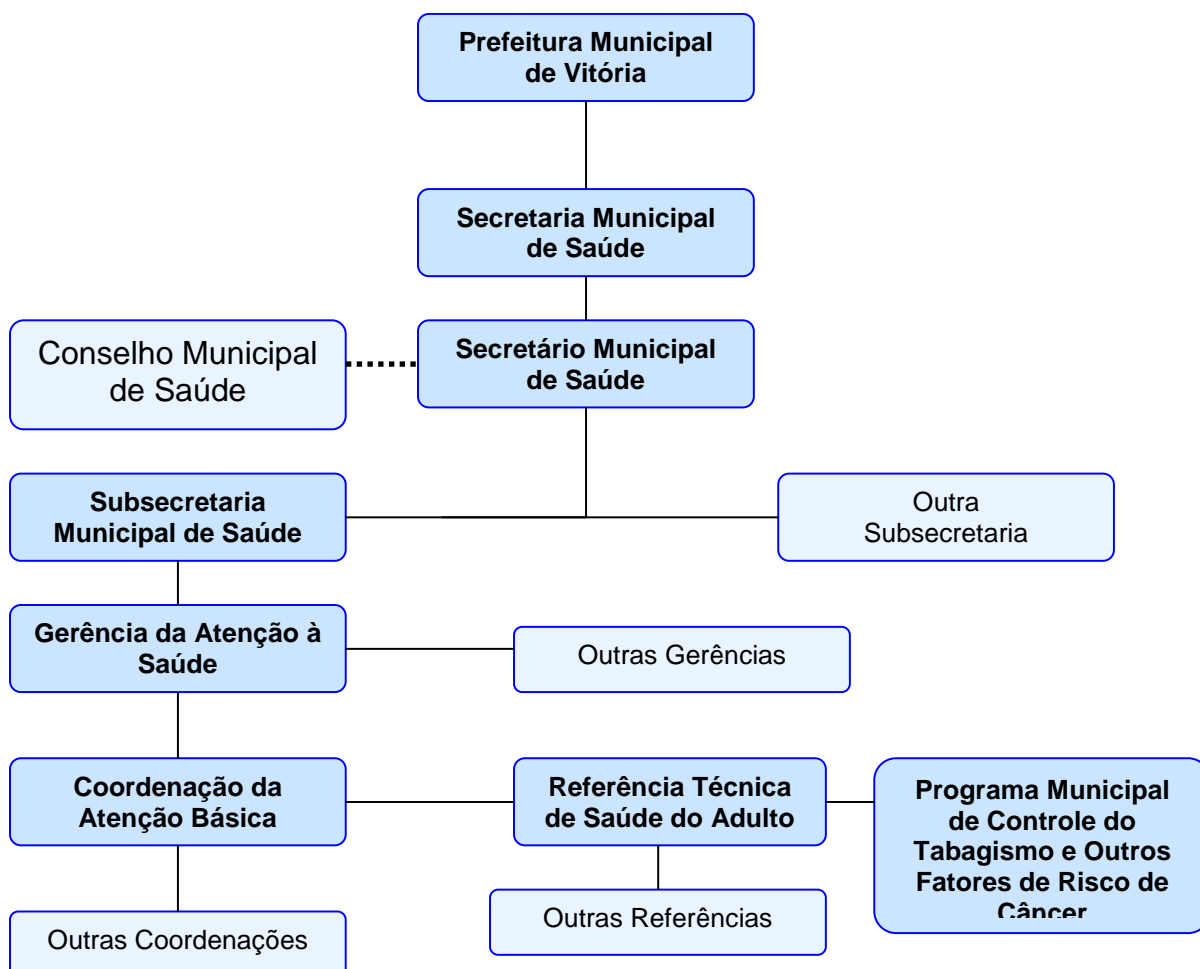
O perfil epidemiológico do município assemelhava-se ao do cenário nacional. As três principais causas de óbito no município entre os anos de 1999 e 2008, foram as doenças cardiovasculares (31,47%), seguida das neoplasias (18,66%) e dos óbitos decorrentes de causas externas, com predomínio de homicídios (17,08%). As principais causas de morbidade no município no mesmo período eram, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório (13,18%), do aparelho respiratório (13,11%) e do aparelho digestivo (13,06%) (VITÓRIA 2009b).

Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde vinha implementando, nessa última década, um modelo de saúde pautado no planejamento democrático e participativo, colegiado, sistemático e contínuo, integrado, baseado na intersetorialidade e na participação popular.

7.2 O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

O Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PMTCC) estava inserido na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), na Gerência da Atenção à Saúde (GAS), sob a Coordenação da Atenção Básica, e da Referência Técnica de Saúde do Adulto, sob a coordenação de uma Técnica do programa (VITÓRIA, 2007), conforme organograma abaixo:

Figura 3 – Organograma adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória



Fonte: Relatório de Gestão (VITÓRIA, 2009).

As ações de controle do tabagismo no município de Vitória, inicialmente denominado Núcleo de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – NUTAPP foram implantadas no município em julho de 1998, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por câncer dos munícipes, por meio da redução dos fatores de risco de câncer, com enfoque no tabagismo, hábitos alimentares inadequados, exposição excessiva ao sol, uso abusivo de álcool e exposição ocupacional (VITÓRIA, 1999).

Em agosto de 1998, iniciou-se, na Secretaria Municipal de Saúde a implantação do Programa “SEMUS Livre do Tabaco”. O primeiro passo foi a composição da comissão executiva para planejamento e efetivação das ações. A seguir, realizou-se o levantamento da prevalência de fumantes e traçou-se o perfil do tabagismo entre os servidores do nível central. Posteriormente, desenvolveu-se a divulgação e a comunicação do programa, com fixação de cartazes em locais estratégicos e distribuição de folders. Paralelamente, foram normalizadas as ações de controle do tabagismo nas dependências da Secretaria por meio da Portaria nº 006/99, baseada no artigo 2º da Lei Federal nº 9294, de 16 de julho de 1996. Por meio dessa portaria, restringiu-se o consumo de tabaco e seus derivados aos fumódromos e também foi implantado um grupo de “Ajuda Mútua” para os servidores que desejassem parar de fumar. Em continuidade, a Secretaria Municipal de Saúde assessorou a implantação de ambientes livres do tabaco em toda a rede de saúde, em outras secretarias e empresas do município (VITÓRIA, 1999).

Iniciou-se, então, a implantação do Programa de Controle de Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer nas unidades de saúde, tendo como alvo, em primeira instância, as unidades de saúde e seus profissionais e, posteriormente, os usuários dos referidos serviços. Na primeira fase, que envolvem as ações das “Unidades de Saúde Livres do Cigarro”, buscou-se, por meio da sensibilização, provocar a mudança quanto à aceitação social do tabagismo e conscientizar o papel do profissional de saúde, criando um ambiente propício para o aconselhamento do usuário fumante pelo profissional, de forma a incentivar a população a deixar de fumar. No intuito de sistematizar o papel de cada ator no programa, foram formados as comissões executivas em cada unidade de saúde, a fim de implantar e estabelecer os processos de avaliação que antecederiam a intervenção propriamente dita, o monitoramento e uma avaliação final. Na segunda fase, partiu-se para o

processo de instrumentalização dos profissionais, a fim de que eles ofertassem uma orientação mais específica ao fumante, uma abordagem mínima e eficaz, diariamente, no atendimento ambulatorial, que promovesse a motivação para a cessação do tabagismo (VITÓRIA, 1999).

A partir daí, o programa buscou desenvolver ações educativas, pontuais e contínuas, legislativas e econômicas, além das capacitações de técnicos e agentes de vigilância sanitária para fiscalização dos ambientes fechados e implantação do Programa Saber Saúde nas escolas de ensino fundamental (VITÓRIA, 2007).

Em 6 de abril de 2008, o Ministério Público do Estado do Espírito Santo e a Prefeitura Municipal de Vitória resolveram celebrar o Termo de Ajuste de Conduta (TAC), com eficácia de título executivo extrajudicial, nos termos do artigo 5º, parágrafo 6º, da Lei Nº 7.347/85 e artigo 585, inciso II, do Código de Processo Civil, a fim de implementar e efetivar o Plano Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) e promover assistência à saúde adequada aos usuários do tabaco (VITÓRIA, 2008).

A partir desse termo, a Política Municipal de Controle do Tabagismo, além de direcionar suas ações pautadas nos objetivos e diretrizes da Política Nacional de Controle de Tabaco, procurou cumprir o que foi acordado no TAC, sendo este um dispositivo de fortalecimento das estratégias e ações da política municipal.

A ampliação da cobertura do Programa de Controle do Tabaco no Município de Vitória foi um das cláusulas do TAC, bem como o estabelecimento do prazo para o Município de Vitória expandir a cobertura assistencial e regular a atenção dirigida pelo programa. Além disso, o município deveria seguir as orientações previstas na Portaria Nº 1.035/GM de 31 de maio de 2004, e na Portaria SAS Nº 442, de 13 de agosto de 2004, e as subseqüentes eventuais alterações regulamentares (VITÓRIA, 2008).

Outro ponto a destacar foi quanto à classificação de todas as unidades de saúde do município (inclusive unidades de pronto atendimento) como “Unidades Livres do Tabaco” e a pactuação de que todos os futuros serviços que viessem a integrar a rede de saúde do Município de Vitória fossem, desde logo, classificados nesse quesito (VITÓRIA, 2008). Essa cláusula está de acordo com o artigo 8º da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – *Proteção contra a*

exposição à fumaça do tabaco –, que obriga as partes, entre elas, o município, a adotarem medidas eficazes de proteção contra a exposição à fumaça do tabaco. Todas as orientações para nortear as ações estão contidas no guia para elaboração e implantação de políticas públicas “Ambientes 100% Livres do Tabaco”, o qual norteou também as ações do município (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

Em 2008, toda a rede de saúde municipal já era classificada como programa ambiente livre de cigarro. Entretanto, nesse mesmo ano, foi realizado um levantamento do trabalho desenvolvido pelas comissões executivas, para avaliar as ações do Programa de Controle do Tabagismo. Nesse levantamento, observou-se que tais comissões não mantiveram suas composições conforme definidas na implantação do programa, em virtude da rotatividade de profissionais nos serviços de saúde. Diante dessa situação, o município publicou a Portaria Nº 16, de 6 de setembro de 2008, que atualizava a composição das comissões executivas para ambientes livre do tabaco em toda a rede municipal de saúde, visando fortalecer as ações da política em toda a rede (VITÓRIA, 2011).

O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante estabeleceu a abordagem cognitiva comportamental como base do tratamento dos fumantes, podendo ser utilizado o apoio medicamentoso em condições específicas. A abordagem cognitivo-comportamental foi classificada em abordagem breve/mínima, abordagem básica, abordagem específica/intensiva, abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaídas, abordagem do fumante que não deseja parar de fumar e abordagem do não fumante (BRASIL, 2001).

Em relação à abordagem mínima e básica, estratégia que oportuniza a sensibilização dos usuários ao tratamento do tabagismo de forma contínua e integrada pelos profissionais de saúde, constatou-se a necessidade de mudança de conceitos e postura quanto ao hábito de fumar, demandando um investimento permanente e contínuo junto a esse sujeitos. Inicialmente, foram ofertadas cinco turmas para formação em abordagem básica do fumante, que contemplavam um total de duzentos e cinquenta trabalhadores de saúde, abrangendo desde agentes comunitários até médicos para toda a rede municipal de saúde e incluindo as vinte e oito unidades de saúde, cinco centros de referências e dois prontos atendimentos. A

partir daí, essas formações foram sendo realizadas de forma sistemática, uma vez que a sensibilização para a abordagem básica era um desafio constante, devendo constituir tema de educação permanente a ser abordado nos processos de formação, nas reuniões de equipe, entre outros (VITÓRIA, 2011).

A Abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento intensivo do tabagismo, adotado pela política municipal, seguiu os parâmetros da Portaria Nº 1035/GM de 31 de maio de 2004, e da Portaria SAS Nº 442, de 13 de agosto de 2004. Desde 1998, o município de Vitória iniciou o tratamento de fumantes no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos, e, até o ano 2008, havia seis serviços de saúde realizando a abordagem. A partir dos compromissos firmados no TAC, no qual foi previsto o estabelecimento de quatorze unidades de referência, com credenciamento/Implantação para o tratamento de tabagismo intensivo, o município ampliou o tratamento intensivo para mais dez unidades (VITÓRIA, 2011), como pode ser evidenciado na Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Serviços de saúde que realizaram o tratamento de fumantes no ano de 2011.

Centro Terapêutico de Tratamento de Toxicômanos
Unidade de Saúde Bairro República
Unidade de Saúde da Família Consolação
Unidade de Saúde Fonte Grande
Unidade de Saúde da Família Forte São João
Unidade de Saúde Grande Vitória
Unidade de Saúde Jardim Camburi
Unidade de Saúde Jardim da Penha
Unidade de Saúde Jesus de Nazareth
Unidade de Saúde Maria Ortiz
Unidade de Saúde da Família Maruípe
Unidade de Saúde da Família Praia do Suá
Unidade de Saúde Santa Luíza
Unidade de Saúde Santo André
Unidade de Saúde Santa Teresa
Unidade de Saúde da Família Vitória

Fonte: Relatório circunstanciado sobre tratamento do tabagismo no município de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

Tal resultado era decorrente de um conjunto de ações, entre as quais merece destaque o Curso de Abordagem Intensiva do Fumante, que teve vinte e cinco (25) turmas concluintes, ampliando a rede de atendimento do fumante (VITÓRIA, 2011).

Tais cursos, além possibilitarem a formação de mais profissionais para atuarem no programa e de superarem a meta prevista no TAC, com o acréscimo de dez serviços de saúde, permitiram ampliar a discussão de ações de controle do tabagismo em cada serviço de saúde e fortalecer a política implementada. Dessa forma, observa-se que a formação dos profissionais para o desenvolvimento de iniciativas de abordagem ao tabagista na rede pública traz contribuições para a realização de atividades de controle do tabagismo na comunidade, para a multiplicação da formação para outros profissionais e a para a implantação de abordagens diretas ao tabagista, seja de forma individual, seja de forma coletiva (AZEVEDO et al., 2009).

O Controle do Tabagismo no município de Vitória abrangia serviços que integrava desde ações de promoção e prevenção até o tratamento do fumante, por meio de uma rede municipal formada por vinte e oito Unidades Básicas de Saúde, dois Prontos Atendimentos e cinco Centros de Referência. A Estratégia da Saúde da Família, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e a Unidade Básica de Saúde, modelos adotados pelo município para organização da atenção básica, constituíam estratégias que priorizavam as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (VITÓRIA, 2011).

Registrou-se, no período de outubro de 1998 a setembro de 2007, um total de 1.301 usuários participantes do Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT), obtendo-se um percentual de 32,67% relativos à cessação de fumar. No entanto, para o cálculo dessa taxa, foram considerados o número de avaliações clínicas e o quantitativo de pessoas que pararam de fumar durante o período de abordagem cognitivo-comportamental, não permitindo confirmar a cessação de tabagismo após um ano de acompanhamento, como era preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (VITÓRIA, 2007).

O município de Vitória, como instrumento de gestão e fortalecimento da Política Municipal de Controle do Tabagismo, já fazia a inserção de suas ações e estratégias no Plano de Ação de Saúde, antes mesmo do compromisso firmado no TAC (VITÓRIA, 2011). No Plano Municipal de Saúde 2010-2013, aprovado em 10 de dezembro de 2009 pela Resolução CMSV Nº 359/2009, uma das metas descritas era a ampliação das ações intersetoriais de controle do tabagismo em 100% dos

territórios de saúde (VITÓRIA, 2009b). Além disso, o município também assumiu a responsabilidade de inserir, na proposta de orçamento para os anos vindouros, verbas suficientes e responsabilidades municipais no custeio tripartite das ações de abordagem e tratamento do tabagismo (VITÓRIA, 2008). É importante, salientar que a existência de um plano ou projeto para implementação do tratamento do tabagismo é essencial para, de fato, colocar-se em prática a política elaborada e alcançar uma redução de prevalência de doenças tabaco relacionadas no município (CARVALHO, 2009).

Em 2010, a Resolução Nº 386/2010, do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV), aprovou o Pacto pela Vida, no qual constavam os indicadores da Atenção Básica e de Gestão, pactuados pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para o ano de 2010. Entre as metas para Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, constava, na prioridade cinco – *Promoção da Saúde* – e no terceiro objetivo – *reduzir a prevalência do tabagismo no país* –, o indicador *prevalência de tabagismo em adultos*, tendo sido pactuada, para esse indicador, a meta de 14,60% para o ano de 2010 (VITÓRIA, 2010).

De acordo com dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de fumantes em adultos maiores de 18 anos vem apresentando um declínio no município de Vitória, como pode ser observado na tabela 1, demonstrando o impacto das ações da política no município.

Tabela 1 – Prevalência de fumantes em adultos maiores de 18 anos no município de Vitória, segundo VIGITEL, nos anos de 2008, 2009 e 2010.

ANO	%
2008	13,1%
2009	13,9%
2010	12,7%

Fonte: Relatório circunstanciado sobre tratamento do tabagismo no município de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

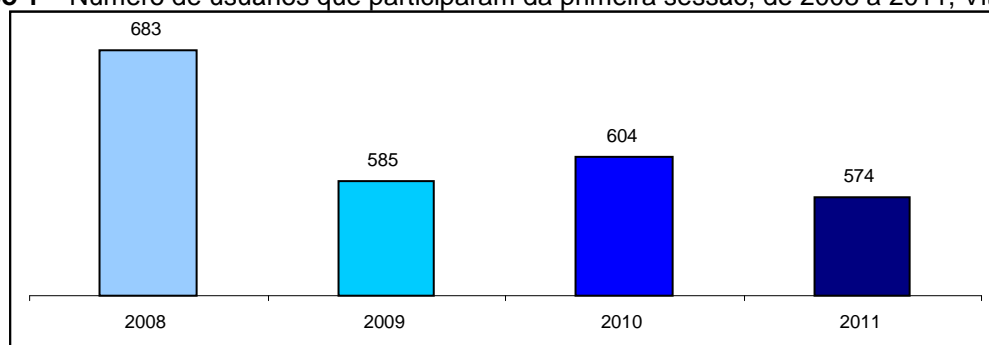
O *Relatório de Gestão 2010*, aprovado em 3 de maio de 2011, por meio da Resolução Nº 554, do Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMSV), demonstrou que o indicador pactuado foi alcançado pelo município, chegando a 12,7%. Entretanto, algumas ações pactuadas, planejadas para 2010, não foram realizadas,

tais como a implantação dos fóruns de discussão sobre temáticas relacionadas ao controle do tabagismo, a ampliação em 100% das ações intersetoriais de controle do tabagismo (somente 35% dessas ações foram ampliadas nos territórios de saúde) e a implementação de banco de informações para monitorar e avaliar as informações referentes ao tratamento do fumante nos serviços de saúde com GATT (implantado em apenas 50% dos serviços, devido à dificuldade de retorno da informação). Contudo, outras ações foram realizadas, como o desenvolvimento de processos de educação permanente para equipes de saúde que trabalhavam com o controle do tabagismo; curso de Abordagem Básica do Fumante; curso de Abordagem Intensiva do Fumante; Seminário Municipal do Dia Mundial sem Tabaco; curso para Agentes da Vigilância Sanitária; e rodas de educação permanente, com temas referentes ao processo de trabalho das equipes de controle do tabagismo (VITÓRIA, 2011).

A avaliação, o monitoramento do programa e o cumprimento do compromisso previsto no TAC, no período de 2008 até a presente data, estavam sendo realizados pela Secretaria Municipal de Saúde por meio de visitas técnicas e relatórios junto aos diretores e trabalhadores de saúde que integravam as ações de controle do tabagismo nos serviços de saúde da rede municipal (VITÓRIA, 2011).

Os dados de monitoramento e avaliação do município permitem caracterizar mais detalhadamente o andamento do Programa Controle do Tabagismo. No período de 2008 a 2011, os dados contidos nas planilhas de monitoramento do programa municipal evidenciaram que o número de fumantes que participaram da primeira sessão, no programa de atenção ao tabagista, apresentou-se flutuante, chegando a apresentar um declínio de 2010 para 2011, apesar de o número de serviços ter aumentado, como mencionado anteriormente.

Gráfico 1 – Número de usuários que participaram da primeira sessão, de 2008 a 2011, Vitória, ES.

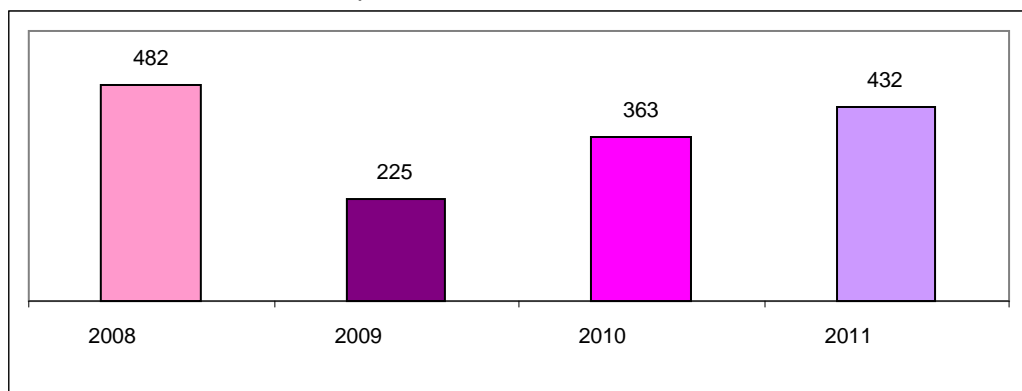


Fonte: Planilhas sobre Tratamento do Tabagismo de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

Os dados municipais não corroboram com dados de uma pesquisa de abrangência nacional (CARVALHO, 2009), que assinalou o aumento progressivo no número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada, no período de 2005 a 2008.

Quanto ao número de usuários que fizeram uso de algum medicamento durante o tratamento do tabagismo, apesar de ter diminuído de 2008 para os anos seguintes, manteve-se crescente nos últimos três anos.

Gráfico 2 - Número de usuários que usaram medicamento, de 2008 a 2011, Vitória, ES.

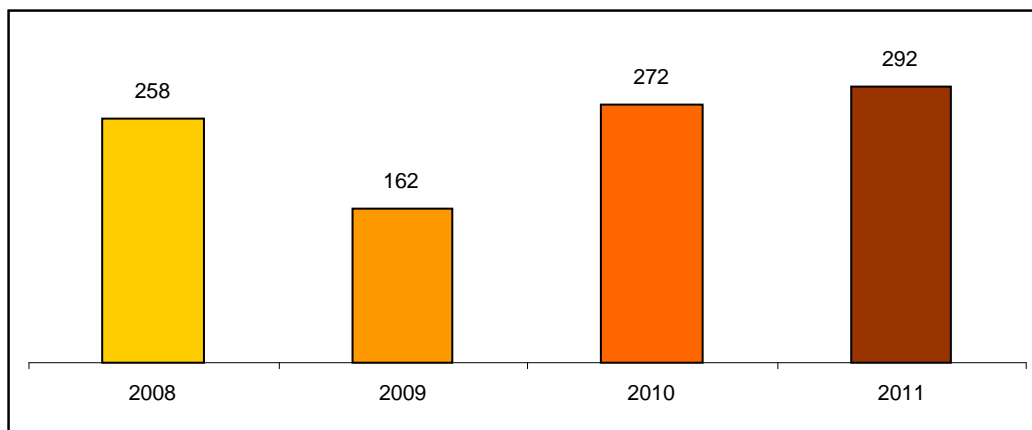


Fonte: Planilhas da Distribuição dos Medicamentos de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

A terapia medicamentosa como apoio ao tratamento do fumante tem-se mostrado eficaz (SIMS; FIORE, 2002; BERRETENINI, LERMAN, 2005). Usuários que utilizaram algum auxílio farmacológico tiveram maior sucesso, sem diferença significativa entre as drogas usadas, seja em monoterapia, seja em associação (HAGGSTRAM et al., 2001). No entanto, deve-se ressaltar que a associação entre as abordagens farmacológicas e não farmacológicas tem-se mostrado mais efetiva e fornece os melhores resultados para aumentar a taxa de cessação do tabagismo (RANNEY et al., 2006; REICHERT et al., 2008).

A cessação de tabagismo apresentou-se crescente nos últimos três anos, de acordo com dados das planilhas de monitoramento do município, 162 (27,69%) em 2009, 272 (45,03%) em 2010 e 292 (60,61%) em 2011, colaborando para diminuir para 11% a prevalência de fumantes em Vitória, indicador alcançado em 2011, ao mesmo tempo que alcançou a meta pactuada pelo município para o mesmo ano (14,60%).

Gráfico 3 – Número de usuários que cessaram o tabagismo, de 2008 a 2011, Vitória, ES.



Fonte: Planilhas sobre Tratamento do Tabagismo de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

O tratamento do fumante estava entre as intervenções médicas que apresentaram as melhores relações custo-benefício (BRASIL, 2001; JAIN, 2003). Em dois estudos nacionais, um após 16 meses de seguimento e outro após 30 meses de tratamento, apresentou-se um percentual de cessação de tabagismo de 49% e 50,8%, respectivamente (HAGGSTRAM et al.,2001; SALES et al., 2006).

Contudo, alguns entraves foram identificados na implementação da política de atenção ao tabagista no município e estavam presentes em alguns relatórios (VITÓRIA, 2007; VITÓRIA, 2012b), tais como a subestimação dos dados (segundo a coordenação estadual de controle do tabagismo, os insumos eram muito superiores aos informados pelo município), o que foi ocasionado por problemas técnicos com os registros e acrescido pelo não envio das informações pelas unidades de saúde; e a descontinuidade do atendimento ao tabagista nas unidades de referência, motivada pela rotatividade dos profissionais de saúde e pelo provimento insuficiente de medicamentos. Tais problemas fizeram com que, no ano de 2011, sete serviços interrompessem o atendimento ao fumante, pois se recusaram a realizar o atendimento sem o suporte medicamentoso. Desse modo, dos 16 serviços credenciados pelo INCA para o desenvolvimento do programa, somente dez estavam realizando o atendimento. Cabe ressaltar que a situação descrita implica risco de suspensão de envio de medicamentos pelo INCA e não cumprimento do Termo de Ajustamento de Condutas, em vigência desde 2008.

A gestão da Secretaria realizou, como consta nos relatórios, várias reuniões no sentido de tentar amenizar o problema, com capacitação das equipes sobre o fluxo das informações, referentes ao atendimento dos fumantes; comunicações para serviços de saúde, tendo em vista o envio das informações no prazo previsto na Portaria nº 442/2004 e a possibilidade de suspensão dos insumos; e reuniões com a gerência de atenção farmacêutica e com outras instâncias, tais como a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e o INCA, a fim de expor os problemas e retificar eventuais equívocos (VITÓRIA, 2012b). Contudo, esses entraves ainda constituem grandes desafios para o município.

7.3 O PERFIL DOS PARTICIPANTES

Nesta seção, apresenta-se o perfil dos atores do programa de atenção ao tabagista que participaram da pesquisa.

7.3.1 A gestão e os profissionais do programa

A rede de atenção municipal que viabiliza a gestão do serviço e dos cuidados, através da implementação da política de atenção ao tabagista estava formada por quinze (15) unidades de saúde do município de Vitória, que, além de estarem

credenciadas no Programa Municipal de Controle do Tabagismo e no INCA, realizaram o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) nos últimos doze (12) meses. Eram elas:

Quadro 2 - Unidades de Saúde que possuem programa de atenção ao tabagista.

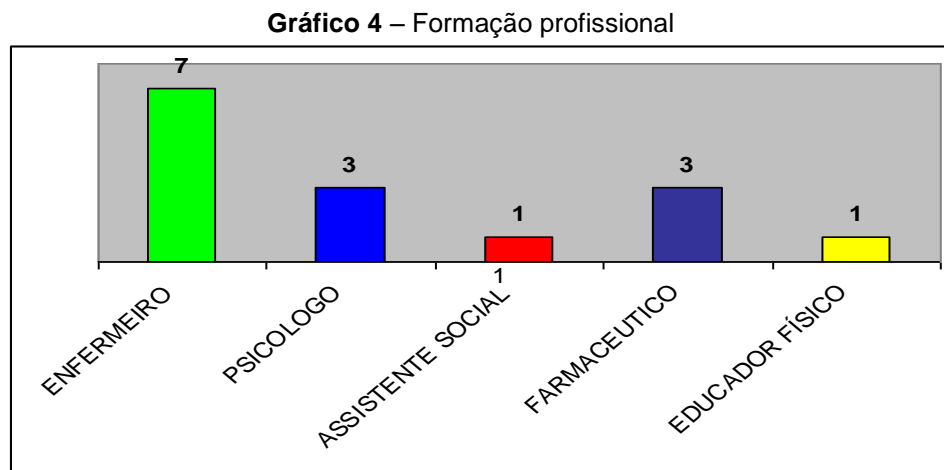
REGIÕES	UNIDADES DE SAÚDE			
Região Continental	UBS/PACS BAIRO REPUBLICA	UBS JARDIM DA PENHA	UBS MARIA ORTIZ	UBS JARDIM CAMBURI
Região Maruípe	USF CONSOLAÇÃO	USF MARUÍPE	USF SANTA LUIZA	
Região Centro	USF FONTE GRANDE	USF VITORIA	UBS/PACS SANTA TEREZA	
Região Santo Antônio	USF GRANDE VITÓRIA			
Região São Pedro	USF SANTO ANDRÉ			
Região Forte São João	USF FORTE SÃO JOÃO	USF JESUS DE NAZARETH	USF PRAIA DO SUÁ	

Fonte: Planilhas sobre Tratamento do Tabagismo de Vitória-ES (VITÓRIA, 2011).

A coordenação técnica do Programa Municipal de Controle do Tabagismo estava sob a responsabilidade de uma enfermeira que possuía pós-graduação na área de Saúde e treinamento específico pelo INCA; atuava há quatro anos e sete meses no município de Vitória e não tinha atuação exclusiva no programa, integrando outras equipes da SEMUS. Assim, o município não possuía uma equipe específica para atuar nas ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. No estudo realizado por Carvalho (2009), de vinte e duas capitais brasileiras, nas quais Vitória está incluída, onze não possuíam equipe de atuação nas ações do programa, e, em dezessete capitais, o coordenador atuava em mais de um programa. Esses dados indicam que essa realidade não era exclusiva do município de Vitória, sendo encontrada em diversos outros contextos, e, ao mesmo tempo, mostram as fragilidades da inserção do programa nas secretarias de saúde, bem como revelaram que não era dada prioridade a essa política pela gestão municipal.

Quanto aos atores que atuavam nas unidades de saúde, constituindo-se como referência para a realização do programa e tendo contribuído para implementação

da política de atenção ao tabagista, destacam-se profissionais de saúde de formação profissional diversa, como pode ser observado no gráfico 4:

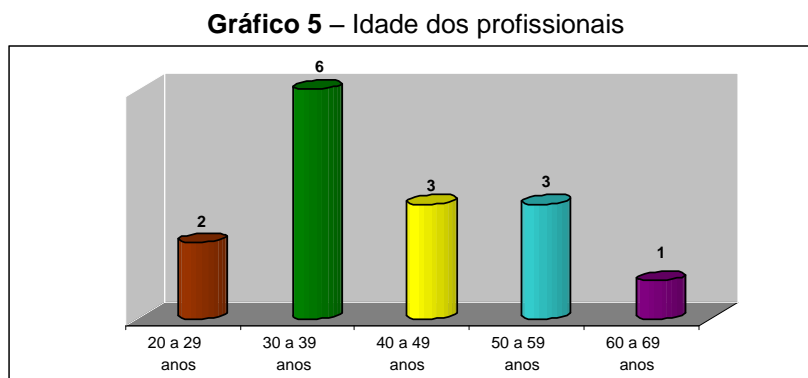


Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

A formação que se apresenta mais predominante é dos enfermeiros (7), seguida dos psicológicos e farmacêuticos (3), posteriormente o educador físico (1) e assistente social (1). Em um estudo realizado em Manaus, verificou-se que as equipes de profissionais atuantes no programa compreendiam médicos, enfermeiros, psicólogo, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem (CRUZ; GONÇALVES, 2010).

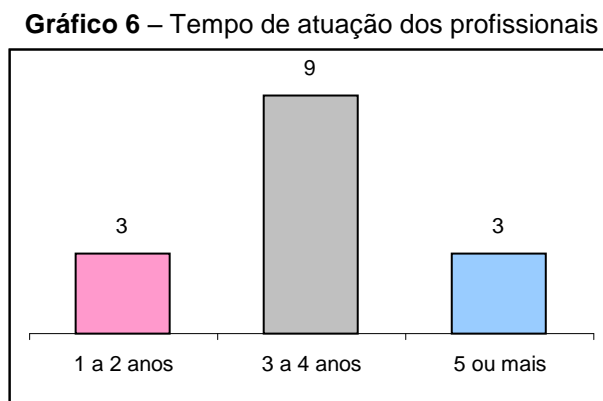
Dos profissionais participantes da pesquisa, 80% (12) eram do sexo feminino e 20% (3) do sexo masculino. Todos esses sujeitos possuíam pós-graduação: os quinze (15) possuíam especialização, dois (2) possuíam mestrado e dois (2) doutorado. No entanto, nenhum deles possuía pós-graduação em área diretamente relacionada à dependência química ou à saúde mental. É importante ressaltar que todos os profissionais de saúde receberam o treinamento específico em tabagismo para atuarem no programa, como preconizado pelo INCA. No estudo desenvolvido em vinte e duas (22) capitais brasileiras (CARVALHO, 2009), profissionais da saúde de dezenove delas haviam recebido treinamento específico para abordagem intensiva do fumante.

A média de idade dos profissionais predominou entre trinta e trinta e nove anos (6); no entanto, houve uma variação entre 20 e 69 anos, como apresentado no gráfico abaixo:



Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

O tempo de atuação no programa dos profissionais apresentou-se variado entre um e dois anos (3), de três a quatro anos (9) e de 5 anos ou mais (3), como pode ser verificado abaixo:



Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

O fato de a maioria dos servidores do município de Vitória, aproximadamente 78%, serem efetivos (VITÓRIA, 2011) contribuiu para o envolvimento e o comprometimento desses profissionais com a continuidade das ações e políticas voltadas para o controle do tabagismo no município.

7.3.2 Os usuários do Programa

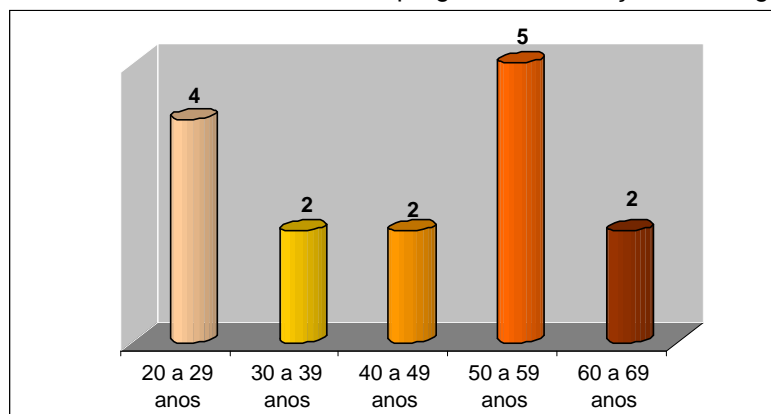
Os usuários participantes deste estudo foram sorteados aleatoriamente em cada programa de atenção ao tabagista de cada unidade de saúde, totalizando quinze (15) participantes⁶, sendo 67% (10) do sexo feminino e 33% (5) do sexo masculino. Em um estudo realizado em Porto Alegre verificou-se que o número de mulheres (17) também foi superior ao número de homens (7) entre os usuários participantes de grupos de tabagistas (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009). Semelhante aos dados anteriores, também foi verificado, em um estudo de seguimento em São Paulo, a predominância de mulheres (73,4%) dos fumantes avaliados (AZEVEDO et al., 2009). Embora os dados epidemiológicos e os estudos nacionais e internacionais evidenciam que a taxa de tabagismo é maior entre os homens, esse dado se inverte, quando se avaliam os fumantes que procuram o serviço de saúde para tratamento.

Dos participantes do estudo, 53%(8) eram casados, 27%(4) solteiros, 13%(2) separados e 7%(1) viúvo. Em uma pesquisa realizada em São Paulo, o maior número (50%) de fumantes que procuraram o serviço de saúde também era de casados (CARAM et al.,2009). Azevedo et al. (2009), em seu estudo, revelou que a maioria dos fumantes (48%) que foram avaliados também eram casados.

A faixa etária predominante dos usuários que buscavam auxílio foi de 50 a 59 anos (Gráfico 7), coincidindo com a faixa de idade em que se concentra o maior número de fumantes no Brasil (BRASIL, 2011).

⁶ Faz-se necessário ressaltar que os sujeitos participantes da pesquisa são oriundos de diferentes unidades de saúde, não caracterizando um único grupo de um serviço específico, como os encontrados na literatura. Entretanto, o intuito de apresentá-los constitui-se uma tentativa de dialogar com os resultados encontrados.

Gráfico 7 – Idade dos usuários do programa de atenção ao tabagista

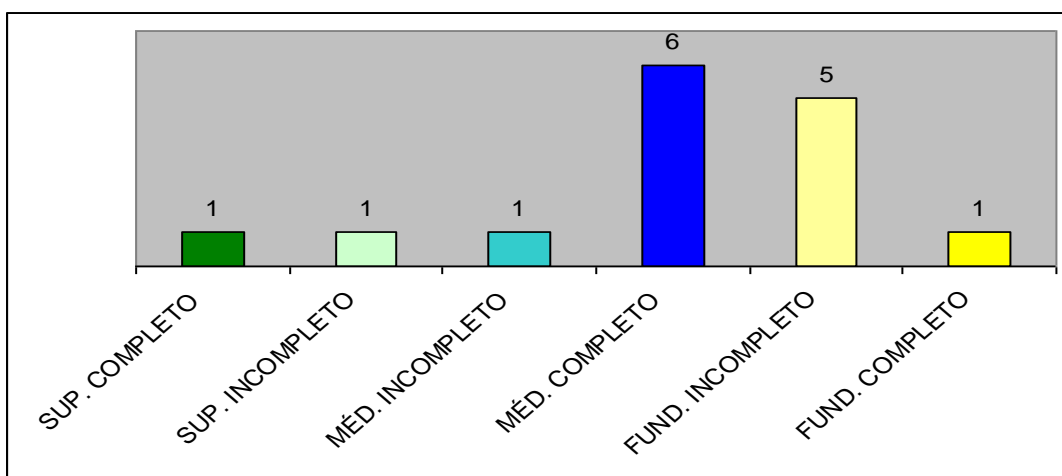


Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

A média de idade dos usuários que procuravam o serviço de saúde para tratamento do tabagismo aponta para o encontrado nessa população. Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, a idade variou de 16 a 69 anos, com média de 46,4 ($\pm 10,6$) anos (HAGGSTRAM et al., 2001). Já em outro estudo realizado no Ceará, a média de idade para o início do tratamento foi de 48,47 anos (SALES et al., 2006), e a idade média de 50 ± 25 anos (faixa etária: 19-74 anos) foi encontrada em um estudo que traçou o perfil dos fumantes que procuraram serviço público de cessação do tabagismo (CARAM et al., 2009).

Quanto à escolaridade, predominou o ensino médio completo (6) e ensino fundamental (5), como pode ser observado no gráfico abaixo:

Gráfico 8 – Escolaridade dos usuários do programa de atenção ao tabagista

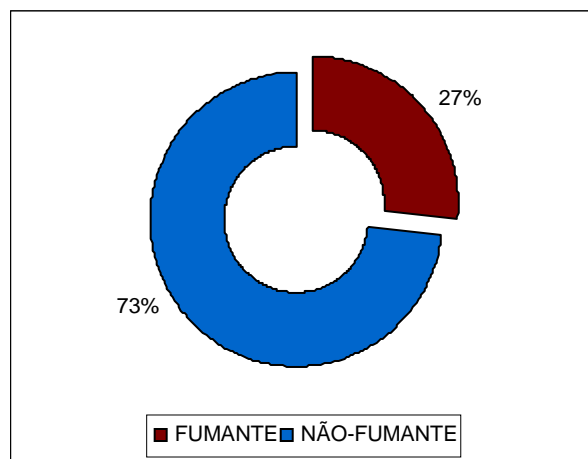


Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

O nível de escolaridade em três estudos nacionais apontou, também, predominância do nível fundamental dos usuários que buscavam atendimento para o tratamento do tabagismo, sendo 62,1% no Rio Grande do Sul (HAGGSTRAM et al.,2001); 56% em Botucatu (CARAM et al., 2009) e 74,6% em Campinas (AZEVEDO et al.,2009). Nesse contexto, é importante destacar que a escolaridade é um fator que pode influenciar o sucesso do tratamento tabagístico. Dados nacionais e internacionais mostram uma associação entre condições econômicas e educacionais desfavoráveis e a prevalência do tabagismo, a iniciação tabágica e a manutenção da dependência à nicotina (BRASIL, 2004e; PEIXOTO; FIRMO; LIMA-COSTA, 2007).

Quanto à situação tabagística, 73%(11) relataram ser não fumantes e 27% afirmaram ser fumantes, como pode ser observado abaixo:

Gráfico 9 – Situação tabagística dos usuários do programa de atenção ao tabagista



Fonte: Entrevistas com profissionais (VITÓRIA, 2012).

É importante destacar que os não fumantes pararam de fumar após participação no programa de atenção ao tabagista, e os que eram fumantes também realizaram o tratamento, porém tiveram recaída, isto é, retornaram ao antigo hábito de fumar. Em um grupo terapêutico para tabagista realizado em São Paulo, a cessação do tabagismo foi de 79,1%, e, após 25 meses de seguimento, 62% continuavam sem fumar, sendo a situação considerada muito boa quando comparadas à encontrada em outros estudos, por exemplo, o que foi realizado no Rio Grande do Sul, que, em 15 meses de programa, indicou que, após o tratamento, 49% dos indivíduos pararam de fumar, 14% reduziram significativamente o número de cigarros e 37% fracassaram, isto é, continuavam fumando (HAGGSTRAM et al., 2001). Outro estudo realizado no Ceará mostrou que após 30 meses do tratamento, 50,8% dos pacientes

havam atingido o sucesso terapêutico, isto é, haviam parado de fumar, 17,8% recaíram e 31,4% não pararam (SALES et al., 2006).

8 OS ATORES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA

Neste capítulo, apresentam-se os discursos dos atores – da coordenação, profissionais de saúde e usuários do programa de atenção ao tabagista – acerca da política de atenção ao tabagista implementada no município de Vitória-ES.

8.1 COM A PALAVRA O GESTOR

A Política Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil descentralizou as ações do Programa Nacional para os municípios, acompanhando a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal medida foi realizada com o intuito de implementar suas ações, em particular, as do programa de atenção ao tabagista nas unidades de saúde, no que tange à gestão do programa, isto é, à organização da rede de serviços, ao credenciamento das unidades de saúde para o tratamento, à formação dos profissionais, ao monitoramento e à avaliação do programa.

Nesta seção, busca-se compreender como a coordenação do programa, que aqui representa a gestão, percebe a política de atenção de tabagista implementada no âmbito municipal, suas potencialidades, seus entraves e seus desafios no momento de desenvolvimento dessa política.

8.1.1 O Programa de Atenção ao Tabagista: a voz de quem dirige

A política de atenção ao tabagista implementada no município de Vitória segue o modelo proposto pelo INCA, como pode ser observado no discurso abaixo:

Que eu conheça só o da abordagem cognitiva comportamental [...] Esse é um modelo apresentado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo que está no consenso de 2004 (LEONORA).

Esse modelo de atenção preconiza a abordagem cognitivo-comportamental, conforme estabelece o consenso de abordagem ao fumante, como base do tratamento que pressupõe intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando à cessação e à prevenção à recaída e, quando houver indicação, o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004c). Nesse cenário, observa-se que esse “*modelo*” é o que direciona a política de atenção ao tabagista e está associado ao discurso hegemônico que rege as práticas dos sujeitos nesse contexto.

Embora, o discurso da coordenação considere a política de atenção ao tabagista bem formulada e com boa consistência, ressalta que essa política é de difícil aplicabilidade, por ser vista, ainda, como programa isolado.

Eu vejo que ela é bem... (pausa) ela tem uma estrutura boa, ela tem uma fundamentação boa, mas que é meio difícil de aplicação, difícil aplicabilidade [...] Porque é...porque é visto...porque é visto não, talvez por ser, talvez, como um programa à parte, não sei se é isso por ser visto como um programa ainda (LEONORA).

Sabe-se que a Política Nacional de Controle do Tabagismo tem uma história recente no Brasil; de um programa de saúde, tornou-se uma política pública, uma política de Estado. Nesse cenário, a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi uma estratégia primordial para o avanço do controle do tabagismo no Brasil (MEIRELLES, CAVALCANTE, 2006), pois fortaleceu as ações já

implementadas e possibilitou implantar novas. Entretanto, é longo o caminho a percorrer, para que essa política se integre de forma transversalizada a todas as outras políticas já existentes no SUS. Quando a coordenação afirma que a política é “boa”, mas de “difícil aplicabilidade”, é possível reconhecer em sua fala, a identificação relacional, conforme propõe a ADC, já que além de fazer apreciações sobre os aspectos da política acerca do que considera bom ou ruim no processo de sua implementação, a voz da coordenadora apresenta o aspecto discursivo da identidade social que é construída socialmente em termos de relações sociais. Uma vez que o desenvolvimento da política envolve não somente a política em si, mas envolve os atores sociais (trabalhadores, usuários e gestores) implicados na sua implementação, envolvendo relações de articulação e negociação no desdobramento de todo o processo.

A rede municipal de atenção ao tabagista, de acordo com a coordenação, compõe-se de 15(quinze) unidades de saúde credenciadas, (1) um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) e (1) um hospital credenciado. Porém, há 5 (cinco) programas que estão com as atividades interrompidas e 2 (dois) funcionando precariamente.

A gente tem em torno de 16 serviços credenciados, mas no momento é que estão efetivando o grupo, a abordagem, eu acredito deva estar 12, 10 [...] Então nós temos o CPTT, Andorinhas, credenciadas tá. Então, CPTT tá credenciada e a funcionando; Andorinhas tá credenciado, mas não está funcionando; Bairro Republica tá credenciado, funcionando; Consolação credenciado e funcionando; tô tentando pela ordem alfabética (risos). Forte São João credenciada e funcionando; Fonte Grande credenciado e funcionando, mas precariamente; Grande Vitória, credenciado e não funcionando; Jesus de Nazaré, credenciado e funcionando, Jardim da Penha credenciado e funcionando; Jardim Camburi, credenciado e funcionando; Maria Ortiz credenciado, não funcionando; US Vitória credenciado não funcionando; HPM credenciado e funcionando, é um hospital da rede estadual, mas tá dentro do nosso município, eu posso ter esquecido algum... (pausa); Ilha do príncipe, credenciado e não funcionando; Santo André, credenciado e funcionando; Santa Luíza credenciado, mas funcionando precariamente; Praia do Suá, credenciado e funcionando; já até me perdi nas contas aí tá... mas eu acho que é isso aí, se esqueci algum (LEONORA).

No fragmento de discurso acima, percebe-se que os serviços são identificados e classificados sob três formas: credenciado e não funcionando, credenciado e funcionando e credenciado e funcionando precariamente, isto é, de acordo com a

habilitação do serviço, sua funcionalidade e a situação atual do programa. No decorrer da pesquisa, quando foram realizados contatos telefônicos e visitas aos serviços, foi observado que eram 16 (dezesesseis) unidades de saúde credenciadas, 1 (um) CAPS AD e um hospital da rede estadual credenciado. Destes, somente 11(onze) unidades de saúde estavam com o programa de atenção ao tabagista ativo; no momento da pesquisa, 6 (seis) estavam com programas interrompidos, estando uma unidade de saúde e um serviço de média complexidade sem funcionar havia aproximadamente dois anos. Ao questionar-se aos gestores o porquê do não funcionamento desses serviços, vários foram os motivos relatados por eles, dentre os quais, falta de espaço físico, falta de medicação, rodízio e pouco envolvimento dos profissionais.

Quanto à organização dos serviços e ao processo de trabalho, observa-se que cada programa tem características particulares, mas todos procuram seguir a metodologia do INCA, como mencionado pela coordenadora, quanto ao processo de inscrição e avaliação clínica do programa e quanto o Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT).

Basicamente, assim cada... cada serviço tem seu modo organização do processo de trabalho, mas basicamente o que eu vejo, funciona por demanda... demanda espontânea, é...não é demanda, não é demanda espontânea não, é assim a pessoa procura o serviço e nome dela consta de uma lista, quando essa lista chega num determinado número de pessoas que possa compor um grupo, esse grupo é chamado para fazer um avaliação clínica né, então esse grupo normalmente para fazer essa avaliação clínica tem que ter pelo menos 25 a 30 pessoas, 20 a 30 pessoas, vamos dizer assim, pro grupo poder começar com 15 pessoas, que é mais ou menos o estipulado pra ter nos grupos, então a gente vai tendo essas baixas[...] então começa com um grande público para avaliação clínica, dessa avaliação clínica são convocados para o grupo, na avaliação clínica vê quem é que está pronto para participar dos grupos, porque nem todo mundo tá de prontidão pra isso né, a própria abordagem preconiza isso, no grupo ele passa por um processo, que tem sessões estruturadas de um mês, quatro sessões estruturadas, depois quinzenais no segundo mês, até completar um ano (LEONORA).

A coordenadora relata que, embora possa existir um discurso hegemônico, nesse caso específico, as diretrizes preconizadas pelo INCA, cada serviço tem algumas peculiaridades que são inerentes a sua prática, como se observa no discurso de Leonora, ao relatar de que “cada serviço tem seu modo de organização”. Desse modo, percebe-se que, mesmo utilizando as mesmas as ferramentas, os trabalhos

produzidos são distintos, pois são realizados por diferentes sujeitos que, a cada processo, a cada ato de trabalho, permite que seu objeto possua suas características e suas singularidades. É o que revelam Merhy e Franco (2012), ao ressaltarem que o sentido dado ao seu objeto de trabalho vai se dar pela ação intencional do trabalhador ao utilizar suas ferramentas, seus meios de trabalhar e o modo como organiza os seus usos (MERHY; FRANCO, 2012, p.278).

A fase da manutenção, que acontece após as quatro sessões estruturadas, é destacada no relato da coordenação, uma vez que o programa, nesse aspecto, não segue o que está preconizado pelo INCA, pois tem dificuldades de acompanhamento do usuário até completar um ano, comprometendo a continuidade do tratamento.

Não, porque o nosso programa é o instituído pelo INCA, pelo menos nós tentamos fazer o instituído pelo INCA. Sim, se a gente for pensar, este é o instituído pelo INCA? Não, não é o instituído pelo INCA, porque o INCA diz que tem que fazer até um ano. Não, então a gente não faz, porque não consegue, difere nisso, difere na questão do acompanhamento[...] Só que a gente sabe que não está acontecendo isso depois do terceiro mês, quando é muito chega ao terceiro mês, a pessoa indo até o terceiro mês, porque muitos fazem até o terceiro mês e até vai no segundo e não conclui até o terceiro mês, isso é um grande desafio, continuar num acompanhamento (LEONORA).

O protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas da dependência à nicotina estabelecem duas sessões quinzenais e uma reunião mensal de manutenção durante um ano para o acompanhamento do usuário após as sessões estruturadas (BRASIL, 2004c). Todavia, segundo a coordenação, os programas têm dificuldade de realização desse acompanhamento, pois os profissionais não conseguem dar continuidade ao tratamento, devido às inúmeras atividades a eles demandadas; somado a essa questão, há o fato de que os usuários não dão seguimento ao tratamento; muitas vezes o abandonam. Nesse discurso, observa-se, ainda, pela fala da coordenação, “*não é instituído pelo INCA*” e “*porque o INCA diz que tem que fazer*”, que existe uma preocupação em relatar que a gestão tenta seguir o que foi preconizado, demonstrando o poder que o discurso instituído exerce na regulação e no controle nos modos como as coisas são realizadas.

Outro aspecto destacado pela coordenação como pontos positivos do programa refere-se às mudanças na vida dos indivíduos e as relações de ajuda que eles estabelecem entre si.

É o resultado rápido que se consegue enxergar, né normalmente, assim se consegue ver no grupo, nos três meses, ou nos dois meses, ou até mesmo no primeiro mês, a pessoa parando de fumar, então esse é um ponto muito positivo, outro ponto positivo é que eles mesmos se colocam né, se ajudam, se apóiam né, eu diria...tem, deve, com certeza tem outros pontos positivos né, mas o que me vem de cabeça é isso (LEONORA).

No discurso da coordenadora, as mudanças apresentadas pelos sujeitos após pararem de fumar possibilitam vislumbrar os resultados das atividades desenvolvidas, tendo um significado representacional do trabalho desenvolvido pelos atores sociais. Simultaneamente, as relações estabelecidas entre os usuários representam uma relação de poder que concebe a vida social organizada em torno de práticas interacionais que pressupõem a ajuda ao outro. Assim, parar de fumar é um processo que não apenas modifica um comportamento, mas provoca mudança em toda a vida do sujeito, porque vivenciar a prática social de não fumante é articular diferentes elementos da vida em novas interações. Independentemente da idade, há sempre benefícios para quem deixa de fumar; o tratamento do fumante está entre as intervenções que apresentam as melhores relações custo-benefício (BRASIL, 2001). Além disso, as relações de troca estabelecidas entre os participantes, no tratamento em grupo, favorecem esse processo de mudança, pois facilitam o enfrentamento das dificuldades, servindo de suporte social nesse processo (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

A sobreposição de tarefas e a sobrecarga de trabalho dentro dos serviços apresentam-se como entraves no desenvolvimento do programa de atenção ao tabagista no município.

É a questão de pessoal, é... pra esse tipo de trabalho, normalmente os profissionais que gostam, que acabam se apaixonando pelo trabalho se sentem sobrecarregados no preenchimento das planilhas, nas demandas administrativas, burocráticas que o programa requer, porque se a gente não preencher as planilhas, não alimentar com os dados, a gente não tem insumos em dia e... os profissionais não estão com este tipo de atividade, então eles consideram como um trabalho a mais, além dos outros trabalhos que todo mundo tem, ele tem mais esse.[...] De que eles não se sentem, é...

se sentem muito sozinhos, se sentem muito sobrecarregados, é...que mais... que eles adoram o que fazem, mas eles gostariam de ter mais apoio, de ter mais gente ajudando, maior disponibilidade pra esse tipo de trabalho (LEONORA).

Observa-se, no discurso acima, a percepção da coordenação acerca dos profissionais e do processo de trabalho desempenhado por eles, pela imagem projetada desses profissionais “sobrecarregados”. Assim, o desgaste pela grande demanda de atividades que eles realizam, remete a pistas que levam ao perfil identitário que a coordenação tece dos profissionais no discurso, isto é, de profissionais que se sentem demasiadamente abarcados de atividades e funções no desenvolvimento de sua prática. Tais dificuldades foram apontadas no estudo de Carvalho (2009), nos relatos das coordenações estaduais e municipais, ao se referirem ao acúmulo de atividades e à sobrecarga de trabalho dos profissionais. Nesse sentido, faz-se necessário (re)pensar em uma divisão melhor do trabalho, para que os atores envolvidos no programa de atenção do tabagista não se sintam desmotivados e nem sobrecarregados, mas percebam o seu fazer no controle do tabagismo como uma prática integrada às demais atividades do serviço.

Nesse sentido, na percepção da coordenação, a organização do processo de trabalho é fundamental para que as diversas ações realizadas no cotidiano dos serviços sejam feitas de forma integrada. Ao propor que “*as equipes sentassem, discutissem o processo de trabalho*”, a coordenadora aponta possibilidades para que, de fato, isso ocorra.

[...] Eu de verdade, eu assim... não tô lá na prática, na ponta né, assim eu tô falando de um lugar que eu sinto que eu tenho restrição, tenho limites, então, eu peço licença pra falar do lado de cá né, então não tô do lado de lá, mas assim até mesmo pelo contato com quem está na ponta, eu não vejo limitações, mas eu sinto que tem muitas dificuldades por conta, eu acho que é uma questão de organização dos processos de trabalho, eu acho que assim, o programa do jeito que tá, do jeito como ele foi desenhado realmente tem alguns engessamentos, isso é verdade, mas eu não vejo que isso seja limitante pra ele acontecer. [...] Eu penso que no dia a dia se as equipes sentassem, discutissem o processo de trabalho poderiam, conseguiriam fazer, criar estratégias pra acontecer todas as ações dos diversos programas, projetos de uma forma integrada. Eu quero acreditar que isso é possível, entende?[...] (LEONORA).

Nessa direção a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se em um espaço responsável pela produção de um conjunto de ações – promoção, prevenção, cura e reabilitação – de grande complexidade, que exige organização do sistema em diferentes formas (por exemplo, programas) na tentativa de atender às necessidades dos usuários e organizar a atenção prestada (MASSUDA, 2008). Todavia, o sentido dado ao trabalho e o modo como ele é realizado pode influir nessa organização (MERHY; FRANCO, 2012). Diante disso, é importante que essas ações sejam pactuadas, discutidas e integradas entre as equipes para que as diferenças, não signifiquem a fragmentação do cuidado. Porém, no discurso de *Leonora*, “*não tô lá na prática, na ponta*”, observa-se o significado identificacional, na maneira como a coordenação se identifica nesse processo, como um ator distante da realidade referida, contudo capaz de fazer julgamento pelas relações que estabelece com outros atores. Tal ilação pode ser feita por marcas em sua própria fala, isto é, ao mencionar “*eu não vejo limitações*” e “*eu sinto que tem dificuldades*”, além de inferir soluções para que de fato as ações aconteçam. Tal posição pode trazer prejuízos na organização do processo de trabalho dos serviços, uma vez que essa organização não foi construída como resultado das articulações e negociações entre os atores, integrando saberes e experiências dos que lidam diretamente com o processo, mas, sim, adveio de um ator externo, que não está inserido nesse contexto.

Os problemas decorrentes do desenvolvimento das ações do programa de atenção ao tabagista são identificados pelas equipes e compartilhados com a referência.

Normalmente são identificados por quem tá convivendo com...com este tipo de ações, ou seja, eu enquanto referência do município eu convivo com isso todo dia. As equipes é, equipes ou profissionais, tem unidade que só tem um profissional, então ou equipes ou profissional das unidades que estão, não é o serviço como um todo[...] (LEONORA).

Desse modo, a identificação das dificuldades do programa é realizada no cotidiano do fazer em saúde, como destacado no segmento acima, de cada equipe envolvida com a política de atenção ao tabagista. À medida que essas dificuldades extrapolam as equipes e demanda apoio da referência, eles são repassados para ela, na tentativa de dar respostas e enfrentar, em parceria, o problema. Contudo, há muita dificuldade de resolutividade dos problemas, devido à atenção a outras prioridades,

que são mais imediatas que as questões relacionadas à política, como relatado por *Leonora*.

[...] então assim a gente fica muito isolado com esse problema e isso não sai de nós, isso não ganha é...espaço para ser resolvido entendeu?[...] porque sempre há outras prioridades. E a dengue que tá consumindo o município, é.. é...que mais, que a gente vai dizer, que mais... a gente teve vários exemplos aí, a gente teve o momento da gripe H1N1, enfim sempre tem prioridades (LEONORA).

Os fragmentos do texto “*a gente fica, muito isolado*” e “*isso não sai de nós*” denotam, em primeiro lugar, como esse ator se sente em relação à política municipal e, em segundo lugar, como ele vislumbra que seus problemas não encontram espaço em outras instâncias da gestão, ficando restritos aos envolvidos diretamente com a política. Essa constatação permite inferir no tipo de representação que essa política assume dentro do espaço de prioridades da Secretaria Municipal, isto é, embora a Política de Controle do Tabagismo consiga ser descrita na agenda do governo, ela tem sido relegada a segundo plano em favor de outras prioridades. Esse aspecto, mencionado pela coordenação, também é descrito no estudo de Carvalho (2009), quando o autor ressalta a dificuldade de inserção dessa política como prioridade pelos governantes, em face de muitos problemas que os gestores estaduais e municipais de saúde enfrentam. Assim, apesar de a Política de Controle do Tabagismo está inserida no Plano Municipal de Saúde há muitos anos, as dificuldades e os desafios que se apresentam no desenvolver da política não são contempladas por esse plano. *Leonora* denuncia:

[...] Essa minúcia não aparece no plano, o tabagismo ele tá no plano, todo ano ele está no plano há vários anos, já há vários anos que o tabagismo consta no plano, mas essa minúcia nunca aparece (LEONORA).

No município de Vitória, assim como em outras 19 (dezenove) capitais brasileiras, a Política de Controle do Tabagismo integra o Plano Municipal de Saúde como estratégia fundamental para alcançar os resultados esperados na implementação da política (CARVALHO, 2009). Contudo, essa inserção não tem considerado as “*minúcias*”, como relatado pela coordenação, ao se referir aos entraves que dificultam o desenvolvimento da política no município. Os segmentos “*não aparece no plano*” e “*nunca aparece*” evocam que, mesmo inserindo-se no Plano Municipal

de Saúde a questão do tabagismo, os problemas oriundos dessa inserção não encontram eco nos planos de gestão. O exercício do poder realizado pelas autoridades sanitárias tem persuadido as ações em saúde, mais pela via do consenso do que pelo uso da força, ao priorizar mais agravos ditos emergenciais do que a questão do tabagismo. Esse papel assume uma posição primordial nessas relações, como salienta Fairclough (2001), pois assegura o consentimento por meio de discursos naturalizados que os transformam num mecanismo de preservação de hegemonias dominadoras.

A rotatividade dos profissionais é um dos desafios a ser superado para o desenvolvimento do programa, pois tem-se constituído em um grande problema para a consolidação da política em âmbito municipal.

*[...] A rotatividade dos profissionais é... não seria o problema se a gente pensasse que os profissionais foram capacitados vai para outra unidade, mas chega numa outra unidade, mas ele não chega ali e resgata esse tipo de atividade por lá, então a gente acaba perdendo muito com isso, então todo ano a gente tem que fazer capacitação, tem que refazer tudo[...]
(LEONORA).*

A saída do profissional da unidade de saúde, ocasionada pela rotatividade dos profissionais de uma unidade de saúde para outra, está entre os fatores que influem na continuidade das ações da política de atenção ao tabagista. No estudo de Carvalho (2009), a alta rotatividade dos profissionais foi mencionada, pelas coordenações estaduais e municipais, como um dificultador na gestão das ações do programa, corroborando com este estudo. No discurso da coordenação, nota-se, nos fragmentos em destaque, que, a cada rodízio de profissional, o serviço tem que novamente se organizar para estabilizar a equipe e o grupo, o que exige, muitas vezes, novas negociações e articulações entre esses atores e novas formações para preparar mais profissionais para o desenvolvimento do programa. Esse problema vem ilustrado nas marcas do discurso “*todo ano*” e “*refazer tudo*”, que mostram o desgaste da repetições das mesmas ações, não permitindo que outras sejam ampliadas e realizadas.

Outro desafio a ser enfrentado na política de atenção ao tabagista são as comorbidades psiquiátricas associadas à dependência do tabaco. Hoje, no

município, não há um serviço que possa realizar essa atenção especializada e qualificada ao usuário que apresenta essas singularidades, como apontado pela coordenadora:

[...] a gente tem a questão das comorbidades psiquiátricas, que é um grande nó, é um desafio eterno, e que a gente não consegue chegar lá, não consegue tocar (LEONORA).

O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001) e o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS (BRASIL, 2004c) descrevem que, ao identificar-se ou mesmo suspeitar-se da presença de alguma comorbidade psiquiátrica, no usuário, este precisa ser encaminhado para um serviço especializado, que lhe proporcione um cuidado diferenciado, porém a equipe da unidade de saúde tem o papel de corresponsabilização pelo acompanhamento desse sujeito. Todavia, o município de Vitória estava sem esse serviço, pois o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), apesar de estar credenciado para o tratamento do fumante, não estava realizando, devido a inúmeros problemas encontrados. No relato da coordenação acima, a atenção ao sujeito tabagista que apresenta comorbidades psiquiátricas, apresenta-se como algo distante, inalcançável, o que pode indicar a dificuldade encontrada para discutir e propor alternativas para o desafio apresentado.

O envolvimento dos profissionais de saúde na abordagem básica ao fumante tem sido um elemento desafiador para a política de atenção ao tabagista, pois essa abordagem continua ficando restrita apenas aos profissionais que lidam diretamente com a abordagem intensiva.

[...] A abordagem básica pra mim eu acho que é um outro grande nó que a gente não conseguiu nem acordar ainda pra esse problemaço, porque isso é um.. é um dos... é uma das cláusulas que a gente tem acordado [...] Ministério Público do Estado do Espírito Santo e o Prefeito e o Secretário Municipal de Saúde[...]que tem que fazer, mas que a gente for contar direitinho a gente não tá dando conta, e a abordagem básica ela... ela... todos os profissionais deveriam, todos os profissionais e trabalhadores deveriam estar fazendo mas não é isso que... é... não é dessa forma que é visto dentro dos serviços. A abordagem básica é muitas vezes confundida com o que aquele grupo ali do tabagismo tem que fazer...](LEONORA).

A abordagem básica é uma estratégia realizada com o fumante como forma de cessar o fumar, durante a permanência desse usuário na unidade de saúde. É uma oportunidade de abordar o usuário quanto ao processo de parar de fumar, realizada por qualquer profissional de saúde (BRASIL, 2001). Entretanto, o desenvolvimento dessa estratégia tem encontrado algumas dificuldades, como mencionado pela coordenação no seu discurso, pela não adesão dos profissionais, pois eles ainda não perceberam a importância dessa abordagem na rotina de seu trabalho e no processo de cessação do tabagismo.

A dificuldade de adesão dos profissionais de saúde à política de atenção ao tabagista não se restringe à abordagem básica, mas estende-se ao programa como um todo, pois muitos profissionais ainda não visualizam a questão do tabagismo como um grande problema social e de saúde que precisa ser valorizado e que necessita de intervenção.

[...] então, isso é um grande desafio fazer com que o trabalhador de saúde se perceba enquanto um agente que trabalha com esse fator de risco, entendeu? (LEONORA).

A sensibilização e o envolvimento de mais profissionais está entre as ações contínuas do PNCT (BRASIL, 2006a; BRASIL 2009b). Contudo, ainda são poucos os profissionais que realizaram a adesão à política de atenção ao tabagista, constituindo-se este um desafio a ser enfrentado pela gestão do programa. Alguns estudos relatam a necessidade do envolvimento maior dos profissionais de saúde com a questão (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009; AZEVEDO et al., 2009; CARAM et al., 2009). Cabe ressaltar, no discurso acima, a imagem que a coordenação possui do profissional de saúde como um sujeito capaz de modificar e transformar a sua prática em relação à atenção dirigida ao tabagismo, como destacado por Franco (2006), ao ressaltar o trabalho vivo como possibilidade de criar e inovar as práticas de cuidado em saúde.

O monitoramento e a avaliação das ações do programa no município são realizados pelo preenchimento das planilhas, elaboradas pelo INCA, na consolidação das informações geradas pelos programas das unidades de saúde.

A forma de gestão a gente também adota o que foi preconizado pelo INCA, com o PREV, que é a coordenação de prevenção do câncer, tá localizado no INCA né, que é o órgão responsável pelo programa nacional de controle do tabagismo, que são as planilhas. [...] Essas planilhas que as unidades mandam dizendo o que fez, e o que não fez em termos do tratamento do fumante, as planilhas dizendo o que fez, e o que não fez em termos de campanhas educativas, é por meio desses instrumentos que se avalia [...] (LEONORA).

Observa-se que o discurso da política instituída pelo INCA estava presente no discurso da coordenação, ao mesmo tempo que moldava as estruturas de avaliação do programa no âmbito municipal, como evidenciado no texto em destaque. Desse modo, o município consolidava as informações acerca do tratamento do tabagismo, coletando os dados enviados por cada unidade de saúde, e elaborava um relatório que era encaminhado para o Estado. Por sua vez, este consolidava as informações de todas as secretarias municipais num relatório único e encaminhava para o INCA. Assim, o gerenciamento de todas as informações era realizado pelo PNCT (BRASIL, 2004d).

Entretanto, o fluxo inverso dessas informações não acontece da mesma forma. O retorno dessa avaliação não volta aos serviços como meio de os atores visualizarem os resultados do trabalho desenvolvido e reverem seu processo de trabalho, conforme relatado por *Leonora*:

E, então, esse retorno não tem acontecido dessa forma, como eu tô entendendo como você está colocando, porque é...assim...isso aconteceria ao meu ver de uma forma, como uma educação permanente, a gente fica muito parado no..nas.. nos fazeres e não faz uma avaliação de forma há... assim...todos os envolvidos se verem e produzirem resposta para uma melhoria. [...] Não, não tem isso. Eu vejo que isso seria um... uma proposta desafiadora entendeu, de pegar por planilhas, mas isso teria que constituir, ao meu ver, teria que constituir assim...eu não consigo me ver [...] (LEONORA).

A coordenação mostra que o retorno da avaliação para os serviços não acontece no município devido à sobrecarga de atividades que, muitas vezes, os imobilizam, como destacado no discurso acima. Contudo, ela consegue vislumbrar como essa prática poderia acontecer no município e constituir melhorias para o programa. Sabe-se que a implementação de uma política pública, segundo Mazmanian e Sabatier (1980), é

um processo contínuo de transformação, que pode sofrer mudanças em qualquer momento de seu curso. Nesse sentido, a avaliação das ações desenvolvidas é um processo que deve ser realizado não apenas pela coordenação do programa, mas por todos os atores envolvidos nesse processo, visando a que eles reflitam sobre o trabalho desenvolvido e proponham mudanças para a prática implementada.

A atuação não exclusiva no programa, a centralidade em um único profissional e a falta de equipe que atue diretamente na referência das ações em tabagismo, foram elementos dificultadores na gestão do programa, principalmente no planejamento, monitoramento e avaliação da política implementada.

[...] eu hoje, eu estou no programa de tabagismo, estou fazendo apoio institucional a uma unidade de saúde que é o método Paidéia, então assim, isso requer muito o meu tempo, eu tenho uma carga horária de 30 horas semanais aqui, assim, então eu não tô o dia todo aqui, eu também, eu estou numa equipe onde eu não posso ficar só por conta do tabagismo, e eu não tenho outra pessoa do tabagismo aqui pra compartilhar, então, assim, por aí se vê as dificuldades de se implementar, as funções de uma coordenação que é pensar no planejamento, pensar no monitoramento, na avaliação entendeu? (LEONORA).

Nesse fragmento, observa-se que Leonora faz referência a sua própria prática em particular, referindo-se a si mesma, em várias repetições, como destacadas no discurso. Ela faz menção às várias representações que possui nas diversas atividades desenvolvidas na Secretaria e as limitações impostas que restringem o seu fazer no contexto da implementação da política, ao mesmo tempo, que quer construir uma imagem que a represente, enquanto sujeito implicado nesse processo.

Tal situação apresentada no município de Vitória é, infelizmente, também a realidade em outras 16 (dezesesseis) capitais brasileiras, como foi evidenciado no estudo feito por Carvalho (2009), em que o coordenador não possui atuação exclusiva no Programa de Controle do tabagismo, estando inserido em mais de um programa de saúde. Além disso, em 11 (onze) capitais não existe uma equipe para atuar nas ações do programa, há somente o coordenador, como também foi observado aqui em Vitória. A conjuntura exposta acima implica diretamente a dificuldade na implementação da política de atenção ao tabagista no município, pois compromete o planejamento, a organização e a avaliação dessa política.

8.1.2 O Programa de Atenção ao Tabagista: sugestão de quem dirige

Ao relatar o desenvolvimento do programa, a coordenadora também apontou possibilidades, estratégias e desafios para o aperfeiçoamento da política. O diálogo constante com as equipes que desenvolvem a política de atenção ao tabagista nas unidades de saúde foi mencionado como uma estratégia para implementar as ações no município.

Eu penso que essa coisa mesmo do monitoramento, da avaliação e educação permanente e fazer isso em conjunto com os territórios, entendeu? Já que eu considero que assim, eu só não me sinto tão só, mas para isso eu precisaria também tá junto, eu me considero assim, que eu tenho uma equipe, as pessoas que estão no serviço, só que, ao mesmo tempo, que eu tenho uma equipe, eu não tenho, porque eu não tô com essa equipe de uma forma constante[...](LEONORA).

Percebe-se, nos fragmentos destacados, a importância das relações sociais para a implementação das práticas em saúde, nesse caso, das práticas de atenção ao tabagista. É preciso entender que as relações sociais formadas no processo de produção de saúde são construídas por sujeitos histórico-sociais, que possuem suas subjetividades e peculiaridades no fazer em saúde (FRANCO, 2006). Compreender essa configuração é indispensável quando se propõe dialogar e realizar ações coletivas com o outro, para que essas ações possam atingir os objetivos esperados e realizar as mudanças desejadas.

Nessa perspectiva, a educação permanente em tabagismo, como um espaço de discussão entre os atores que desenvolvem a política, constitui um desafio a ser implantado e consolidado no município.

[...] eu gostaria de estar na educação permanente, avançar, passar dessa capacitação inicial e discutir os problemas enfrentados no dia a dia que são muitos né [...] Eu acho que de certa forma eu deixei aqui, era constituir esse coletivo, é... esse coletivo (pausa), esse espaço de... permanente de discussão né, eu com a equipe dos serviços isso pra mim é uma estratégia importante [...] aquele espaço permanente de discussão do fazer em tabagismo. Entendeu? (LEONORA).

O desejo de ter esse espaço de discussão, expresso nos fragmentos do texto acima “eu gostaria” e “eu com a equipe”, mostra o anseio de refletir e propor mudanças nas ações desenvolvidas no programa. Esse processo de reformulação e negociação é imprescindível quando se coloca uma política em ação, assim como salientam Resende e Ramalho (2005), ao ressaltarem que as práticas sociais não são totalmente definidas e determinadas, mas, ao contrário, são contraditórias e em constante processo de transformação (RESENDE; RAMALHO, 2005). Nesse sentido, o espaço coletivo torna-se um local privilegiado, por ser eivado de intensos conflitos e negociações que se estabelecem nas relações entre os diversos atores que implementam a prática em saúde, em especial a política de atenção ao tabagista. De acordo com Merhy e Franco (2012) esse cenário é propício para instituir mudanças que potencializem o fazer e o cuidar em saúde, visando satisfazer as necessidades dos usuários. Desse modo, criar e consolidar esse espaço torna-se estratégia essencial na efetivação da política no município.

Outro aspecto destacado diz respeito ao fortalecimento e à proposição de políticas de promoção e prevenção ao controle do tabagismo, focando o jovem, de modo que o uso experimental do tabaco não se torne uso problemático e não se desenvolva a dependência.

[...] Quanto hoje a gente poderia tá fazendo muita coisa de prevenção, promoção, mas que eu...eu não consigo ver por tantas demandas que as unidades tá colocando, eu não consigo ver essa proposição, porque isto tinha que estar acontecendo, essa intervenção junto ao jovem hoje [...] Então, pra lá de tratar quem já fuma, é evitar quem ainda não chegou lá, e isso assim porque a indústria tabagística tá sempre na nossa frente, ela tá fazendo quem não fuma fumar e tá difícil [...](LEONORA).

Sabe-se que grandes parcelas dos adultos fumantes iniciaram o consumo do tabaco no período da adolescência. Além disso, o uso inicial vem apresentando-se cada vez mais precocemente entre esse público, o que causa grande preocupação e se torna um perigo, já que, quanto mais cedo se inicia o uso do tabaco, maior a gravidade da dependência e maiores as consequências desse uso (SCIVOLETTO; FOCCHI, 2006). Tal preocupação se mostrou evidente no discurso da coordenação, quando ela relata que intervenções poderiam estar sendo implementadas para que essa realidade se modifique, contudo as demandas de atividades restringem a proposição de novas ações. Assim, ela percebe que o discursoologista e curativista ainda

estão presentes nas práticas de saúde, fazendo-se necessário fortalecer a política, no que tange a promoção e à prevenção da saúde entre os adolescentes e jovens, para que ações criativas e integrais possam ser propostas a fim de combater estratégias de empresas tabagísticas que se interessam pela ampliação do mercado consumidor de tabaco.

A necessidade de investimento em uma política intersetorial que ultrapasse o setor saúde, mas que envolva diversos setores da sociedade, como tentativa de contemplar todas as dimensões que essa problemática requer, foi mencionada pela coordenadora.

[...] Outra estratégia é ter uma política voltada para o jovem, uma política intersetorial tá, uma política assim cabeça aberta, sabe... uma política que envolva a universidade, que envolva a cultura, que envolva tudo o que diz, que tá feito pro jovem entendeu, não só o serviço, o serviço sozinho não vai dar conta nunquinha..nunquinha, então assim, quando eu coloquei que a gente tem que ir entre os jovens, puxa tudo pra gente, sim porque a gente tá vendo isso, mas sozinho a gente não vai fazer essas coisas sozinho, mesmo, a gente não vai atrair esse jovem. O jovem vai vir para unidade de saúde, a unidade de saúde vai atrair o jovem, assim não é por aí né, tem que discutir intersetorialmente e produzir ações efetivas junto a esse público, porque se não a gente vai perder eles para a indústria tabagística, como tá perdendo já, e depois pra recuperar a gente tá vendo aí o trabalho que a gente tá tendo fazendo o tratamento do fumante né, a gente vê o sofrimento das pessoas que querem parar de fumar e como sofrem pra parar [...] (LEONORA).

A partir da implementação da Convenção-Quadro, iniciou-se uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado (BRASIL, 2003a). Desse modo, o enfrentamento dessa questão passou a ser uma prioridade de todos os atores (setores governamentais, não governamentais, sociedade civil), na formulação, execução e avaliações das ações de controle do tabagismo. Nos segmentos sublinhados, nota-se a necessidade de uma política, direcionada para o jovem, que envolva não somente o setor saúde, mas também diversos outros setores que colaborem no entendimento das singularidades da juventude e que proponha estratégias condizentes com esse público. Para que isso aconteça, faz-se necessário uma articulação e integração de ações para compreender a problemática e propor estratégias diferenciadas para um público tão dinâmico e diversificado como é a juventude.

De acordo com Hogwood e Gunn (1984), há lacunas existentes entre a formulação da política e a sua implementação, pois os governos são muito melhores na formulação de políticas, em fazer a legislação, do que em tornar efetivas as mudanças desejadas. Diante desse cenário, percebe-se que são muitos os desafios que perpassam a gestão, desde a priorização da política de atenção ao tabagista na agenda governamental, no plano municipal de saúde, até a adesão e o envolvimento dos profissionais, a avaliação do programa e o estabelecimento de espaço de diálogo entre os atores envolvidos no desenvolvimento do trabalho, sendo, ainda, longo o caminho a ser percorrido para que, de fato, essa política seja consolidada no município.

8.2 COM A PALAVRA OS PROFISSIONAIS

A implementação da política de atenção ao tabagista necessita de inúmeros fatores para que, de fato, ela seja desenvolvida no âmbito dos municípios, tais como as condições de infraestrutura, insumos necessários e outros condicionantes para realização das ações. Nessa perspectiva, o profissional de saúde configura-se como o principal ator social, pois é ele o sujeito que coloca, de fato, essa política em prática e enfrenta cotidianamente os desdobramentos e os desafios que surgem nesse processo. Daí decorre a importância de conhecer os discursos e concepções desses profissionais sobre a referida política no que se refere à gestão, as dificuldades e potencialidades.

8.2.1 O programa de atenção ao tabagista: a gestão do serviço

A ampliação do acesso à abordagem e ao tratamento do tabagismo na rede de atenção básica e de média complexidade do SUS, determinada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.035/04, de 31 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b), como meio de universalizar o tratamento do tabagismo no Brasil, sofreu influência da política de saúde institucionalizada no SUS, que prevê um sistema descentralizado e hierarquizado na organização e articulação dos serviços e ações de saúde (ARRETCHE; MARQUES, 2007). Tal política trouxe mudanças na organização do controle do tabagismo no Brasil e na concepção do direito à saúde, na medida em que envolveu alterações na gestão do sistema de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal) e no modelo de atenção à saúde (CARVALHO, 2000). Uma das estratégias operacionais essenciais do PNCT é a descentralização das ações de controle do tabagismo, que ocorre por meio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, segundo a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAVALCANTE, 2005), o que tem permitido ampliar o acesso do fumante aos programas para parar de fumar.

A descentralização do programa de atenção ao tabagista para as diversas unidades de saúde foi observada como positiva para a ampliação da atenção aos fumantes.

[...] outro ponto positivo também que eu acho, é que Vitória tá desenvolvendo em praticamente todas as unidades né, que é... eu acho que isso já... eu acho que isso também é muito significativo né, porque dá essa possibilidade de todos... de todos os territórios né, trabalharem essa questão, aí acaba não sobrecarregando em determinado local né [...] (JOANA).

Nota-se, no fragmento acima, que o envolvimento de mais unidades de saúde na abordagem ao fumante representa, para a profissional, a possibilidade de mais profissionais contribuírem para à atenção prestada, isto é, para a prática social desenvolvida por esse sujeito, ao mesmo tempo que permite ao usuário maior acesso ao serviço de saúde mais próximo do seu local de origem. Como preconiza a

Política de Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas ao propor a descentralização do modelo de atendimento, em estruturas de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes de atenção mais cuidadosas às desigualdades existentes, e promovendo ações com mais equidade e integralidade às necessidades da população (BRASIL, 2003b).

As formações para instituir multiplicadores e sensibilizá-los acerca da importância da questão tabagística foram destacadas nos discursos dos profissionais ao mencionarem o incentivo da participação de todos os atores que atuam nas unidades de saúde.

[...] Então, esse esforço de capacitar os profissionais né [...] É...acho assim, que também esse esforço de capacitar uma equipe multiprofissional, não é centrado no médico e no enfermeiro, outras profissões também capacitam né, eu acho isso um ponto positivo [...](MARIA)

[...] Então, assim, capacitação não falta, capacitação todo ano, estímulo pra você participar entendeu e você é... estar, pelo menos conhecer o programa, não falta, tanto pra... pra... pro grupo né, quanto pra... pra abordagem breve, básica né, abordagem de 5 minutos, né. Tem também, agora mesmo vai ter um curso de abordagem breve, então assim, a prefeitura tá sempre estimulando né, pra que as pessoas participem, conheçam a política [...]a coordenadora do programa tem feito né, capacitado os profissionais pra investirem na abordagem breve, nem todo mundo precisa ir pra grupo, o grupo não dá conta de todo mundo que fuma né, às vezes uma abordagem que a gente usa aqui de dentro estimula o indivíduo a parar de fumar, ele vai chegar ali e vai jogar o material fora, não vai precisar ir pra grupo, né [...](ROSIANE).

Os esforços do município de Vitória em investir em processo de formação dos profissionais que atuam na rede municipal de saúde, para sensibilização e instrumentalização, visando à adesão à política implementada, faz parte do Plano para Implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, que prioriza a formação de profissionais para implantação do tratamento nos municípios (BRASIL, 2004c). O Ministério da Saúde, por meio do INCA, e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e ONGs, tem investido na socialização dos conhecimentos sobre cessação do tabagismo, para que os profissionais de saúde, nas suas rotinas de atendimento, possam oferecer uma abordagem mais qualificada ao fumante, com o mesmo nível de prioridade das outras doenças, ao mesmo tempo

que o tratamento precisa ser entendido como um processo no qual o fumante precisa ser preparado e acompanhado para parar de fumar (BRASIL, 2001).

A não prioridade dada à política de atenção ao tabagista e a não importância dada à essa política pela gestão foi questionada pelos profissionais de saúde, reportando-se à possibilidade de “escolha” que os serviços e os profissionais possuem em aderirem ou não à implementação de política pública.

É uma política mesmo municipal? Eu não sei se tem tanta força assim tá, considerando, por exemplo, se você for comparar com saúde da mulher você não tem escolha, você tem que fazer né, saúde da criança, você não tem escolha você tem que fazer, todas as unidades os profissionais fazem sem...tabagismo não é assim né. Então, aí...aí isso acaba que faz com que no município você tenha práticas, assim, bastante diferentes, é ... desiguais dependendo do território, porque algumas fazem e outras não. Então, eu acho que quando eu vejo isso, eu fico me perguntando assim, qual o peso né que a prefeitura realmente dá a essa política, porque você percebe que não tem o mesmo, a mesma cobrança os mesmos impactos que outras políticas [...] sei lá...eu acho que falta isso sabe, de realmente bancar isso de verdade junto as unidades [...] o que às vezes me incomoda um pouco, é que assim, vamos supor você tem notícias, ah! Em tal lugar tem o programa, mas na outra unidade não, e as pessoas foram treinadas, mas não assumem o programa. Então, fica parecendo que fica muito condicionado ao desejo pessoal do profissional de sabe, se eu quero fazer o programa eu faço se eu não quero eu não faço. Então, eu acho que neste sentido, assim falta um direcionamento maior né. [...] (MARIA).

No relato de *Maria*, fica explícita a importância que tem a gestão municipal no fortalecimento e posicionamento mais efetivo na implementação das ações nas unidades de saúde, no intuito de deixarem de ser ações pontuais por parte de alguns profissionais, para se constituírem como política municipal. Esse aspecto também foi observado no estudo realizado por Carvalho (2009), o qual constata que as ações para o controle do tabagismo, particularmente o tratamento do tabagismo, não têm sido priorizadas pelos gestores municipais em algumas capitais brasileiras e que a adesão dos profissionais de saúde à política de atenção ao tabagista tem sido baixa. A autora ressalta a importância da priorização da política por quem executa essa ação, uma vez que a política do programa tem características institucionais peculiares, tais como a responsabilização do município pela execução do programa e a pactuação e articulação entre os atores envolvidos (gestão, serviços e profissionais de saúde), o que torna a implementação da política no âmbito municipal um desafio.

A política elaborada para o tratamento do fumante no SUS tem sido considerada interessante e válida pelos profissionais; contudo, nos fragmentos destacados abaixo, eles apontam que, para sua efetividade, algumas falhas no acesso, na estrutura e no fornecimento de subsídios para o desenvolvimento da proposta, ainda precisam ser superadas.

[...] Olha é interessante a gente obtém alguns resultados é... satisfatório, mas enquanto política pública eu acho falho ainda né, a gente não consegue assegurar no momento que as pessoas procuram o tratamento pra elas, depende dos profissionais pra poder tá ofertando e muita vezes a gente não consegue. Então, existem algumas falhas na efetividade dessa política (ALOISIO).

[...] Não, eu acho assim que a proposta é... válida, a proposta é muito boa, que o que tá proposto né tem tudo pra dar certo, agora só depende de... da infra, pra dar respaldo e subsídios para que os profissionais poderem tá colocando né em execução o projeto. O projeto é muito bom, é muito tranquilo, é... tem efetividade, mas só depende da gente ter um pouquinho mais de estrutura pra dar conta do recado (ELIZABETH).

Assim, apesar de ser um dos objetivos da PNCT e um direito conquistado constitucionalmente, o acesso do fumante ao apoio para a cessação de fumar é, ainda, irregular e configura-se como um grande desafio a ser enfrentado no SUS, que precisa ser superado, a fim de garantir o acesso universal para o tratamento da dependência da nicotina (IGLESIAS et al., 2007). Outro ponto se relaciona à falta de estrutura e subsídios, que de acordo com a Portaria SAS/MS 442/04 (BRASIL, 2004c), está sob a responsabilidade da esfera federal, que faz o repasse dos recursos para o município. Contudo, o financiamento, para implementação do programa, tem sido considerado insuficiente, pela sua fragmentação entre os vários órgãos e pela sobreposição de diversos mecanismos de distribuição de recursos, entre as áreas federais, o que tem se tornado um entrave para a gestão no desenvolvimento do programa (CARVALHO, 2009).

A descontinuidade dos recursos e os problemas de gestão do programa são fatores que têm desestimulado os profissionais e têm comprometido o desenvolvimento das ações da política no município.

Mas assim, o quê que eu vejo de dificuldade, essa descontinuidade da política que eu já falei. Isso frustra a gente, desanima, falta medicação, falta pessoal [...] Então isso interfere negativamente (OLÍVIA).

A gente tem dificuldade com a gestão, a gente tem muita falta do próprio insumo mesmo porque a gente mantém aqui, você mantém a abordagem aqui, você não tem uma continuidade, na verdade eles respondem pra gente que é uma questão de organização, mas se você não mantém, o Ministério não mantém a medicação pra você dispor e às vezes falta. E a gente está mantendo. Quem mantém não tem, mas quem não mantém também não tem. E todo mundo não tem ao mesmo tempo [...] (ZÉLIA).

As situações relatadas do programa têm um significado representacional para os profissionais, uma vez que a vivência dos problemas oriundos desse processo, relacionada seja à falta de medicamentos seja à falta de profissionais, representam a insatisfação profissional e os entraves para colocarem a política de atenção ao tabagista em prática. Em seu estudo, Carvalho (2009) também observou a descontinuidade de remessa de insumos. Após cinco anos de implantação, os Programas de Controle do Tabagismo não recebem regularmente, os medicamentos preconizados nem os manuais de apoio, o que coloca em risco a adesão de outros municípios à política de atenção ao tabagista. Diante desse contexto, acredita-se que a atenção ao tabagista requer, além de um financiamento adequado para fornecimento de materiais de insumo e de pessoal suficiente, uma organização e comunicação entre as três esferas do governo e medidas associadas à logística do Programa de Controle do Tabagismo com vistas a atender as especificidades locais de cada programa (CARVALHO, 2009).

Outro aspecto mencionado nos discursos de Zélia e Olívia refere-se à organização, como atividade de gestão essencial para o desenvolvimento da política no município.

[...] Mas eu acho que ainda faltam algumas coisas. Acho que, na verdade, não sei se é a questão da própria organização nossa ou organização do próprio município porque a gente tem muita coisa pra ser feita, né, ainda enquanto município (ZÉLIA).

Eu acho que quando a gente coloca no papel, e começa a pensar, eu acho que a gente melhora o trabalho, não fica uma coisa tão solta. Então assim, o nosso desafio atualmente, eu acho que é esse, é o município corresponder, dar o básico pra gente trabalhar [...] (OLÍVIA).

Qualquer ação precisa ser pensada e planejada, antes da execução, o que pode ser inferido do relato de *Olívia*, ao afirmar que é preciso colocar “*no papel*” e começar a “*pensar*” antes de colocar em prática. A organização faz parte desse processo; é o momento de preparar a ação, sensibilizar e convocar os atores para a execução, bem como de providenciar todo material necessário para a intervenção. Na análise de uma política pública, esse momento se refere à fase de formulação, na qual são realizadas escolhas, dentre as várias alternativas disponíveis, dos recursos a serem utilizados e das metas a serem atingidas para o enfrentamento do problema estabelecido. Todavia, se nessa fase essas escolhas não forem bem definidas, existirão problemas que poderão comprometer todo processo de implementação (VIANA; BAPTISTA, 2008).

O formato que a gestão instituiu, em nível municipal, centrado na coordenação do Programa de Controle do Tabagismo em um único profissional, foi questionado como elemento dificultador da gestão do programa.

[...] É teria que ter uma coordenação efetiva do tabagismo, e não só no nível e nas costas de uma única pessoa [...] todo processo de gestão, é um jogo de faz de contas, Leonora sozinha não dá conta de... é... saber o que tá acontecendo em cada... em cada região, de cada território de saúde, precisava ser dividido por território de saúde, precisávamos dela tá presente em cada unidade, no dia a dia, pra fazer movimento[...] ela tenta controlar, e tenta lutar e tudo, mas ela não é gestão sozinha. Porque pra ela conseguir fazer o controle, ela depende de instrumentos que vão pra além da vontade dela e aí esses.... esses instrumentos não é dado nem poder pra ela e nem... nem é feito a ordem (BRENO).

No discurso de *Breno*, o uso da expressão “*jogo de faz de contas*” representa como esse sujeito observa a gestão, pois o trabalho que, na visão de *Breno*, precisa ser desenvolvido na gestão do programa demanda mais profissionais, uma equipe, para o desempenho dessa função: “*Leonora sozinha não dá conta*”. Hoje na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, a coordenação do programa está sob a responsabilidade de uma profissional que integra a área técnica da Saúde do Adulto e compartilha outras atividades com a equipe; porém, no que tange ao Programa de Controle do Tabagismo, cabe a ela todo o encargo para o seu desenvolvimento, pois não possui uma equipe para atuar no programa. Na pesquisa realizada por Carvalho (2009), quando foi investigada, nas 26 capitais brasileiras, a existência de uma equipe para atuar nas ações do programa, os resultados mostraram que somente 11

(onze) capitais possuíam uma equipe para realizar as ações do programa. E, quando foi investigado, se nessas capitais havia uma coordenação exclusiva, observou-se que, em 17(dezessete) capitais, o responsável pela coordenação atuava em mais de um programa de saúde. Vitória, por sua vez, faz parte desse grupo, já que não possui uma equipe diretamente envolvida nas ações do programa e possui um coordenador que não é de atuação exclusiva do mesmo. Tais situações mostram as fragilidades da gestão, que podem estar comprometendo o desenvolvimento dos programas nas unidades de saúde no município de Vitória.

O gerenciamento dos profissionais que possuem formação para atuar no programa de atenção ao tabagista e a rotatividade dos profissionais foram destacados nos discursos abaixo:

[...] Não existe assim uma política de preparo, pra manter as pessoas atendendo no tabagismo, então assim, hoje se eu tivesse já saído daqui, [...] já tinha mais tempo sem grupo aqui nesta unidade (BRENO).

[...] a política de... de... do programa ela precisa tá... tá voltada pra isso, melhorar o número de pessoas, não existe motivação de todos os profissionais do programa [...] a SEMUS ela treina, treina, capacita todos os anos e teve uma época aqui na unidade que eu fiquei sozinha, o programa ele resistiu porque eu fiquei a frente dele, fazendo grupo sozinha, não tinha ninguém pra fazer, as pessoas foram saindo, desistindo né, umas foram indo embora, outras pedindo transferência, outros porque não quiseram mais desenvolver o programa, entendeu [...] (ROSIANE).

Percebe-se, no relato de Breno, que o uso da expressão “*não existe uma política de preparo para manter as pessoas atendendo no tabagismo*” indica que não existe uma ação voltada para a garantia da permanência e para valorização dos profissionais que atuam no desenvolvimento do programa nas unidades de saúde. O discurso de Rosiane mostra como a rotatividade dos profissionais compromete o desenvolvimento do programa, por exemplo, sobrecarregando um profissional: “*[...] eu fiquei à frente dele, fazendo grupo sozinha*”. Embora Vitória tenha, aproximadamente, setenta e oito por cento dos servidores efetivos (VITÓRIA, 2011), a rotatividade dos profissionais ainda continua sendo um fator dificultador na continuidade das políticas, uma vez que os profissionais que possuem formação em tabagismo fazem rodízio de serviços de saúde dentro do próprio município e não dão continuidade às ações de controle do tabagismo no seu novo local de trabalho,

abandonando muitas vezes essa atividade. A rotatividade de profissionais também foi uma dificuldade apontada, entre outras, pelas coordenações municipais, no estudo realizado por Carvalho (2009). Assim, a gestão sob esse processo precisa ser revista, de forma a evitar interrupções que comprometam o desenvolvimento das ações do programa.

As práticas de prevenção e de promoção, em saúde, embora estejam previstas na política, associadas às práticas de tratamento, dependem, ainda, segundo os profissionais, da vontade política, da seriedade e do interesse da gestão para seu desenvolvimento em nível municipal.

[...] a questão que... é uma coisa que eu gosto, é uma coisa que me retroalimenta, [...] eu acho que não tá sendo levado a seriedade que ele deveria ser levado [...] Eu acho que Vitória tem tudo pra ser referência nacional se tivesse vontade política, se tivesse divisão [...] porque eu acho que deve ser mais interessante pra prefeitura tratar das mazelas, como a gente tem atendido muito no território, câncer de laringe, pulmão e tudo mais, isso deve ser mais interessante, menos oneroso para o município do que fazer a prática preventiva [...] (BRENO).

[...] da importância da prevenção e da promoção e os resultados que podem ser alcançados sim, com essas ações em detrimento do atendimento daqueles que já estão doentes, daqueles que já estão precisando [...] (ALÓISIO).

Nos fragmentos acima, quando Breno e Aloísio relataram que o município se interessa mais em “tratar mazelas” ou em atender os “que já estão doentes” do que “fazer prática preventiva”, reportam-se à priorização da gestão municipal pelas práticas curativas em detrimento daquelas práticas de promoção e prevenção. O tabagismo, como um problema social e de saúde, requer, além de uma abordagem terapêutica (tratamento aos fumantes), ações que interrompam o uso inicial do tabaco, reduzam o consumo de nicotina e que fomentem ações educacionais que criam uma consciência crítica do sujeito (não fumante e fumante) acerca dos problemas associados à dependência de nicotina e das escolhas de hábitos saudáveis para sua vida. Por isso, a Política Nacional de Controle do Tabagismo prevê, entre suas estratégias, ações educativas referentes a datas comemorativas alusivas ao tema, seminários, eventos, programas em escolas, ambientes de trabalho e nas unidades de saúde, buscando manter um fluxo contínuo de

informações sobre os riscos para quem fuma (os malefícios do tabagismo) e os riscos da exposição de não fumantes (BRASIL, 2006a; BRASIL 2009b). Entretanto, as práticas de prevenção e de promoção de saúde devem ser priorizadas não somente em políticas, mas também em ações de saúde na prática, do mesmo modo que se deve buscar uma junção entre práticas terapêuticas, de prevenção e promoção de saúde, como salienta Pache (2006) ao recomendar uma articulação entre essas práticas a fim de se intervir a partir das necessidades do sujeito.

A primazia dada pela gestão à atenção individualizada, em detrimento da atenção coletiva nos serviços de saúde, perpassando desde a estrutura física até a organização do processo de trabalho, também contribui para a instabilidade das ações de controle do tabagismo em nível municipal.

[...] teria que se olhar um pouco diferente o funcionamento das unidades com relação ao atendimento em grupo, existe ainda na gestão a preocupação muito grande com relação ao atendimento de agenda né, de fazer o atendimento individual, com pacientes e às vezes [...] deixa de lado o que realmente a estratégia deveria estar mais preocupado com a prevenção e a promoção da saúde e fica mais preocupado no atendimento daqueles que já estão doentes[...]restrito ao atendimento clínico no consultório e essa não parece, pelo menos no que a gente estuda, não é essa o contexto da estratégia da saúde da família, bom deveria se um pouco mais preocupado com atendimento em grupo, preocupado principalmente com prevenção, promoção, isso parece ser um nó, porque agarra naqueles entraves que eu te falei de não ter toda a equipe participando, de tá com falta de determinados profissionais, dos profissionais que gostariam de estar realizando, de ficarem insatisfeitos porque não podem estar participando, porque têm que ficar no consultório, com isso até alguns abandonam a unidade, abandonam o PSF, que falam que não é isso que eles esperam do PSF (ALOÍSIO).

[...] outra coisa também, que na verdade a unidade de saúde [...] mas os espaços de... coletivo, o espaço físico pra abrigar o coletivo, ele diminuiu muito né[...] a gente ficou com metade do auditório que a gente tinha. Então, no máximo a gente pode fazer inscrição de 16 pessoas, entendeu... porque não cabe, porque é a sala que tem todos os computadores lá pros ACS digitar a produção né, então assim, acho que uma... uma das dificuldades é essa questão do espaço físico, mas a gente faz... a gente faz, entendeu mesmo sem espaço físico a gente faz [...] (JOANA).

Nota-se, do fragmento do discurso de Aloísio, que o atendimento em grupo não é priorizado pela gestão do município, já que há uma “preocupação muito grande com relação ao atendimento da agenda né, de fazer o atendimento individual”. Daí percebe-se que o modelo de atenção centrado no consultório e no atendimento

individualizado ainda está presente na atenção ao tabagista, quiçá, em outras áreas. O profissional ainda ressalta que a prioridade a esse tipo de atenção não é “o contexto da estratégia da saúde da família”, que se constitui de práticas de promoção em prevenção, não focadas na doença, mas no sujeito e em seu meio social.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é responsável pela produção de um conjunto de ações – promoção, prevenção, cura e reabilitação (MASSUDA, 2008). Entre esses eixos de ação, a promoção à saúde tem encontrado grandes dificuldades na sua efetivação, já que tem que romper com paradigmas de práticas hegemônicas, que privilegiam ações curativas, individualizadas e mercantilistas, tornando-se um desafio a ser enfrentado nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Um dos pilares estruturantes para um novo modelo de atenção à saúde é o caráter coletivo das ações, que devem focar numa visão de integralidade do sujeito e intersectorialidade das ações (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009), que opera no sentido das necessidades do sujeito e no processo de cuidado de saúde. Nesse sentido é que se discute, aqui, que seja feita a valorização dos espaços coletivos como uma alternativa para práticas assistenciais, pois, de acordo com Dias, Silveira e Witt (2009), esses espaços favorecem o aprimoramento dos envolvidos e possibilitam a valorização dos diversos saberes e a intervenção de práticas inovadoras no processo de saúde-doença de cada pessoa. Joana, por sua vez, relata a ausência de espaço físico adequado para a realização das ações em grupo, tendo em vista as outras prioridades da gestão municipal. Entretanto, apesar das dificuldades, a afirmação de Joana “a gente faz, entendeu, mesmo sem espaço físico a gente faz”, revela a persistência no fazer em saúde no coletivo, independentemente das condições que lhe são impostas e das intervenções que tentam moldar a sua prática.

Desse modo, os profissionais consideram que a gestão do Programa de Controle do Tabagismo tem evoluído, ao longo dos anos, especialmente, no que tange à ampliação das unidades de saúde que ofertam o tratamento ao fumante e ao incentivo as formações no intuito de ampliar o número de profissionais atuantes nos serviços. Contudo, algumas fragilidades foram apontadas, tais como a descontinuidade de insumos para o programa, a falta de organização do programa, a rotatividade dos profissionais, a centralização da gestão em único profissional e a

eleição das práticas individuais e curativas em detrimento das práticas coletivas, preventivas e promotoras de saúde.

8.2.2 O Programa de Atenção ao Tabagista: a voz de quem faz

O Programa de Controle do Tabagismo, até então articulado pelo Ministério da Saúde junto com outros entes do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco, de caráter intersetorial e norteada pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2006b). Tal política, promulgada pelo Decreto nº. 5.658, de 2 de janeiro de 2006, ampliou o controle do uso do tabaco em todo o território nacional, como mencionado pelos participantes, constituindo uma política relativamente nova que vem trazendo bons resultados no processo de cessação do tabagismo.:

[...] eu acho interessante né, porque ofertar esse programa pra todas as pessoas que têm interesse em parar de fumar, algo relativamente novo né, recente ainda, mas que vem apresentando resultados né, tanto na questão de oferecer grupos de apoio, apoio medicamentoso, mas também na parte da legislação de ir e estabelecer proibição de fumar em lugares fechados, vinculação de programas na mídia[...] eu acho que tá caminhando bem, ainda tem muito pra progredir né, mas tá indo bem [...](ALOISIO).

[...] a política do Ministério da Saúde cada vez aumenta né, melhora, preocupa-se muito mais com o tabagismo, a questão do preço do cigarro aumentou pra caramba, né. Eu tô fazendo entrevista eu tenho perguntado quanto custa, porque não sei quanto custa assim, aí ontem eu perguntei quanto custa o seu cigarro 3,00 reais o maço, 4,50, é muito dinheiro. Entrevistei um casal, os dois fumam muito, cada um 4,50 por maço de cigarro, então quanto isso aí né, no final do mês quanto que se gasta por conta do cigarro [...](ROSIANE).

Nos fragmentos em destaque acima, observam-se que as perspectivas dos profissionais acerca da Política de Controle do Tabagismo podem ser relacionadas ao significado representacional, ao considerarem a política interessante e abrangente, uma vez que suas ações perpassam desde a proibição de fumar em locais fechados, ao aumento do preço do cigarro, as proibições de propaganda em meio de comunicação até a oferta de tratamento para quem deseja parar de fumar, compreendendo, assim, estratégias diversificadas e de várias dimensões.

Cumprе ressaltar que as ações de regulação e fiscalização dos produtos derivados de tabaco (da proibição do uso do tabaco nos recintos coletivos, de restrição da propaganda e regulamentação das embalagens) e a política de preços e impostos para o setor de fumo, por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros integram a Política Nacional de Controle do Tabaco (OBSERVATÓRIO NACIONAL DO CONTROLE DO TABACO, 2011b). A legislação para o controle da oferta e do consumo de tabaco do Brasil tem apresentado contribuições significativas para a redução do consumo nacional nesses últimos quinze anos e tem sido considerada uma das mais fortes no mundo; contudo, são grandes os desafios enfrentados para sua expansão e efetividade, associados, principalmente, às ações de *marketing* e *lobby* pelas indústrias de tabaco (CAVALCANTE, 2005).

A política de atenção ao tabagista foi vista pelos profissionais que atuam no programa diretamente no Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT) como satisfatória, eficaz e interessante para quem deseja parar de fumar:

Ah, eu acho que...(pausa) é bom tem sido eficaz, tem alguns pacientes em tratamento, já tiveram e já pararam de fumar, eu tenho paciente que já tá sem fumar há dois anos que foi com a gente, tem pessoas participando atualmente, com utilização e sem utilização do medicamento, e eu tenho visto muito sucesso. Então, eu considero satisfatório (ANDREIA).

A política do programa é interessante, é um programa que dá resultado muito rápido, isso é bom! Gosto de ver isso entendeu, você se sente bem, vê que em tão pouco tempo você conseguiu né, o objetivo era esse ajudar a alguém a parar de fumar (ROSIANE).

[...] A minha visão é muito boa, porque assim, a gente tem muitas pessoas que já pararam de fumar e que já tentaram várias vezes e não conseguiram e eles vêm muito assim, desacreditando que eles não vão conseguir e eles conseguem né, e então, assim a gente já tem muito sucesso no tratamento aqui e a gente ganha muito elogio, por mais... a gente é estratégia da saúde da família né o que é mais a gente é elogiado aqui é no GATT (PAULA).

Desse modo, observam-se, nesses discursos, expressões associadas ao significado identificacional, a respeito dos resultados do programa, quanto aos sucessos obtidos na cessação do tabagismo. Esses resultados, nos discursos dos profissionais, como decorrentes do trabalho realizado, têm ajudado os sujeitos a pararem de fumar. As apreciações e afirmações positivas que são destacadas no discurso permitem verificar como os profissionais percebem a política de atenção ao tabagista. Na literatura, as medidas adotadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo também têm sido consideradas efetivas, fortes e abrangentes (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et al., 2008; GODOY, 2010), e têm apresentado resultados significativos no declínio da prevalência do tabagismo (CAVALCANTE, 2005; MALTA et al., 2008; GODOY, 2010). A prevalência do tabagismo na população brasileira, no período entre 1989 e 2003, teve uma queda total da ordem de 35%, ou seja, uma redução média de 2,5% ao ano (MONTEIRO et al., 2007), o que representa os avanços da política brasileira.

Assim, a Política de Controle do Tabagismo no município de Vitória, desenvolvida para problematizar a questão do tabagismo como problema de saúde pública, foi salientada pelos profissionais:

[...] então, assim o município tem investido muito na questão do tabagismo, isso é muito, muito... isso é positivo né. Não se esquece das datas né, das datas comemorativas né, cobra-se muito dos profissionais que eles trabalhem as datas comemorativas... tanto maio quanto agosto quero constatar quem não ouviu falar em tabagismo, começou mais ou menos nessa época em 2000 e 2001 e vem crescendo ao longo desses anos. Aliás, nem se ouvia falar em tabagismo, não se trabalhava tabagismo, como trabalha hoje né, não se investia dessa forma preventiva, eu acho que isso é muito positivo [...] (ROSIANE).

No relato de *Rosiane*, o investimento na Política de Controle do Tabagismo em nível municipal vem crescendo ao longo dos anos, e tem demonstrado a importância que essa temática assume na sociedade. A divulgação contínua de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da exposição de não fumantes à poluição tabagística ambiental tem contribuído para ampliação nas discussões acerca da problemática do tabagismo. No Brasil, as ações de controle do tabagismo, anteriormente esporádicas e tímidas, tornaram-se mais sistematizadas a partir da implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que

envolve ações educativas pontuais referentes às comemorações de datas alusivas ao tema, participação em eventos como congressos, seminários, feiras de saúde e outros, além de disseminação de informações pela mídia, a fim de sensibilizar a população sobre os malefícios do tabagismo. Já, as ações educativas contínuas ocorrem por meio da implantação de programas estruturados nas escolas, unidades de saúde, ambientes de trabalho e da sensibilização de profissionais de saúde para que aconselhem seus usuários fumantes a pararem de fumar e os apoiem nesse processo (BRASIL, 2006a; BRASIL 2009b).

Portanto, observa-se que, para os profissionais, a política de atenção ao tabagista, desenvolvida não só no município de Vitória, mas também em nível nacional, tem contribuído para ampliação das informações sobre o risco de fumar e para a cessação do tabagismo, a partir da ação desenvolvida no âmbito da política.

O modelo utilizado no desenvolvimento do programa de atenção ao tabagista nas unidades de saúde, no município de Vitória, de acordo com os discursos dos profissionais, era o preconizado pelo INCA pela Portaria SAS/MS 442/04 (BRASIL, 2004c), que estabeleceu o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas a serem utilizadas na abordagem ao fumante.

[...] Ah tá... a gente segue a do INCA, que é o programa do INCA, que é aquele estruturado em seis... quatro sessões semanais com conteúdos específicos, apoio medicamentoso, com adesivo de nicotina, estratégia em grupo, é o modelinho do INCA que gente utiliza (JOANA).

É o que é padronizado pelo INCA mesmo...o cognitivo-comportamental, mas também tem o apoio medicamentoso (ALOÍSIO).

A abordagem básica, que é utilizada por todos os profissionais, no atendimento, no dia a dia, que é mais rápida e quando a gente identifica pessoas interessadas né, aí a gente convida pra participar do grupo, que seria a abordagem intensiva, que é o GATT né, que é o grupo terapêutico digamos assim [...] seguimos o modelo do Ministério né (ANDRÉIA).

Nos discursos acima, percebe-se que as estratégias do programa de atenção ao tabagista no município eram fundamentadas pelo modelo instituído pelo INCA. Nesse contexto, a abordagem cognitivo-comportamental do fumante e o apoio medicamentoso eram estabelecidos como métodos de cessação do fumar na rede

de atenção básica e de média complexidade do SUS (BRASIL, 2004c). A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, visando auxiliar o indivíduo na identificação das situações de risco que possam levar à recaída, desenvolver estratégias para enfrentamento e, ao mesmo tempo, tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996; FIORE et al., 2000). Já a terapia medicamentosa é empregada como apoio no tratamento do tabagismo, para diminuir os sinais e sintomas resultantes da dependência de nicotina (síndrome de abstinência) e facilitar a abordagem comportamental. Estão previstos, nas diretrizes terapêuticas, a reposição de nicotina (adesivos transdérmicos de nicotina de 21mg, 14 mg, e 7 mg e goma de mascar de nicotina 2mg) e o uso do cloridrato de bupropiona de 150mg, que serão prescritos, de acordo com a avaliação da necessidade de cada usuário (BRASIL, 2004c). Desse modo, o sucesso no tratamento ao tabagista combina a abordagem comportamental e a terapia medicamentosa, uma vez que já foi comprovado que essa associação aumenta a taxa de abstinência, quando comparada com a abordagem comportamental, ou a terapia medicamentosa, realizadas isoladamente (FIORE et al., 2000; OTERO, 2006).

No entanto, o modelo preconizado pelo INCA foi questionado por alguns profissionais, pois não concordavam com a abordagem cognitivo-comportamental utilizada no processo de tratamento do fumante, o que constituiu um dificultador à adesão dos profissionais de saúde ao programa, como se observa nos discursos a seguir:

[...] isso é uma crítica que eu faço ah...com muito tranquilidade, apesar de eu entender que há boa vontade, eu vejo que quando se diz abordagem cognitiva comportamental, uma coisa é você falar que você usa alguns conceitos de uma...de um...de um...de uma teoria psicológica, outra coisa é falar que você usa a abordagem, aquela abordagem psicológica e quando se fala abordagem cognitiva comportamental, por exemplo, na cartilha do INCA, a que pelo menos é... é...eu ainda tenho acesso, não sei se tem uma outra mais nova, mas a que eu tenho acesso, fala assim a abordagem cognitiva comportamental. Pô, péra lá! Uma coisa é você fazer psicoterapia, outra coisa é você usar um ou outro conceito daquela... daquela técnica e aí a abordagem como preço...é contida na cartilha usa alguns conceitos, não usa a abordagem como um todo [...] (MARCELO)

É... esse programa, porque alguns profissionais não aderem, [...] porque existe uma (risos)... uma questão de abordagem teórica metodológica. O

programa do INCA se baseia muito em cima de uma abordagem da área da psicologia, chamada psicologia comportamental, cognitiva comportamental, que eu não sou dessa abordagem, mas também não torço o nariz, uns colegas meus [...], por exemplo, eles dizem que não trabalham com tabagismo porque é essa abordagem (MARIA).

No primeiro discurso, o profissional faz uma crítica à forma com que os profissionais de saúde utilizavam a abordagem cognitivo-comportamental no desenvolvimento do tratamento do tabagismo no município de Vitória, limitando-se a alguns conceitos. Já no relato de *Maria*, ela deixa transparecer a razão pela qual muitos profissionais não aderem ao programa, por não serem adeptos da abordagem teórica utilizada. Embora alguns profissionais vejam algumas limitações na abordagem utilizada no programa, os resultados têm-se mostrado significantes no tratamento do tabagismo, como foi observado por Presman, Carneiro e Gigliotti (2005), ao realizarem um estudo de metanálises e revisões sistemáticas. Entretanto, alternativas e outras abordagens teóricas podem ser propostas a fim de que a atenção ao tabagista seja qualificada.

Os profissionais ressaltam, contudo, que a rigidez na organização do programa dificulta que novas abordagens sejam pensadas no processo de formação e mesmo em outros momentos de discussão da política:

[...] porque, por exemplo, quando... quando é dado o curso de abordagem intensiva, é dado nesse modelinho do..do INCA, que usa como referencial básico a psicologia cognitivo-comportamental. Então, e aí não se faculta ao outro né a princípio usar de outras estratégias né, então assim a pessoa ou faz aquilo ou não faz nada, porque não tem uma coisa alternativa pra ser feita né. E às vezes para o profissional da ponta pensar fazer essas alternativas é muito difícil né. Então, eu acho que um desafio [...] se houvesse essa maior flexibilidade nessa... nessa... nessa abordagem talvez outros profissionais pudessem se envolver melhor né (MARIA).

O discurso hegemônico faz-se representado no relato de *Maria*, quando ela menciona “*modelinho do INCA*”, que não oferece flexibilidade para mudanças nas estruturas impostas, expressando relações dominantes, que restringem a prática do sujeito. A proposição de estratégias diferenciadas para a abordagem cognitivo-comportamental também foi apontado no estudo de Carvalho (2009), pelos

coordenadores municipais e estaduais. Dessa forma, novas metodologias ou abordagens precisam ser elaboradas para o programa. Para isso, faz-se necessário um re(pensar) da política adotada a fim de superar o agir normativo e se instituir uma nova práxis em saúde. Como salientam Mazmanian e Sabatier (1980), as políticas, ao serem implementadas, podem sofrer modificações, adequando –se à realidade vivenciada numa constante evolução, a fim de alcançar os objetivos propostos, os resultados esperados.

A abordagem básica era uma das estratégias utilizadas na abordagem ao fumante, para sensibilização e motivação do fumante para o tratamento, e poderia ser realizada por todos os profissionais e em qualquer atendimento na unidade de saúde, como relatado no discurso abaixo:

A abordagem básica, que é utilizada por todos os profissionais, no atendimento, no dia a dia, que é mais rápida e quando a gente identifica pessoas interessadas né, aí a gente convida pra participar do grupo, que seria a abordagem intensiva, que é o GATT né, que é o grupo terapêutico digamos assim [...] (ANDRÉIA).

Esta estratégia consiste em uma abordagem rápida, de três (3) a cinco (5) minutos, que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante no processo de parar de fumar (BRASIL, 2001). Caso seja necessário, o indivíduo poderia ser encaminhado para a abordagem cognitivo-comportamental, individual ou em grupo, e fazer uso do apoio medicamentoso.

Contudo, os profissionais salientaram a importância do fortalecimento dessa abordagem, para que todos os profissionais da unidade de saúde se sentissem parte desse momento e se envolvessem na ação.

Eu acho que... também, assim, fortalecer mais a...a...abordagem básica entendeu? (MARIA).

[...] abordagem básica, por mais que eu já suei, transpirei pra essa unidade fazer abordagem básica a gente não consegue eco, eu acho que se viesse alguém da administração, do nível central né que chegasse aqui pra atender junto, pra mostrar junto, é possível são realmente dois minutos (BRENO).

O esforço despendido pelo profissional para que todos se envolvessem na abordagem básica não gerou os resultados esperados, como mencionado no fragmento “*a gente não consegue eco*”. Desse modo, evidencia-se a necessidade do apoio da gestão nesse processo, para que a abordagem básica se efetive como prática de saúde nos serviços. O incentivo e o fortalecimento da abordagem básica foram relatados por *Maria* como importantes no tratamento do fumante, pois é no momento de comparecimento do fumante no serviço que ele pode ser abordado, sensibilizado e pode aderir ao programa; por isso, o envolvimento de todos os profissionais nesse processo é indispensável. Ainda que muitos profissionais possam desacreditar dessa abordagem, estima-se que ela tem tido um impacto em termos populacional muito significativo (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

O desenvolvimento do programa de atenção ao tabagista apresenta algumas especificidades, de acordo com a unidade que oferece o programa. Isso pode ser observado no que se refere à inscrição para ter acesso a ele:

[...] Então, assim, o paciente chega na unidade com a solicitação de... de que quer parar de fumar aí ele é encaminhado, existe uma agenda aberta na recepção pra ele marcar uma entrevista, porque essa entrevista é uma triagem pra ver se tem perfil de grupo ou não.[...] (ALINE).

[...] eu não tenho, não trabalho com lista de espera, sei que algumas unidades fazem isso, eu abro a agenda eu aviso tanto a tanto a agenda vai tá aberta, enquanto tiver vagas deixa a agenda aberta, eu comunico assim, dia tal vou liberar a agenda até quando tiver vagas. Então, eu faço dessa forma na liberação e quando eles agendam botam o número de telefone, botam microárea e família, município de Vitória e botam o número do cartão SUS e colocam o... número de telefone. [...] (BRENO).

A estratégia... uma das estratégias que eu utilizo é que quem faz a inscrição é a pessoa, a pessoa tem que mostrar inicialmente o querer, eu quero parar, evitar esposas ou... terceiros fazer...dá o nome, que a partir do momento que a pessoa dá o nome, ele realmente... muitas vezes demonstra que ele tá interessado, não está recebendo influências de terceiros (CLEUZA).

Assim, pode-se notar que algumas unidades utilizam o modo de agenda aberta, como relatado por *Aline*, isto é, a qualquer momento que o usuário procura o serviço de saúde “[...] com a solicitação de que quer parar de fumar”, ele é inscrito no programa; outros empregam a agenda fechada, que abre periodicamente, no período anterior à oferta do grupo, como mencionado por *Breno*: “[...] eu abro a agenda, eu aviso tanto a tanto a agenda vai tá aberta, enquanto tiver vagas deixa a

agenda aberta [...]. Contudo, Cleuza explicita a estratégia que utiliza para motivar a decisão de parar de fumar desde o momento da inscrição: “[...] quem faz a inscrição é a pessoa, a pessoa tem que mostrar inicialmente o querer”.

A procura espontânea do usuário para ter acesso ao programa foi relatada em três estudos encontrados na literatura (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2009; AZEVEDO et al., 2009; CARAM et al., 2009) acerca do apoio ao fumante para parar de fumar. Contudo, nessas pesquisas, serviço algum especificou a organização da agenda e nem deixou claro se era o próprio indivíduo que realizava o ato da inscrição no programa.

Nessa perspectiva, os serviços não têm conseguido garantir o acesso ao tratamento no momento em que o usuário procura o programa. A demanda é grande, e, às vezes, o serviço não consegue ofertar grupos suficientes para suprir a procura, como relatado por Aloísio:

[...] os problemas eu acho que o principal é que a gente não consegue ofertar o tratamento na hora que o paciente procura, muitas vezes a pessoa vem, no entanto, a gente não consegue pegar aquele momento que ele tá motivado, tá interessado e já começar uma abordagem com ele já inserindo ele no grupo, com isso a gente perde algumas pessoas que a gente contacta depois, a pessoa não eu... meio que desistiu a gente não consegue pegar o usuário na hora que ele realmente tá motivado, pelo que eu achei, eu acho isso uma falha, não é um grupo aberto, ele é fechado, então eu achei que isso é um problema (ALOÍSIO).

O discurso de Aloísio expressa a dificuldade de abordar o sujeito quando ele está motivado para o tratamento, isto é, quando ele deseja parar de fumar. Por não ser um “grupo aberto”, o usuário precisava aguardar até o momento em que o serviço tivesse a oportunidade de atendê-lo. Sabendo que a decisão de parar de fumar não era fácil e que esse processo não se dava a cada momento, não acolhê-lo no momento em que ele buscava atendimento constituiu uma perda significativa para o programa e, principalmente, para o usuário.

Nesse contexto, o município de Vitória possui uma realidade semelhante a de municípios de outros estados brasileiros, no que tange à baixa oferta de serviços para o tratamento do tabagismo (CARAM et al., 2009; CARVALHO, 2009), resultante

da dificuldade de acesso ao tratamento. Tal fato ocorre devido a grande demanda existente de fumantes que desejam cessar o uso do tabaco, como foi evidenciado por Cinciprini (1997), ao relatar que, no Brasil, dos 25 milhões de brasileiros fumantes, 80% desejam parar de fumar. Diante desse cenário, faz-se necessário fortalecer os serviços existentes e implantar novos programas que permitam maior acesso ao tratamento.

Quanto à entrevista inicial, que era realizada para adesão do fumante ao programa e para a triagem, a partir da anamnese e avaliação clínica, as práticas das unidades também se diferenciaram, como se pode observar:

[...] é feito uma avaliação com a enfermeira né, preenchimento daquela... daquela anamnese todinha e o paciente é convidado a participar das quatro sessões estruturadas lá né pro GATT [...] (JOANA).

As entrevistas, pra você ter ideia, quando a gente começou a fazer aqui, o curso que eu fiz no INCA, era assim: eu pegava esse papel aqui, em branco, eu colocava seu nome, eu fazia entrevista com 40 a 50 minutos, falei gente eu não vou dar conta disso não! No meio da entrevista, a pessoa começa a chorar, contar a história de vida, falei gente isso não dá certo. Aí [...] o que eu faço, eu vou dar na mão, desde que pra mim, sabe...eu só não dou quando a gente vê que a pessoa tem problema né, que é analfabeta, parece um ou outro, de vez em quando. Quando dá, minha filha... e já diminui o nosso tempo, aí ele vai olhando, vai vendo o que a pessoa esqueceu de marcar, já vai conhecendo um pouco o território, vai vendo, isso já agiliza o processo [...] (ROSIANE).

Em muitas unidades de saúde, a avaliação inicial, ou dita entrevista, era realizada por um profissional de saúde, que preenchia o formulário de cadastro, padronizado pelo INCA e adaptado pelo município, para avaliação do fumante, como observado no discurso de *Joana*. De acordo com os profissionais, era um momento importante que devia ser valorizado, porque se conhecia a história de vida do sujeito e se iniciava a criação do vínculo. Contudo, a entrevista era longa e demorada, o que desgastava muito o profissional e demandava muito tempo. O Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas estabelecem que o indivíduo deva ser submetido a uma consulta de avaliação clínica na admissão no programa. Nessa consulta, é avaliado o perfil do fumante, a motivação do indivíduo em deixar de fumar, seu grau de dependência à nicotina, se há indicação ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, a existência de comorbidades psiquiátricas, e sua história clínica

(BRASIL, 2004c). Além disso, esse momento, segundo Presman (2006), é fundamental para detalhar a relação do sujeito com o tabaco e, posteriormente, direcionar o tratamento de acordo com a singularidade do sujeito. Em uma unidade, esse momento acontecia de forma diferenciada, como forma de reverter a situação acima mencionada. Conforme foi observado no relato de *Rosiane*, o formulário era dado ao usuário, que, somente após preenchê-lo, passava por um profissional de saúde para ser avaliado. A exceção se dava quando o usuário era analfabeto ou tinha dificuldade de leitura. Esse era o motivo por que muitas unidades ainda não adotaram esse método, devido à dificuldade dos usuários de responderem ao questionário.

Outra estratégia utilizada era trabalhar, desde a avaliação inicial, a motivação para a mudança, como orientam as diretrizes para cessação do tabagismo. É o que se observa no discurso de *Cleuza*. No relato de *Zélia*, nota-se que essa abordagem é auxiliada por materiais que ajudam o usuário a refletir e tomar a decisão, como a “*lista de dicas para resistir*” e “*folder*”.

E... a partir das entrevistas quando você já começa a abordar que ele mostra que realmente tem interesse é... você já entra mostrando... levando que ele tem capacidade e esse lado tem sido muito positivo, a própria capacidade que a própria pessoa tem. Dele não ser um dependente, mostrar que ele tem capacidade de deixar de ser um dependente entendeu...então essa motivação coloca ele como é... autor principal e a vontade dele, isso pra mim é um ponto muito positivo [...] (CLEUZA).

[...] Então, quando a gente faz a entrevista a gente já entrega uma lista de dicas para resistir, para ele já ir se trabalhando, esperar a reunião para poder, todo aquele, tanto que já aconteceu uma vez que só na água já chegou na primeira reunião sem fumar, a gente dá folder, na entrevista mesmo, para ele ir lendo, já se situando tal [...] (ZÉLIA).

Em décadas remotas, considerava-se a motivação, na prática clínica, um traço de personalidade do indivíduo, como algo “imutável”. Se o indivíduo fosse motivado para o tratamento, havia uma intervenção específica; caso contrário, a ajuda profissional não era possível. Todavia, nos últimos anos, houve uma mudança no conceito de motivação, a qual, atualmente, é vista como um “estado de prontidão ou de avidez para mudança” que pode oscilar de uma situação para outra e que é possível de ser influenciado (FIGLIE; BORDIM; LARANJEIRA, 2004). Daí a importância de se promover a motivação do usuário desde a avaliação inicial, de

propor estratégias que o motive, a fim de, fortalecer o comprometimento para a mudança.

Nesse sentido, a responsabilização do usuário, durante o tratamento, pela mudança de vida, era vista, pelos profissionais, como uma condição imprescindível para sucesso no tratamento.

Primeiro que o paciente se responsabiliza pelo...pela parada de..de...pela...ele entende é uma doença e ele se responsabiliza por isso, ele não espera do outro, não espera do profissional, não espera de um milagre, não espera do medicamento, então isso é um ponto muito positivo que até o que difere mesmo de quem vai realmente voltar e quem não volta, eu acho que esse é um ponto positivo que eu aprendi a entender também[...] (ALINE).

O próprio programa em si que trabalha com essa responsabilização do usuário [...] você vai trabalhar com ele com a responsabilização do próprio usuário enquanto assumir o compromisso de parar de fumar. Ele vai saber que não vai depender dos outros, né, para parar de fumar, ele vai só depender dele mesmo para parar de fumar. Então eu acho que isso é eficiente [...] tanto que algumas pessoas relatam que realmente pararam de fumar, deixaram (ZÉLIA).

Quando Aline e Zélia afirmam que a decisão de parar de fumar não depende de outros (“*ele não espera do outro*” e “*não vai depender dos outros*”), mas do próprio sujeito (“*ele vai só depender dele mesmo*”), referem-se à construção da identidade social do sujeito, apto, dentro desse contexto, a ser agente protagonista da sua própria mudança. Ao invés de tratá-lo como uma vítima passiva no processo de doença, deve-se facilitar a sua participação ativa e encorajá-lo a assumir responsabilidade pessoal em cada etapa do programa, de modo a aumentar a consciência e a escolha do sujeito com relação ao seu comportamento e no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para lidar com as situações de risco (MARLATT; GORDON, 1993).

Em muitas das unidades de saúde que possuíam programa de atenção ao tabagista, a organização e o funcionamento do programa seguiam as orientações do INCA, como pode ser observado no relato de Maria (“*a gente segue o manualzinho bem certinho*”) e de Paula (“*de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde*”), ao tecerem comentários acerca da estrutura do programa.

[...] depois o participante, ele...ele vai é...entrar num grupo e esse grupo ele é...são encontros semanais, é uma vez por semana, são a princípio são várias questões que é o preconizado pelo INCA e a gente segue o manualzinho bem certinho[...] (MARIA).

[...] Aí a gente faz quatro sessões, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e durante as sessões né, a gente oferece alguma ajuda com apoio além do apoio terapêutico do grupo né. Tem também o apoio medicamentoso, que a gente usa geralmente, [...] e no final do grupo, a gente tem é...o grupo de manutenção do grupo, já que é mais um dia, mais ou menos um mês após a quarta sessão onde a gente faz com as pessoas que pararam de fumar, um novo teste com o monoxímetro, aí a gente compara o antes e o depois né, geralmente dá muito baixo mesmo e dá resultado (PAULA).

Percebe-se, nos discursos acima, que esses serviços se organizavam de acordo com o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas da abordagem intensiva cognitivo-comportamental, que estabelece as sessões estruturadas em quatro sessões semanais, duas sessões quinzenais e uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar um ano. As sessões consistem em abordagem em grupo, entre 10 (dez) a 15 (quinze) participantes, coordenados por um ou dois profissionais. Contudo, essas sessões também podem ser realizadas individualmente (BRASIL, 2004c).

O número de sessões da abordagem cognitivo-comportamental em grupo era, todavia, uma singularidade encontrada no município. Em vez de quatro sessões, como preconizado pelo INCA, algumas unidades incluíam mais uma sessão, denominada “Sessão A”, perfazendo-se, no final cinco sessões.

[...] eu passsei a fazer cinco sessões estruturadas. Na realidade o que eu fiz? Eu fiz a consulta de... de triagem e adesão, da consulta de triagem e adesão, eu passo para sessão A. O que é a sessão A, a gente faz? É uma sessão pactuada de apresentação, de trabalhar expectativa, de trabalhar os malefícios do cigarro, porque eu já quebro a sessão 1 ao meio, trabalhar os malefícios do cigarro de uma forma geral. De botar o... a proposta da cognitiva comportamental, de fazer o agora pare pra pensar o que eu tô fazendo, eu faço esse agora pare pra pensar com eles ali, e deixo bem claro que medicamento não vai acontecer pra todo mundo [...] (BRENO).

[...] A gente faz cinco sessões na verdade, a gente faz... são quatro sessões estruturadas né, só que a gente faz uma primeira, onde a gente faz uma entrevista, faz a avaliação com monoxímetro, a gente aproveita um pouco dessa sessão para explicar logo como funciona o grupo, a importância de não faltar às sessões, como é que funciona a manutenção, então eu acabo contando como cinco sessões [...] (ALÓISIO).

A decisão de incluir a “Sessão A” no tratamento, expressa nos fragmentos dos discursos acima, surgiu a partir da vivência dos profissionais no desenvolvimento do Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista (GATT). Os profissionais observaram que a primeira sessão possuía um conteúdo extenso, o que tornava o grupo cansativo. Daí, percebeu-se a necessidade de trabalhar, na primeira sessão, a expectativa do usuário para o tratamento, a explicação acerca do funcionamento do programa, partilhar um pouco da história de vida de cada sujeito e os aspectos do tabagismo. Tal estratégia dividia a primeira sessão do INCA na metade, deixando a questão da ambivalência e os métodos para parar de fumar para a segunda sessão. Desse modo, possibilitava uma abordagem mais clara e mais produtiva, além de permitir um tempo maior de convívio com os profissionais e com o programa como um todo.

Após as sessões estruturadas, era preconizada a realização das sessões de manutenção para ser trabalhada a questão da prevenção à recaída, como relatado por *Maria*:

[...] depois a gente vai dando seguimento tem reuniões de manutenção pra aqueles usuários que conseguiram ao final das quatro semanas pararem de fumar aqueles que não conseguiram a gente sugere que participe novamente do grupo né, em alguns casos, por exemplo, às vezes o paciente vem à gente deixa muito livre assim, olha se o negócio tiver apertando vem aqui na unidade alguém você vai encontrar, e às vezes vem...ele vem me encontra no corredor aí fala do desespero, às vezes quer conversar com o médico, às vezes a farmacêutica, então, tem isso também, a gente se coloca bastante disponível nesse sentido [...] (MARIA).

A sessão de manutenção, segundo metodologia do INCA, consiste em duas sessões quinzenais e uma reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, que passaram pelas sessões estruturadas, para prevenção da recaída, até completar um ano (BRASIL, 2004c). *Maria* relata que, além da realização das “reuniões de manutenção pra aqueles usuários que conseguiram ao final das quatro semanas pararem de fumar”, a equipe colocava-se à disposição na unidade de saúde para atendê-los quando eles sentissem necessidade.

A realização das sessões de manutenção, entretanto, tem sido um desafio para a maior parte dos profissionais no tratamento do fumante, pois eles apresentavam

dificuldades em dar continuidade aos encontros e acompanhar o sujeito, após as sessões estruturadas.

[...] e a gente não consegue depois acompanhar isso, será que realmente as pessoas continuam sem fumar, elas saíram do grupo sem fumar, quanto tempo, será que ela continua sem fumar, a gente não consegue, porque a manutenção não dá conta disso, né. Então, é isso que deixa a gente às vezes muito angustiado[...]. Porque o ideal é que você acompanhe pelo menos um ano esse indivíduo, depois que ele parou de fumar, a gente não consegue... pra mim este é o maior objetivo desse programa, é um dos maiores desafios que a gente tem hoje, é conseguir trazer de volta esse sujeito pro grupo (ROSIANE).

É a parte mais difícil a de manutenção, a gente consegue fazer um mês, dois meses de manutenção, e aos poucos vai se perdendo, a gente não consegue aquele acompanhamento anual, que seria o sugerido né. Falar aqui, poucos grupos a gente conseguiu acompanhar ao longo de seis meses, a maioria a gente consegue um mês, dois meses até três meses, depois a gente começa ficar um pouco complicado, mas por conta, não por conta da... que é difícil fazer o acompanhamento, por falta muitas vezes de agenda dos profissionais que tem que tá envolvido em outras atividades, então, os né... os... os usuários começam a dispersar um pouco, a gente precisa cancelar alguma sessão, aos poucos vai se perdendo (ALOÍSIO).

Nota-se, nos fragmentos dos discursos acima, que, além da falta de adesão do usuário que “aos poucos ele vai se perdendo”, havia, também, dificuldades no acompanhamento realizado pelos profissionais (“a gente não consegue acompanhar isso”). Tal dificuldade apresentava-se tanto na organização desses grupos (“por falta muitas vezes de agenda dos profissionais”), quanto na busca ativa do usuário (“trazer de volta esse sujeito para o grupo”), e se devia também à demanda de outras atividades dos profissionais: “tá envolvido em outras atividades”. Nos relatos acima, percebe-se a angústia vivenciada pelos profissionais, pois as suas intervenções acabam sendo pontuais, e não contínuas, comprometendo a manutenção da mudança alcançada.

Devido às dificuldades apresentadas na realização dos grupos de manutenção, algumas unidades começaram a realizar esse acompanhamento de uma forma diferenciada.

[...] Mas... agora qual é a estratégia, vou marcar horário individual pra cada um, entendeu.. não vou fazer mais grupo de manutenção, vou individualizar o horário [...] o que eu pensei, tava pensando hoje, foi marcar horário

individual pra todos eles, entendeu. Não dá pra ser todo mês né porque senão, não dá conta, um grupo atende um mês, outro grupo atende outro, e vai fazendo assim só pra ter noção do que está acontecendo [...] (ROSIANE).

[...] a tipo de manutenção a gente dá porta aberta de entrada pra eles voltarem para os outros grupos, quantos grupos, quantas vezes eles quiserem de outros grupos, faço até busca ativa quando eles desaparecem assim, telefone, contato telefônico e... e eles aparecem, por exemplo, eu tive pacientes que pararam de fumar e ficaram dois anos fazendo grupo com outras pessoas. Eu acho que é o melhor movimento [...] demonstram que eles estando num grupo de pessoas que ainda fumam é... faz eles ficarem mais fortes, faz eles ficarem mais orgulhosos, faz eles ficarem sentindo é fortalecidos por estarem orientando outras pessoas como parar (BRENO).

A estratégia do acompanhamento individualizado, como relatado por Rosiane ao mencionar “*marcar horário individual pra cada um*”, e a de retorno ao grupo para ajudar outras pessoas a parar de fumar, referido no discurso de Breno, têm-se constituído como alternativas para a continuidade do acompanhamento de manutenção realizado nos serviços. A consulta de retorno mensal foi utilizada no tratamento ambulatorial por Sales et al. (2006), como estratégia de manutenção, assim como foi descrito por Azevedo et al. (2009) o retorno do usuário ao grupo, a fim de estimular outras pessoas que desejam parar de fumar. A proposição de estratégias para garantir o acompanhamento, após as sessões estruturadas, deve ser fomentada e incentivada a fim de evitar recaídas, como ressaltam Oliveira et al. (2003), ao dizerem que não é tão difícil interromper o comportamento de uso quanto é manter a abstinência. Uma vez que a mudança de hábitos é um processo lento e gradual, e que muitas vezes pode exigir um novo recomeço por parte do indivíduo (FRANÇA; BERTON; SIQUEIRA, 2009).

Quanto às estratégias utilizadas durante as sessões com o usuário, o manual do INCA era empregado como instrumento de direcionamento para o grupo.

São quatro reuniões e nós seguimos a cartilha do Ministério da Saúde, o programa de controle de tabagismo do Ministério da Saúde, são quatro cartilhas e dentro...toda semana eles vêm e ganham um e levam pra casa (JOAQUINA).

[...] Aí tá, você faz quatro grupos, uma por semana, e aí ali você vai discutir, já os temas definidos. A pessoa, na primeira reunião, vai entender por que ela fuma né, as conseqüências do fumar, na segunda reunião ela vai entender como o psicológico funciona aí, ela ser negativa ou positiva,

terceiro como vencer, a gente dá dicas de como vencer os obstáculos para permanecer, isso quem já está [...] (ELAINE).

O material utilizado nos encontros, citado nos fragmentos destacados acima, integra os materiais elaborados pelo INCA para o tratamento do fumante. O Consenso sobre a abordagem e tratamento do fumante e o Manual do coordenador serviam para subsidiar os profissionais no desenvolvimento do programa. Já os manuais dos participantes, ofertados a cada sessão, forneciam informações e estratégias para apoiar os participantes no processo de cessação do tabagismo e na manutenção da abstinência (BRASIL 2004d).

Outras estratégias eram, contudo, utilizadas pelos profissionais na condução das sessões no grupo, como práticas inovadoras implementadas pela própria equipe, por exemplo, dinâmicas, música, discussão de texto, entre outras, como foi mencionado nos discursos abaixo.

[...] a gente usa nas reuniões um método participativo né, a gente traz dinâmicas de grupo, a gente não lê aquele livrinho nas reuniões, a gente não faz isso [...] a gente geralmente, faz uma dinâmica de grupo, aí... bem específico do... do assunto do livro né, que tem a ver com aquilo ali, a gente traz alguns... alguns textos né, que têm a ver com aquilo ali também, deixa espaço pra eles falarem, pra eles trocarem as experiências, sem falar de tanto tino, e a questão da leitura propriamente dito do livrinho, isso a gente cobra muito que se faça em casa, aí na próxima reunião a gente cobra deles, entendeu? [...] (JOANA).

[...] É claro que a gente também incrementa então a gente traz vídeo, a gente traz música, a gente faz dinâmica, além do que tá ali, então a gente foge um pouco do que tá ali, mas sem deixar de seguir aquele... aquele padrão, e abordar aquilo que tá na cartilha também, a gente acrescenta algumas coisas (ANDRÉIA).

Nesse cenário, observa-se, nos relatos de Joana e Andréia, que, mesmo possuindo as mesmas ferramentas, diferentes trabalhos eram produzidos, pois eram realizados por diferentes sujeitos, que, a cada processo, a cada ato de trabalho, atribuem ao seu objeto suas características, suas singularidades, seus sentidos e significados diferenciados. É o que ressalta Franco (2006), ao mencionar o trabalho vivo em ato e o potencial inventivo, criativo que possibilita mudanças no fazer cotidiano na produção do cuidado em saúde.

A abordagem em grupo, como estratégia para o tratamento do fumante, foi destacada, pelos profissionais, como espaço de trocas e de apoio no tratamento.

[...] A troca de experiências eu acho que é muito positiva né, você tá ali podendo falar, você tá podendo ouvir o outro, tem questões semelhantes, tá passando por dificuldades semelhantes. Eu acho que... eu acho que é muito interessante essa troca deles né, que os tabagistas tem ali, aquele momento que eles têm pra... pra pensarem né, pensar no que está acontecendo, pensar na vida deles né[...]. Eu acho que isso é muito positivo, essa coisa do grupo [...] (JOANA).

[...] Lógico que grupo é muito pra isso. Eu dou uma dica, ai o cara fala assim, ah, mas eu fiz diferente, eu fiz assim, ai o outro fala que vai tentar o que o outro tentou, e às vezes eles são criativos também, coisas que a gente nunca ouviu, nunca pensou, eles falam. O grupo tem muita força [...] (OLÍVIA).

A possibilidade de construção de relações sociais entre os sujeitos, dentro do grupo, foi expressa nos relatos acima, ao se referir ao fato de que, nesse espaço, pode-se “ouvir o outro” e “tá ali podendo falar”, numa relação de cumplicidade ao ajudar e sendo ajudado pelo outro. O ambiente do grupo, segundo Presman, Carneiro e Gigliotti (2005), possui algumas vantagens específicas em relação ao tratamento individual, por proporcionar uma rede suporte social, o compartilhamento das situações vivenciadas e as discussões de estratégias de enfrentamento para superá-las.

O uso da medicação no programa de atenção ao tabagista era preconizado como o apoio no tratamento. Essa questão era dialogada com o usuário desde a avaliação inicial para o programa:

[...] a gente prioriza, a gente bate muito nesta tecla assim, com o usuário, que o usuário via de regra ele vem com a expectativa do remédio, mas a gente fala olha a principal estratégia é comportamental né, ou seja, você mudar algumas coisas no seu dia a dia, aprender estratégias pra lhe lidar com esse desejo, vir ao grupo né, é então, porque a gente não sai dando remédio na primeira sessão, a gente vai..vai trabalhando com ele...tem paciente nosso que não usa remédio, não usa adesivo, não usa nada, só a estratégia mesmo comportamental, grupo como apoio [...] (MARIA).

[...] porque a grande maioria, até por mídia, por varias situações, acham que parar de fumar é uma varinha de condão mágica, você vai chegar, vai ganhar o seu condão e você vai ser privilegiado dali a partir daí, se não vai fumar mais, não vai ter sofrimento, vai ser tudo maravilhoso, você vai viver feliz para sempre. Sem... sem o seu amante ou sua amante bandidona,

bandidão, o tabaco. Então, o que acontece, esse amante bandidão vai sair da vida de uma forma muito tranqüila, essa amante bandidona vai sair tranqüila, e a gente sabe que não é assim, por quê? Ele cria uma situação que ele vai chegar aqui na consulta, e eu vou entregar pra ele uma... um kit, eles chegam a falar dessa forma eu vim, eles chegam na consulta bem assim: eu vim para receber meu kit, então, é essa fala que eu ouço aqui direto. Eu vim para campanha pra parar de fumar e na campanha eu quero o meu medicamento. Então, ele não quer parar de fumar, ele quer trocar a droga por um poder mágico pra poder parar de fumar [...] (BRENO).

Assim, evidencia-se que a função da medicação necessita ser bem esclarecida para o indivíduo, para que o usuário não espere receber “*uma varinha de condão mágica*”, como mencionado por Breno, para deixar o “*seu amante bandidão*”. Tal situação precisa ser desmistificada, logo no início do tratamento, para evitar possíveis frustrações que possam se tornar empecilhos para seu progresso, pois, como Maria relata, “*via de regra ele vem com a expectativa do remédio*”. É importante esclarecer para o sujeito que o tratamento medicamentoso age como coadjuvante da abordagem cognitivo-comportamental e tem papel definido no processo de parar de fumar, que é o de aliviar a ausência da substância no organismo e minimizar os sintomas da síndrome da abstinência da nicotina, propiciando maior adesão do usuário ao tratamento (BRASIL, 2001; OTERO, 2006). Portanto, explicar o momento de uso da medicação e a sua função no processo de parar de fumar é essencial para que esse fator não venha interferir, posteriormente, no tratamento.

O início da medicação para o tratamento do usuário foi bem diferenciado, nas unidades de saúde. Algumas unidades de saúde iniciavam a medicação durante as sessões, e outras apenas após na última sessão, como observado no discurso de Elaine, dependendo das condições clínicas do usuário e enfocando sempre a mudança de comportamento e de crença em relação ao tabaco. Os profissionais ressaltaram, ainda, a importância de não aliar o medicamento ao momento do grupo, para que a medicação fosse sempre vista como apoio ao tratamento, ficando em segundo plano, como relatado por Breno.

[...] tem algum paciente que a gente começa durante a sessão, mas a maioria a gente começa no final da quarta sessão. Ele precisa entender que ele precisa se esforçar. Tem alguns que já chegam assim, já parou, mas

que quer ajuda pra continuar e quem veio aqui a gente tem que ajudar correndo, não tem que levar nem pra grupo (ELAINE).

[...] No atendimento em grupo jamais eu prescrevo medicamento, jamais eu faço algum movimento medicamentoso, no individual eu faço. [...] (BRENO).

Vale ressaltar que o Consenso sobre a Abordagem e Tratamento do Fumante e as diretrizes terapêuticas não especificam o momento exato que deva ser iniciado o uso da medicação. Porém, destacam que esse uso deve ser realizado dentro do contexto do apoio comportamental, pois é nesse momento que o sujeito vai sendo orientado a lidar com a dependência psicológica e a estabelecer estratégias para o enfrentamento das associações com o tabaco (BRASIL, 2004c; BRASIL 2004d).

Entretanto, o fornecimento da medicação foi ressaltado como um entrave para o tratamento do tabagista, pois, uma vez ofertada, criava-se uma expectativa no usuário que era de difícil enfrentamento, além de comprometer a continuidade do tratamento.

[...] E aí, então, a gente, hoje, tá em falta, alguns medicamentos tão em falta, alguns adesivos estão em falta, comprimidos não, mas alguns adesivos de 7 e o de ...eu acho que os três estão em falta, se eu não me engano, e isso atrapalha o andamento, embora a gente faça de tudo pra que o paciente não precise usar o adesivo né pelo perfil [...] a gente não foque no medicamento, mas às vezes ele é preciso e às vezes tá em falta, o adesivo, principalmente (ALINE).

Eu acho assim que às vezes falta a medicação, não é sempre não, poderia ter a goma de mascar, poderia ter assim as medicações, as outras medicações né, no caso assim, às vezes pára, mas geralmente tem, mas às vezes um... um tempo fica sem, depois volta e a gente vai contornando [...] (JOANA).

A descontinuidade da oferta de insumos (material de apoio e medicamentos), expressa nos discursos de Aline e Joana, foi observada por Carvalho (2009), tem como causa problemas no fluxo de informação entre os entes federados, no processo licitação de compras dos medicamentos e na distribuição desses medicamentos. As situações mencionadas acima mostram que se faz necessário pensar em estratégias de planejamento e organização quanto à aquisição e distribuição de medicamentos e na relação dos fluxos de informações que possibilitem um monitoramento mais eficiente das medicações para os municípios.

Ao mesmo tempo, o município precisa, também, realizar a gestão sobre seus insumos para que possa prover, suprir, quando necessário, os medicamentos e garantir a continuidade do tratamento.

O uso da fitoterapia e a homeopatia eram práticas complementares utilizadas no programa do tratamento do fumante, e eram vistas como alternativas para o suporte para o processo de cessação.

[...] Às vezes a gente usa é... o fitoterápico também, entendeu? Hipérico, a Valeriana, entendeu... A passiflora, muitas vezes tem utilizado bastante (CLEUZA).

[...] fazer toda essa mistura da prática complementar em saúde, pegar todos os programas de práticas complementares que estão aí dispostos que a gente utiliza na prefeitura de Vitória, sabe prescrever Hipérico pra paciente tabagista é genial! [...] então isso é positivo em Vitória (BRENO).

A utilização de medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e de outras práticas integrativas e complementares, no tratamento do fumante, apresentou bons resultados, segundo os profissionais, aqui representados nos discursos de Cleuza e Breno. Essa situação também foi observada em um estudo realizado no Rio de Janeiro, no qual foi utilizado método terapêutico das práticas integrativas e complementares no tratamento de tabagismo, tendo sido obtida resposta superior à esperada com o tratamento convencional proposto pelo INCA/MS (LOMBA, 2011). Contudo, o uso dessa medicação e o de outras práticas complementares necessitam de mais estudos que comprovem sua eficácia na cessação do tabagismo

Quanto aos resultados do programa, a taxa de cessação no tratamento do fumante, após as sessões estruturadas, tem alcançado índices satisfatórios e exitosos, como relatado por Cleuza e Rosiane, ao destacarem taxas próximas aos cem por cento. Contudo, no último discurso, observa-se que a cessação teve mais resultados com o uso da medicação:

A visão que eu tenho é a seguinte: que pelo menos assim eu tenho conseguido um êxito assim, quem chega até o final normalmente a adesão é praticamente é de 100% de parada. Lógico, que muitos é... tem recaída, mas eu tenho conseguido de quem chega até o final normalmente em torno de 95...quase 100% param de fumar, então a adesão é muito boa. A parada é muito boa, o resultado é muito bom, pra quem chega até o final, é que muitos persistem na caminhada, na trajetória (CLEUSA).

Olha a política ela... ela... segue exatamente o que o Ministério preconiza, só que é... até um tempo atrás a gente usava, desenvolvia o trabalho sem medicação nenhuma né, não existia medicação de apoio, a gente tinha um índice de parada, em torno de 30 até 50%. Hoje nosso nível de parada tá em quase 100% com o uso da medicação (ROSIANE).

A percepção que os profissionais detêm dos bons resultados de cessação do tabagismo do programa é empírica, pois esses profissionais não apresentaram dados oficiais quanto à taxa de indivíduos que estão sem fumar. Entretanto, há alguns estudos (CAVALCANTE, 2005; IGLESIAS et. al., 2008; GODOY, 2010) que mostram que as medidas adotadas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo são efetivas, fortes e abrangentes.

Entretanto, a recaída tem sido apontada pelos profissionais como um elemento desafiador para os usuários que frequentaram o programa e, após um período de abstinência, voltaram a fumar.

Eu acho que o maior desafio é...(pausa) o maior desafio é o paciente que retorna. É o paciente que já teve no grupo, que parou e que voltou, o paciente com recaída, esse é o maior desafio, do grupo hoje, é esse aí [...] (ALINE)

[...] Então, a recaída é um grande desafio, por exemplo, o...o usuário ele termina as quatro sessões, parou de fumar, tá feliz da vida a gente tenta fazer um trabalho com eles no sentido de dizer assim, olha não acabou né, esse apenas é o começo, manter é mais difícil do que parar [...]Jeu acho que o INCA, qualquer pessoa, independente da sua pesquisa, tem que atentar muito para esta questão da recaída. [...] (MARIA)

Nos fragmentos acima, percebe-se a dificuldade dos profissionais em lidar com o usuário que apresentava recaída, como expresso no discurso de Aline: “É o paciente que já teve no grupo, que parou e que voltou”. Já no relato de Maria, observa-se que o difícil não estava no “parar” de fumar, mas em “manter” essa mudança, compreendendo que o tratamento não acabou nas sessões semanais, mas que se prolonga por um ano e a abstinência para toda vida. Os estudos evidenciam a efetividade dos programas de cessação do tabagismo, sendo o índice de cessação em torno de 70 a 100% dos usuários que participam do programa. Contudo, 70% apresentam situações de recaídas após seis meses, atingindo cerca de 80% aos

dozes meses após a cessação (FIORE; SMITH; JORENBY; BAKER, 1994). Assim, o acompanhamento torna-se uma estratégia fundamental na fase de manutenção (comportamento modificado e do novo estilo de vida), sendo necessária uma avaliação cautelosa do tempo de tratamento, pois talvez seja preciso um acompanhamento mais intenso e prolongado, dependendo de cada situação e de cada sujeito.

Outro grande desafio ressaltado por vários profissionais foi a questão da inserção de usuário com comorbidades psiquiátricas nos grupos, uma vez que os profissionais não tinham o suporte necessário para realizar o tratamento específico de que estes usuário necessitava e também não possuíam um local que pudesse referenciá-los.

[...] há um outro desafio que eu vejo como muito grande é o paciente psicótico, não psicótico só, mas paciente psiquiátrico, neurótico e psicótico eu acho que é um grande desafio também, porque você não pode tirar o cigarro de uma pessoa porque é muitas vezes uma coisa que tá segurando mesmo ali uma precipitação de um surto e muitos querem parar (risos), então, esse também é um desafio, eu acho que requer até um treinamento específico né[...] (ALINE).

Então, hoje, se eu abrisse um grupo [...] vou abrir pra mim vai ser um problema fazer a triagem. Por quê? Eu vou botar um paciente no vácuo, porque eu não vou ter um grupo pra mandar ele, eu não vou ter um psiquiatra pra acompanhar esse paciente com comorbidade psiquiátrica. Então, é tenso a situação. [...] os pacientes de comorbidades psiquiátricas, a portaria é muito clara em relação, não, não é pra ir, tem que ter um grupo específico.[...] talvez daria muito certo, se tivesse no grupo somente só pacientes com comorbidades psiquiatras e um psiquiatra de suporte, o que eu não tenho aqui (BRENO).

Nos discursos acima, nota-se a preocupação de acolher o usuário com transtorno psiquiátrico, de dar uma resposta a sua necessidade e ao seu desejo. Contudo, os profissionais apontavam limitações no seu fazer, pois não tinham o “suporte” necessário para abordar esse usuário e também temiam não saber lidar com todas as particularidades que essa atenção demanda. De acordo com a Portaria do MS Nº. 442/04, que estabelece o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, o usuário que apresenta comorbidades psiquiátricas (depressão, alcoolismo, uso de outras drogas, esquizofrenia e outras psicoses) deve ser encaminhado para atendimento especializado (por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) para

realização da abordagem e do tratamento do tabagismo, como relatado por *Breno*. Contudo, os profissionais das unidades de saúde que realizassem o encaminhamento tornavam-se corresponsáveis pelo acompanhamento desses usuários. No entanto, no município de Vitória, essa atenção especializada era desenvolvida pelo Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CAPS Álcool e Drogas). Atualmente, entretanto, o programa de atenção ao tabagista estava interrompido nesse serviço, ficando, então, uma lacuna na assistência a esse sujeito. Nesse sentido, faz-se necessário pensar na organização da lógica de atenção dos serviços, a fim de atender às necessidades desse sujeito, que possui peculiaridades.

O papel do profissional de saúde no programa de atenção de tabagista, era, segundo os profissionais, o de corresponsável pelo processo de mudança. Contudo, o comprometimento e o envolvimento dos profissionais eram essenciais para que o programa acontecesse no cotidiano dos serviços.

[...] Toda reunião isso é deixado claro para o usuário, que nós não somos responsáveis, somos corresponsáveis, porque a gente está aqui só para ajudar no processo dele, que é único para cada um [...] (ZÉLIA).

Comprometimento dos profissionais em primeiro lugar, porque, quando acontece um grupo aqui, é porque os profissionais decidem fazer. Então, a gente fala...não vamos deixar um pouco de lado as outras ações prioritárias e vamos fazer um grupo porque tá precisando, então isso[...] (JOAQUINA).

No fragmento do discurso de *Zélia*, percebe-se o significado representacional do papel desempenhado pela profissional no processo de parar de fumar, representado pela sua corresponsabilidade, por seu papel de facilitador do processo de mudança. No discurso de *Joaquina*, o comprometimento dos profissionais com a questão era um componente que impulsionava o fazer no tratamento do fumante. Desse modo, os profissionais que realizavam a abordagem ao fumante auxiliavam o sujeito no processo de decisão de parar de fumar, ao agir como facilitadores do processo de mudança. De acordo com o Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001), os profissionais podem orientá-lo acerca dos riscos de fumar, da dependência física, psicológica e de condicionamento, na proposição de estratégias de enfrentamento para lidar com as situações de risco, na motivação para o

tratamento, entre outras atividades, enfim, para apoiá-lo no processo de parar de fumar. Entretanto, para que o programa possa acontecer nos serviços de saúde, faz-se necessário, entre outros fatores, o comprometimento e o envolvimento de profissionais com a questão, para o desenvolvimento do programa (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2006; CARAM et al., 2009).

A atuação de uma equipe multidisciplinar no programa de atenção ao tabagista foi vista como elemento facilitador no desenvolvimento do programa. Ao referirem-se as diferentes formações e a cada sujeito – “*cada formação, em cada particularidade, em cada profissional*” – e ao trabalho em equipe, *Aline* e *Zélia* ressaltam as contribuições que essa diversidade pode proporcionar na atenção às singularidades dos tabagistas.

[...] E o fato do... do...de ter os vários profissionais, uma equipe multiprofissional à disposição deles, então em cada...em cada formação, em cada particularidade, em cada profissional vai poder contribuir e...e...você não sobrecarrega um profissional e cada um faz sua parte da melhor forma, o paciente é quem ganha com isso (ALINE).

Ponto positivo é você conseguir trabalhar com uma equipe multidisciplinar. O nosso ponto positivo que a gente tem aqui dentro que a gente pode trabalhar com uma equipe [...] (ZÉLIA).

A atuação de equipe formada por vários profissionais de saúde de diferentes categorias foi encontrada em alguns estudos (RAMOS; SOARES; VIEGAS, 2006; AZEVEDO et al., 2009; CRUZ; GONÇALVES, 2010). No entanto, mais do que uma equipe multidisciplinar, constituído de profissionais que atuam em diferentes áreas e com vários olhares, é necessário, segundo Nunes (2009), um trabalho interdisciplinar, no qual a articulação de saberes e práticas contemplem a integralidade do sujeito. Nesse sentido, o trabalho é coletivo (MERHY, 2002), não se faz sozinho, pois não há um saber único e indissolúvel; as diferenças e as singularidades dos sujeitos é que permitem a integralidade do cuidado.

A inserção do programa de atenção ao tabagista nos serviços de saúde foi ressaltada como fator importante, no envolvimento de todos os profissionais, estabelecendo-se, não “um programa desvinculado do que acontece no movimento

da unidade”, como relatado por Breno, mas um programa que seja visto como parte integrante das unidades.

[...] Então, aqui a gente conseguia envolver odontologia, conseguia envolver a farmácia, farmácia era o porto seguro deles, o telefone da farmácia era o porto seguro, então envolver o professor de educação física, envolver as duas psicólogas, a trancos e barrancos envolver os profissionais da estratégia, então isso é positivo, a gente não botar um programa desvinculado do que acontece no movimento da unidade, entendeu? (BRENO).

A integração da atenção ao fumante no SUS, com a implantação dos Programas de Controle do Tabagismo nas unidades, ampliou a discussão da problemática do tabagismo, e contribuiu para que muitos profissionais de saúde rompessem com alguns paradigmas, entendendo o tabagismo como um problema que precisa ser enfrentado e abordado, nos serviços com o mesmo nível de prioridade das outras doenças. A crescente procura dos serviços de saúde por pessoas que querem parar de fumar tem impulsionado o interesse de profissionais no atendimento a essa demanda, precisando o fumante ser preparado e acompanhado para cessar o tabagismo (BRASIL, 2001).

A atenção e a disposição dos profissionais no atendimento ao usuário no momento em que ele procura o serviço foram ressaltadas pelos profissionais não só como uma estratégia interessante para o tratamento, mas também como um desafio para a atuação profissional:

Como é uma equipe ampla pra atender, às vezes um tá ocupado, outro tá em atendimento, mas um sempre um dos profissionais mais envolvidos vai estar disponível! Então, a qualquer momento que a pessoa se sinta mal, tem alguma reação, tem uma recaída e precisa acessar o serviço, ela sempre encontra alguém para atender de forma imediata, então ela sempre tem esse socorro vamos dizer, então, esse é um ponto positivo né [...] (ANDRÉIA).

[...] É um programa que requer dedicação, diferente dos outros, diferente, por exemplo, do Hiperdia, que o paciente vem, você faz uma consulta ou faz uma visita domiciliar e pronto, acabou. O tabagismo não, o paciente chega aqui faltando cinco minutos pra eu ir embora, eu tenho que ficar, eu fico, entendeu... porque você cria um vínculo com ele, é diferente de outro programa, se você não criar esse vínculo afetivo né, e ele cria uma relação de confiabilidade acabou! Não vai conseguir nada, entendeu [...] (ROSIANE).

No relato de *Andréia*, expressa-se a prontidão que o profissional de saúde dispensava ao usuário, quando este apresentava necessidade “imediate”. *Rosiane* deixa explícito, em seu relato, que a atenção diferenciada a esse sujeito requer uma prática desafiadora, pois “*é diferente de outro programa*”, uma vez que exige do profissional dedicação, disponibilidade e empenho com o usuário, em todos os momentos, tornando, muitas vezes, o trabalho exaustivo. Nesse sentido, a criação do vínculo com o usuário é essencial no processo de parar de fumar. De acordo com Presman, Carneiro e Gigliotti (2005, p.274), a postura de empatia e uma relação sem julgamento do profissional para com o usuário são necessárias, para o estabelecimento de uma “aliança terapeuta”, em que o sujeito se sinta confiante para expor suas necessidades e suas expectativas.

A sobrecarga de atividades na atenção básica é um dificultador no desenvolvimento do tratamento ao fumante, como relatado pelos profissionais, uma vez que há “*uma sobreposição de ações*”, isto é, “*a gente não faz só uma coisa*”. Assim, a atenção ao tabagismo torna-se uma ação a mais a ser realizada; que, muitas vezes, pode sobrecarregar o profissional, pois ele não deixa de realizar nenhuma atividade para dedicar-se a esse trabalho.

Na unidade de saúde, apesar da gente ter alguns profissionais treinados, existe uma sobreposição de ações né, na unidade de saúde a gente tem que dar conta de vários programas e todos são prioritários, muitas vezes a gente não consegue é...ofertar o grupo por conta, que tá ...a gente fica um pouco sobrecarregado assim [...] (ALOÍSIO).

[...] É uma coisa assim, como a gente não faz só uma coisa, né, o profissional de saúde da unidade básica não faz só isso. Então, às vezes, a gente fica sobrecarregada [...] a gente faz muitas coisas ao mesmo tempo e tem que ter perfil de trabalhar em o programa, nem todo mundo que trabalha aqui, tem disponibilidade para trabalhar com isso, infelizmente. Então, assim, a gente vê as mesmas pessoas envolvidas no tabagismo, na saúde mental, no HIPERDIA, nos programas né, que a gente tenta trabalhar (OLÍVIA).

Desse modo, observa-se, na prática em tabagismo, que o mesmo profissional se responsabiliza por muitas atividades, de diversos programas. Aliada a essa questão, encontra-se a dificuldade de comprometimento dos profissionais a estratégia de tratamento, o que dificulta a divisão de atividades. A adesão dos profissionais foi uma dificuldade encontrada por Carvalho (2009), em quatorze (14) capitais

brasileiras; também a sobrecarga de trabalho dos profissionais foi destacada pelos coordenadores das capitais no estudo. Nesse contexto, concorda-se, aqui, com Campos, Gutiérrez, Guerrero e Cunha (2010), quando afirmam que a atenção primária é um espaço de grande complexidade, constituído de uma série de especificidades, envolvidas no processo de adoecimento do sujeito, que perpassa desde o biológico ou orgânico até os sofrimentos sociais e subjetivos (CAMPOS, GUTIÉRREZ, GUERRERO; CUNHA, 2010). Esse cenário exige dos profissionais uma diversidade de ações e habilidades que os desafiam constantemente no seu trabalho e que se não forem organizadas e bem distribuídas, podem tornar o trabalho cansativo e sobrecarregar os profissionais.

No entanto, a motivação profissional para a continuidade do fazer em saúde, no que tange ao tabagismo, era oriunda das mudanças observadas na vida do sujeito. que surgem como resultado do trabalho desenvolvido.

[...] ontem mesmo eu tive dois pacientes do penúltimo grupo do ano passado circulando na unidade me agradece, viram... que legal de atender paciente tabagismo que isso fazia eu não desistir do atendimento. É... ele é um paciente que quando ele resolve, ele é um paciente que ele circula, primeiro que ele se resolve, então ao se resolver ele te dá um resposta muito rápida, ou sim ou não [...] e quando ele se resolve pelo sim, ele me procura, me agradece [...] então assim é umas coisas interessante que a gente vê acontecer de movimento (BRENO).

[...] eu apaixonei porque você vê resultados positivos, o cara pára de fumar e muda tudo, no corpo, no tudo, na bioquímica, o clínico, a autoestima, por exemplo. o outro médico atendeu o que tinha parado nosso, voltou para ele, aí ele viu como estava o perfil lipídico, a autoestima da pessoa, a ele falando pra gente, isso é muito legal. No diabetes e na hipertensão você não vê o resultado, ali não, você vê é rapidinho [...] (ELAINE).

São inúmeras as mudanças que acontecem na vida de quem deixa de fumar. Como relatado por Elaine, “*muda tudo no corpo [...]* auto-estima da pessoa”; há sempre benefícios, a curto, a médio e a longo prazo, que podem e devem ser percebidos nesse processo (BRASIL, 2001). A importância de reconhecê-los está tanto para a vida do sujeito, uma vez que a identificação dos benefícios o ajuda a manter-se sem fumar, quanto para a atuação dos profissionais, como expresso no discurso de Breno – “*isso fazia eu não desistir do atendimento*” –, ao observar os resultados que

o seu trabalho possibilitou. Além disso, esses benefícios podem motivar a adesão dos outros profissionais ao tratamento, ao perceberem as mudanças obtidas.

8.2.3 O programa de atenção ao tabagista: sugestão de quem faz

A perspectiva de re(pensar) novas abordagens para o tratamento do fumante, com possibilidade de re(orientação) das práticas já estabelecidas, apareceu nos discursos dos profissionais.

[...] Então, acho que um grande desafio seria pensar também, eu não vejo problemas nessa abordagem tá, mas como tem gente que vê esse problema, não se identifica, eu acho que um grande desafio seria pensar em estratégias mais flexíveis né, que o profissional pudesse contribuir de outras formas [...] (MARIA).

Eu sugiro isso... em reservar pelo menos dois dias pra gente debater essa política, consertar o que precisa ser consertado, estruturar uma nova abordagem ao paciente tendo... levando, principalmente em consideração, que fumar, que o tabagismo é... é muito difícil de ser debelado, digamos assim, e com isso estruturar essa nova abordagem [...] (MARCELO).

Desse modo, os profissionais propuseram mudanças na configuração das práticas de saúde, em especial a de atenção ao tabagista. A proposição de novas metodologias e estratégias diferenciadas para abordagem cognitivo-comportamental, bem como a avaliação das práticas, foram relatadas em alguns estudos para ajustamento do tratamento ao tabagismo e o aperfeiçoamento do trabalho desenvolvido, visando a melhores resultados de cessação do tabagismo e redução de recaídas (CARVALHO, 2009; SOARES; RAMOS; VIEGAS, 2009; AZEVEDO et al., 2009).

A pactuação dos indicadores para melhorar o monitoramento e a avaliação do programa foi sugerida como instrumento de priorização e fortalecimento da política no município pelos profissionais, como observado em seus discursos abaixo:

[...] indicadores, indicadores pactuados, eu acho que é a melhor forma (risos) de fortalecer porque, é... eu estou aqui na prefeitura há 5 anos eu já entendi que aquilo que não tem indicador hum...hum...não vai pra frente né. Então, eu acho, batalhar pra incluir indicadores aí né, é... [...], indicadores, monitorar mais de perto os resultados, porque tem isso também né...como você vai saber, como é que tá a política se você não monitora né, eu não sinto esse monitoramento [...] Eu acho que fortalecer a política, colocar como prioridade, inclusive de repente amarrar indicadores, que o que não tem indicador não é prioridade né (risos) eu já entendi isso. Então, amarrar isso bem, eu acho que uma é luta política que...como eu falei, epidemiologicamente não se justifica né, essa falta de prioridade [...] (MARIA).

O INCA preconizou alguns indicadores a fim de monitorar e avaliar o tratamento do fumante no SUS. São eles: a evolução do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica; a evolução do número de pacientes que participaram da primeira e da quarta sessão estruturada; a proporção entre o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada; e o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento (INCA, 2012). Contudo, como observado nos relatos acima, os profissionais desconheciam tais indicadores, evidenciando a necessidade de formação para informar e pactuar esses indicadores com as equipes, para aperfeiçoar o monitoramento e a avaliação do programa municipal. Carvalho (2009) também observou a fragilidade na formação ao verificar que, em duas capitais brasileiras, os coordenadores municipais não conheciam os indicadores pactuados.

A *criação de um espaço de trocas* entre os serviços, os profissionais e a gestão foi sugerida nos discursos abaixo, em que os profissionais destacam a importância de um espaço para trocas de experiência, discussão da política e o re(pensar) das práticas.

[...] Eu acho que aqui no município falta um pouco a troca de experiência exitosas, às vezes fica é...uma unidade tipo desenvolve um programa, outra desenvolve um programa lá, tem uma que nem segue às vezes o que o

INCA põe e fica faltando um pouco de diálogo com as pessoas que estão realizando, pra trocar experiências como tá funcionando a sua unidade, ah...na minha ta funcionando assim, não na minha unidade assim, então falta um pouco disso pra gente perceber né o que tá acontecendo de positivo que a gente pode trazer pra cá e o que...passar também quais dificuldades que a gente ta tendo, ver como as outras unidades conseguiram resolver alguns entraves[...](ALOÍSIO).

[...] seria legal também se tivesse algum movimento com... juntar todas essas unidades entendeu, pra... de repente fazer essa avaliação. Vitória, não é Vitória toda que tem isso aí, então vamos juntar um dia, um seminário, sei lá o quê, alguma coisa que... cada um fosse falar como tá sendo desenvolvido ou... na verdade seria troca de experiências assim, porque isso enriquece né, e poderia até surgir outras estratégias, então eu acho que seria interessante se tivesse um momento desse que não tem, que depois fica cada um no seu cantinho, fazendo seu trabalho né, pra saber como tá sendo desenvolvido. Você vê que na verdade acaba que cada unidade faz de uma maneira né, entendeu... aí seria legal essa troca, acho que seria uma estratégia (JOANA).

A possibilidade da criação de um espaço em que o sujeito possa expressar-se e, ao mesmo tempo, ter a possibilidade de escuta de outros atores do processo, mostrou-se como uma necessidade para os profissionais, como uma forma de fortalecer as práticas realizadas, de possibilitar as trocas de experiências e a adoção de novas práticas e, também, de estabelecer um diálogo com a gestão acerca das dificuldades e dos desafios encontrados a fim de tentar superá-los. É também o que salienta Merhy (2002) ao ressaltar a importância de repensar a publicização dos espaços de gestão do processo de trabalho em saúde como um espaço coletivo em que se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, com seus projetos e com seus métodos referentes aos diferentes espaços da gestão, visando reestruturar o processo e potencializar o fazer em saúde.

O controle e a fiscalização das ações do programa de atenção ao tabagista no município foram também sugeridos pelos profissionais, a fim de efetivar a política municipal.

Existe a política... cobrança. Fazer valer o que foi pactuado. Porque existe o... uma pactuação de uma quantidade de unidades que deveriam estar fazendo dentro do município e isso não está sendo real [...] Se existe a política, existe a formulação da lei pra isso, que ela seja realmente cobrada e efetivada entendeu? Não ficar só aqui...existe no município, não mas quem tá fazendo e por que não tá fazendo e como fazer pra dar certo e valorizar esse profissional que faz realmente a ponta. E o que te falei, se eu faço bem, se não faço também, tanto faz (CLEUSA).

[...] Mas assim, eu acho que o município deixa muito a desejar, porque não é uma coisa, ele teria que ter mais organização do que nós, porque pra cobrar da gente ele tem que ter a organização dele. E parece que falta essa organização. Aí, também falta aqui, e aí assim, fica uma cobrança muito pouco efetiva. Porque tem que ter haver uma cobrança mesmo, tem que ter a planilha, porque senão falta a medicação no ano que vem. E isso não está funcionando (OLÍVIA).

Nos fragmentos acima, percebe-se que a “cobrança” representa, para os sujeitos, uma estratégia para fomentar a política no município, de modo que ela seja realmente implementada. O discurso de Cleusa, ao relatar que “se eu faço bem, se não faço, também, tanto faz”, revela que o trabalho com o tabagismo não estava sendo acompanhado, monitorado e avaliado, pois não havia diferença, para a gestão os fazeres dos sujeitos no âmbito da política. Desse modo, os sujeitos relataram que se fazia necessário “mais organização” por parte da gestão, a fim de que ela pudesse vislumbrar o que realmente acontecia nos programas e ter a possibilidade de monitorar e avaliar as práticas realizadas. Nessa direção, o gerenciamento das ações realizadas pelo programa de atenção ao tabagista, por meio do monitoramento e da avaliação dessas ações, permitiria um controle mais efetivo do mesmo, bem como, possibilitaria identificar as suas falhas e entraves, fortalecendo a política do município. É o que é salientado por Carvalho (2009), ao afirmar que o fortalecimento da gestão municipal é essencial para superar as desigualdades e as dificuldades observadas nos serviços.

O envolvimento de um maior número de profissionais para ampliar e organizar a abordagem ao sujeito fumante nas unidades de saúde foi ressaltado pelos profissionais, como observado nos fragmentos abaixo:

[...] Eu acho que, a cada dia que passa, o mais importante é investir nos profissionais, estimular os profissionais pra que ele trabalhem, abordem os pacientes no atendimento, entendeu [...](ROSIANE).

[...] Mais RH, porque sem pessoal você não pode organizar nada, a gente precisa de gente, porque demanda de muitas pessoas, entendendo, você precisa tá acompanhando a lista, chamando, fazendo busca aos faltosos, a gente trabalha uma demanda grande de atendimento de consulta aqui na unidade, então não dá pra você... Então, depende da capacidade de ter mais gente ajudar [...](ELIZABETH).

A adesão dos profissionais ao tratamento do tabagismo foi mencionada como uma condição imprescindível para o processo de trabalho do programa de atenção ao tabagista. O desafio de envolver mais atores nesse processo tem sido evidenciado nos estudos (CARVALHO, 2009; AZEVEDO et al., 2009; RAMOS, SOARES; VIEGAS, 2009) que indicam que mais profissionais precisam entender a importância da abordagem do tratamento do fumante e seu papel no processo de parar de fumar. Cabe ressaltar que, para a implementação de uma determinada política, faz-se necessário atentar-se para a garantia de condições (humanas e financeiras) para que ela seja consolidada. Nesse caso, os sujeitos apontam para um maior quantitativo de profissionais para atuar no programa.

A participação da comunidade e de outros setores da sociedade foi ressaltada como estratégia fundamental na problematização e na conscientização dos sujeitos acerca da importância da promoção do controle e da prevenção do tabagismo.

[...] Então, assim, eu acho que o diferencial que a gente tem é esse, a gente simplesmente não implementou na unidade, a gente fez um trabalho na comunidade [...] acho que uma data comemorativa[...] A gente fez uma caminhada, aí foi muito bacana, o pessoal do CAJUN, sabe o que é o CAJUN, eles tem aula de percussão, aí eles fizeram uma música, uma letra, e um batuque, e nós gravamos isso, aí no dia na passeata, tinha um carro de som que tocava essa música, e aí foi os meninos da escola, da creche, com cartazes e faixas. Aí a gente fez o percurso na comunidade até chegar na escola, aí na escola teve, eles tocaram de novo a música ao vivo[...] E a partir daí as pessoas começaram a ver que a gente queria acabar com a questão do cigarro, e que iria começar o tratamento na unidade de saúde[...] eu acredito muito nisso, que a gente potencializa muito o nosso trabalho quando a gente trabalha junto com a comunidade e não está sozinha. Nas escolas, o trabalho que a gente faz, não a gente, mas a gente com os professores, né, de reflexão das crianças, muitas delas levam aos pais e avós, a gente ouve falar “meu neto está atrás de mim para parar de fumar”, e isso pesa, isso é importante. Quer dizer, como se a gente ganhasse força [...] (OLÍVIA).

No discurso acima, percebe-se que o trabalho realizado com outros setores do território de saúde faz diferença nas ações de controle do tabagismo, como relatado por *Olívia*, “*como se a gente ganhasse força*”, pois a ação torna-se coletiva e integrada. O tabagismo é um problema complexo que envolve vários setores da sociedade, não exclusivamente o setor saúde; envolve, por exemplo, os setores da Educação e da Cultura. A intersetorialidade das ações, realizada pela Comissão

Nacional para o Controle do Uso do Tabaco, trouxe avanços significativos para o controle do tabagismo, uma vez que diversificou as ações, perpassando desde legislações de proibição de fumar em recintos fechados, proibição de propaganda, até ações em escolas e o envolvimento da sociedade civil (CAVALCANTE, 2005).

Diante das contribuições sugeridas pelos profissionais, nota-se que, apesar de todos os constrangimentos que as normas, os protocolos, as ações pragmáticas, enfim, o “instituído” possam implicar no aprisionamento e na captura do trabalho vivo na produção do cuidado, o trabalho vivo em ato é passível de romper com a ordem e a norma (FRANCO, 2006). Seu potencial inventivo e criativo possibilita aos sujeitos fugir das amarras que engessam o cuidado da saúde, e, com o sentido próprio dá novas significações ao seu fazer em saúde.

8.2.4 O programa de atenção ao tabagista: e a sua avaliação?

A avaliação do programa foi mencionada como um desafio para os profissionais, uma vez que era realizada de acordo com a percepção e a vivência de cada sujeito envolvido, como relatado pelos sujeitos abaixo, de forma não sistematizada.

Então, como é a avaliação que a gente faz? É uma avaliação qualitativa, não é uma avaliação quantitativa, sistematizada né, [...] quando a gente senta no final do ano, a avaliação é conversa, é como eu falei mais qualitativa, o que a gente achou, a gente vai anotando tudo né lógico [...]é...é...esse tipo de avaliação que a gente faz né. Aí baseado nessas impressões aí a gente vai e planeja pro próximo ano, com as modificações que a gente julga que são necessárias né [...] (MARIA).

[...] Na verdade, como não é uma avaliação bem estruturada, o retorno existe, mas não de uma forma... formalizada, digamos assim, eu não teria nenhum documento, nenhum relatório disso. Entendeu? (ANDRÉIA).

A avaliação é uma das fases da análise de uma política pública em que, além de se analisarem os resultados, impactos e os déficits, pode-se redirecionar e modificar os efeitos indesejados na implementação da política. Contudo, são poucos os programas e serviços de saúde que realizam de forma contínua e sistematizada a avaliação de suas atividades (MORAES, 2006), pois apresentam dificuldades metodológicas e operacionais na apropriação dos resultados obtidos. Sendo assim, faz-se necessário um fortalecimento das práticas de avaliação para fornecer subsídios e dar suporte à re(formulação) da política.

Os problemas que surgiam no fazer cotidiano eram identificados pelos profissionais, geralmente, em uma reunião interna entre a equipe, após a realização dos encontros dos grupos, como relatado por *Aloísio*. No discurso de *Zélia*, percebe-se que os problemas oriundos na prática eram “*sentidos na pele*” pelos profissionais, vivenciados a cada encontro e a cada momento com o usuário.

Ao término de cada grupo que a gente faz, e na...pelo duas vezes ao ano que a gente senta pra conversar as ações da unidade a gente, fazia uma avaliação de como a gente tá grupo, do que tá precisando, o que tá faltando [...] A gente consegue até assim de uma forma aqui dentro se organizar e avaliar um pouco funcionamento [...] (ALOÍSIO).

[...] Na verdade é no dia a dia mesmo né, passando os apertos que a gente passa mesmo, é no dia a dia, é sentindo, como diz o outro, sentindo na pele né, são as dificuldades [...] (ZÉLIA).

Nessa direção, são vários os fatores externos e internos que incidem desde a elaboração até a implementação de uma política, podendo ocorrer falhas, brechas ou até mesmo, fracassos (SILVA, 2008). Desse modo, a avaliação e a identificação, na sua prática cotidiana, dos obstáculos e das dificuldades é fundamental para a realização das mudanças desejadas. Assim, como ressaltam Malta e Merhy (2003), quando se pretende provocar mudanças, é preciso analisar os vários aspectos desse processo, visando buscar novos sentidos e novos formatos (MALTA; MERHY, 2003).

O monitoramento das ações do programa era realizado pelo preenchimento das planilhas, elaboradas pelo “*Ministério da Saúde*”, que eram enviadas para a Secretaria e encaminhadas para o INCA, como observado nos fragmentos abaixo:

Com a referência a gente manda planilhas de....de...contabilizando quantos grupos passo as referências pra eles de medicamentos, de grupo, de livros são as planilhas que a gente manda pra eles, e eles repassam para o ministério [...] (ALINE).

A gente tem um próprio do Ministério da Saúde que são as planilhas que a gente nutre, e mostram quantos vieram, quantos fizeram a entrevista, quantos que usaram a medicação, quantos pararam de fumar. Então, é esta avaliação que a gente faz com as planilhas do próprio ministério.[...](PAULA).

O INCA, com o objetivo de gerenciar as informações produzidas pelas unidades de saúde, instituiu instrumentos de avaliação para consolidação das informações do PNCT, acerca da distribuição dos medicamentos; consolidação das informações da distribuição do manual do participante; planilha de coleta de informações do tratamento do tabagismo; e planilha de consolidação de informações do tratamento do tabagismo. A avaliação era baseada nos relatórios enviados pelas unidades de saúde à coordenação municipal de controle do tabagismo (nas secretarias municipais de saúde), destas para as coordenações estaduais (secretarias estaduais de saúde) e destas para a Coordenação Nacional do Programa de Controle do Tabagismo, no Instituto Nacional de Câncer, estabelecendo-se um fluxo contínuo de informações (BRASIL, 2004d).

Todavia, não havia o mesmo fluxo quanto se faz o movimento oposto, o de retorno dessas informações para o serviço, de forma a possibilitar que as equipes refletissem e revisassem seus processos de trabalho e reorganização das estratégias adotadas.

Não ocorre. É solicitada, a gente sabe que nem todo mundo cumpre, essa é a fala. Mas, também não há uma avaliação, um feedback. Porque assim, poxa, se a unidade está legal deveria ter uma avaliação positiva, ligar pro coordenador, sabe, fazer um trabalho mesmo de cuidar. Ter um retorno. E isso não existe nem no local, numa coisa mais micro e nem numa coisa mais ampliada [...] (OLÍVIA).

[...] Olha vez por outra, a gente... a gente emite relatório trimestrais, sobre os atendimentos que são feitos ou não, sobre as medicações dispensadas ou não e... eu sempre... sempre envio junto, sempre que posso eu envio junto com o relatório, aquela planilha bonitinha do Excel, algum comentário desse tipo: estamos tendo dificuldade de formar grupos, quando as pessoas vem aqui elas deparam com uma situação que elas não imaginavam que fosse ser [...] Eu não sei se a gestão tem levado em consideração essas

informações, ou se por uma questão de...boa publicidade ela tem esquecido de levar em consideração, Não sei (MARCELO).

Nos discursos acima, nota-se que o não retorno da avaliação do programa foi percebido por esses sujeitos. Além disso, eles ressaltaram que não sabiam se suas observações eram consideradas pela gestão. Nesse sentido, Minayo (2006) salienta que analisar os resultados de um processo de trabalho permite ao sujeito vislumbrar o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua *práxis* cotidiana; ao criar espaços permanentes de reflexão sobre a prática, permite desconstruir ideias, construir e definir conceitos, rever e realizar mudanças de estratégias e redirecionar suas ações (MINAYO, 2006).

O envio dos problemas identificados na prática para a gestão era realizado por e-mail, telefone, ou visitas da referência nos serviços de saúde, como relatado pelos profissionais abaixo:

É então, assim a gente é... manda através de CI ou então a gente telefona que tem a responsável pelo programa no município que é a Leonora, a gente passa pra ela, manda o documento, telefona, só que é assim sabe como que é né, serviço público você tem que ter paciência, não é no momento da gente, tem licitação, tem um monte de coisa, a gente entende isso [...] (JOAQUINA)

[...] Ela veio aqui pra saber como estava né, saber da gente, o que gente tava... como estava o nosso trabalho e dizer também como estava a questão da dela lá, que ela tá, pra esse ano ela está implementando isso, de fazer reunião em todas as unidades, pra saber como o programa né, tá sendo desenvolvido é [...] (JOANA).

Na pesquisa desenvolvida por Carvalho (2009), foi observada que entre as formas mais utilizadas para comunicação entre as esferas de governo, a comunicação virtual foi a mais relatada; somente uma capital, dentre as 23 (vinte e três) do estudo, utilizou-se do contato direto. Segundo a autora, apesar de a comunicação virtual favorecer a interação e a agilidade da informação, o contato direto possibilita a interação e a troca de experiências, por isso deve ser estimulado. Tal situação vai ao encontro do que propõe a coordenação municipal de “fazer reunião em todas as unidades”, para vivenciar mais de perto os problemas do contexto do programa de atenção ao tabagista.

Nesse sentido, alguns profissionais relataram que sentiam falta de um contato mais próximo com a referência do programa, o que consideraram um obstáculo a ser superado pela gestão, assim como informaram que havia dificuldades nas devolutivas e na resolutividade dos problemas. Nos relatos abaixo, observa-se que o contato da referência com as unidades de saúde era algo que estava se constituindo como uma nova ação implementada pela coordenação do programa; segundo os profissionais, isso seria importante por possibilitar uma proximidade maior com os serviços e suas necessidades.

[...] A medida que a gente vê que tá tendo problema a gente passa. Mas não tem retorno. São sempre respostas evasivas. Por exemplo, a coordenação teve esse ano aqui, pra gente conversar, tivemos uma reunião. Mas foi a primeira vez que ela veio, e olha que a gente é uma unidade que responde né, que tenta fazer o trabalho para que encaminhe tudo bem. Nas que não acontece talvez se ela estivesse mais presente, ela estaria mais ciente do que está acontecendo [...](OLÍVIA).

[...] a gente tem pouco suporte do ponto de vista de acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações por parte da secretaria. É como se fosse mais ou menos assim, bom agora você está capacitado, toma que o filho é teu, se vira, não tem muito suporte, assim. A pouco tempo recebi um e-mail da Leonora querendo marcar reunião com a gente, acho que foi a primeira vez que isso aconteceu assim, desde que eu trabalho com tabagismo né [...] (MARIA).

Nesse contexto, Hogwood e Gunn (1984) salientam que não existe uma implementação perfeita; ela, a todo tempo, deve ser negociada e articulada entre os atores envolvidos. Por isso, o diálogo entre os atores (profissionais e gestão) acerca dos entraves encontrados nesse processo é imprescindível para que as dificuldades possam ser superadas e para que, de fato, a política aconteça.

8.3 COM A PALAVRA OS USUÁRIOS

A política é compreendida como cerne das relações sociais que o homem estabelece consigo, com os outros e com a sociedade, perpassando pelas suas ideologias e ações, visando alterar o contexto social no qual está inserido. As políticas públicas, por sua vez, traduzem as ações políticas do Estado que influenciam na vida do homem e na sociedade.

Desse modo, busca-se, por meio desta análise, identificar as mudanças provocadas na vida dos sujeitos historicamente situados, que são alvo dessa política, e desvendar, por meio da sua linguagem, as contribuições para as (re)significações das práticas e das políticas dirigidas à atenção ao tabagista.

8.3.1 O programa de atenção ao tabagista: o entendimento do tabagismo como um comportamento físico, social e psicológico

O uso de tabaco é um hábito social que, ao longo do tempo, vem adquirindo novas características. Na Antiguidade, era utilizado em práticas religiosas, cerimônias de purificação, nas quais associavam o consumo do tabaco a algo sagrado (CARVALHO, 2000). Em décadas posteriores, o consumo foi fomentado pelo aumento de produção de cigarros pelas indústrias fumageiras, pelas intensas propagandas e pelo *marketing*, que tornou o consumo de tabaco um objeto de inserção e posição social (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 1998).

[...] na década de 80, fumar era numa sala, quando eu fazia engenharia, antes de eu fazer direito, eu fazia engenharia né, na minha sala podia até fumar dentro de sala. Hoje em dia o que acontece, virou tipo, 80% dos meus colegas fumavam, hoje em dia ninguém fuma. Então, virou assim, fora de moda, virou... virou realmente démodé, virou antissocial, né. (JOSÉ).

No discurso de José, nos fragmentos destacados acima, percebe-se que, em décadas anteriores, o comportamento de fumar tornou-se familiar, e o cigarro, objeto de desejo de milhões de pessoas; um comportamento de *status* social, de beleza e liberdade. Entretanto, nos dias atuais, observa-se que houve uma mudança na representação do hábito de fumar na sociedade, adquirindo um novo significado, o de segregação social, de doença, possuindo até características de estigma social. Desse modo, o uso do tabaco passou, de um comportamento socialmente aceitável e difundido por todos os países, a ser considerado uma doença, resultante da dependência de nicotina, substância encontrada no tabaco e responsável pela tabaco-dependência, em decorrência de seu alto poder de modificar a biologia e a fisiologia do cérebro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995). Essa mudança de postura fez com que a sociedade adquirisse uma nova atitude diante do comportamento de fumar, o de não aceitação, de repúdio e de descontentamento. E o fumante, assim, assumiu um novo papel na sociedade: o de infrator da moral e dos bons costumes.

Sabe-se que, além do fator neurobiológico, o tabagismo envolve a personalidade, as condições sociais do usuário, bem como outros fatores adquiridos e condicionantes ambientais (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004).

[...] todos nós sabemos que faz mal mesmo, é prejudicial, toda saúde, todo corpo humano, toda parte do corpo humano é prejudicial o cigarro. Mas, realmente é questão de costume, questão de hábito[...] (JÚLIO).

Ao relatar que o cigarro prejudica a saúde, o usuário está reconhecendo os efeitos danosos da substância no seu organismo, resultantes do uso de tabaco; porém, mesmo tendo esse entendimento, seu uso é continuado, pois o ato de fumar representa um comportamento social desenvolvido ao longo da vida, adquirindo uma importância psicológica e social na vida do sujeito.

Assim, o cigarro tem um papel diferenciado para o fumante, de um objeto de consumo, torna-se, muitas vezes, um amigo, um companheiro que está com ele em todos os seus momentos, conforme se observa no relato de *Gabriela*:

[...] eu tinha dois maridos, eu tinha um marido e um amante, mas eu era mais apaixonada pelo meu amante, que meu amante era meu cigarro. Eu ficava sem meu esposo, mas sem meu cigarro eu não ficaria (GABRIELA).

No segmento destacado acima, nota-se a representação social do cigarro no relato de *Gabriela*, ao mencionar o cigarro como se fosse uma pessoa, com quem estabelece relação, por quem tem sentimento, e a importância na vida do sujeito, até comparado com o esposo. A dependência psicológica faz com que o sujeito sinta uma necessidade crescente de fazer uso do tabaco, utilizando-o com intenção de aliviar tensões ou até mesmo de enfrentar momentos de depressão. O tabaco, assim, é visto como um companheiro em momentos de solidão, que preenche espaços vazios, que está com ele em todos os momentos de sua vida. Para o sujeito, parar de fumar é romper laços de amizade, companheirismo, uma separação de algo que muito tempo vem dando prazer; é uma perda que envolve uma grande tristeza (VIEGAS, 2007). E abandonar esse companheiro com quem convive há muitos anos é um processo difícil, de renúncias, de muita persistência e luta.

[...] Porque todo mundo acha, ah fumar... você fuma porque né... sem vergonha, né essas coisas assim. Mas, não é, é muito difícil parar, é uma droga, né. [...] (BRUNA).

[...] tem que abrir mão de tudo, tem que passar mesmo por vontade, tem que abrir mão mesmo até da vaidade, pra poder continuar esse processo de uma forma mais incisiva mesmo pra que dê um resultado (GABRIELA).

No relato de *Bruna*, percebe-se como o fumante visualizava sua imagem na sociedade, como um sujeito fraco, sem caráter, sem força de vontade para mudar um comportamento. Já no discurso de *Gabriela*, a expressão “ter que abrir mão de tudo” expressa que essa mudança – parar de fumar – não é tão fácil assim; é uma escolha em que vai exigir do sujeito determinação, coragem e atitudes incisivas para mudar a sua vida. Essa decisão é que impulsiona o sujeito a tentar buscar uma nova identidade social; por isso ele procura ajuda, participa de um programa, constrói

novas relações sociais e passa por situações desafiadoras, para instituir seu modo particular de ser no mundo, constituindo-se em um novo sujeito.

8.3.2 O programa de atenção ao tabagista: a decisão no processo parar de fumar

O processo de parar de fumar é um processo árduo para a maior parte dos fumantes. Muitas situações são enfrentadas por eles, que vão do sofrimento físico ao psicossocial, como se pode observar nos discursos a seguir:

[...] É uma mudança do corpo muito grande, dias com uma sonolência extrema, dias é... com pouquinho de insônia, é uma mudança do paladar, uma... uma mudança... enjoo, uma mudança de vômito, um pouco de dor de cabeça, sintomas assim, cada dia de uma forma [...](JOSÉ).

[...] Não, no terceiro, segundo, terceiro remédio já ia amenizar alguma coisa, aí eu fumava mais ainda, não sei se era uma sensação de perda, é como se eu tivesse perdendo alguma coisa, não era o cigarro, não tem uma sensação de perda, é uma perda que não presta, mas no fundo é não sei, não sei nem explicar o que é. E eu continuei a fumar (GABRIELA).

Observam-se, no discurso do José, suas percepções acerca das alterações físicas que podem manifestar-se durante o período em que o tabagista está iniciando o processo de parar de fumar. Já no relato de Gabriela, tais percepções ultrapassam as mudanças biológicas e perpassam por sensações de perdas sociais e por rompimentos de crenças em relação ao cigarro. É, desse modo, um período de inúmeras mudanças na vida do sujeito, decorrentes de sofrimento que ele passa ao abandonar o cigarro.

As alterações físicas relatadas acima se referem aos sinais e sintomas da síndrome de abstinência da nicotina. Esse quadro clínico pode apresentar-se no período em que o sujeito está deixando de fumar. É uma das principais causas para que o

fumante não consiga ficar abstinente e apresente recaída⁷ (VIEGAS, 2007). A inquietação, a irritabilidade, o nervosismo, encontrados nos discursos de *Gabriela* e *Alice*, representam alguns dos sinais e sintomas desse período, que o sujeito pode experimentar, tornando a relação frágil e difícil consigo e com o outro e acarretando, muitas vezes, retorno ao comportamento de fumar.

[...] Então, quando foi de manhã eu tomei um comprimido, que ele mandou né, e comecei a tomar água, mas o cigarro eu tive que fumar, acendi um cigarro e comecei a fumar, eu comecei sentir até mal, eu tava agitada, querendo matar todo mundo que eu encontrava pela minha frente entendeu, marido, filho e tudo, fiquei insuportável! Aí comecei há... falei que não dá não, vou ter fumar, e, comecei a fumar, fumar. (GABRIELA).

Nas primeiras horas eu fiquei muito nervoso, dava patada até na minha sombra. E acabando que eu com o adesivo fui inventar de dar uma tragada no cigarro e acabei passando mal. Ai eu peguei e tirei e voltei a fumar.[...] (ALICE).

Além dos fatores físicos, há outros episódios que podem fazer com que o usuário apresente recaída, por exemplo, problemas familiares, estresse, tentativa de fazer uso episódico da substância, situações de afetos negativos, crença de que a dependência está controlada, ganho de peso, situações de hábito, consumo de álcool e outras situações sociais (PRESMAN, 2006). Esses fatores foram observados nos discursos de *Natália* e *Marta*:

[...] na segunda vez que eu fiz, porque eu tive uma recaída, aí eu..., porque o vício, assim, você não pode fazer o primeiro, primeiro trago, mesmo que você tenha a consciência, você tem! Não adianta fraqueza. (NATÁLIA).

[...] Até fiquei um tempo sem fumar, mas depois voltei de novo, mas não foi assim, por falta... nada do tratamento. Foi problema meu mesmo, pessoal, de família, que eu venho tendo né, daí voltei a fumar por causa disso [...] (MARTA).

No segmento acima, ao mencionar a palavra vício, *Natália* explicita a imagem do fumante fraco, que não tem controle sobre o seu ato, por ser dependente de uma substância, e que, em um momento de mero deslize e fraqueza, pode perder tudo o que demorou meses para conquistar. Para os sujeitos que voltam a fumar, a recaída

⁷ Recaída é processo em que o fumante volta ao mesmo padrão anterior de consumo de tabaco ou mesmo, cria um novo padrão em quantidades maiores após um período de abstinência (MARLATT; GORDON, 1993).

significa, não apenas fracasso do tratamento, mas também falha pessoal. Contudo, a recaída precisa ser considerada como parte do tratamento e entendida como uma oportunidade de aprendizado (FRANÇA; SIQUEIRA, 2011), na qual o indivíduo pode refletir, além de propor novas estratégias para enfrentamento das situações que o levaram à recaída.

Assim, o processo de parar de fumar, mais do que uma alteração do comportamento e uma modificação do hábito, é uma mudança de vida que vai exigir do sujeito uma decisão intrínseca nesse difícil processo:

Eu acho que isso depende muito da pessoa. Qualquer tipo de droga se a pessoa não quiser, você pode fazer tudo, mas não tem jeito (TEREZA).

[...] Enfim, é... se não tiver esse fator "querer parar" não existe ninguém no mundo que o faça parar de fumar (JOSÉ).

[...] É essencial pra qualquer pessoa parar de fumar basta ter força de vontade.[...] O que tá faltando é as pessoas tomarem vergonha na cara, ter força de vontade. A gente tem que ter muita! (MELISSA).

Os segmentos destacados nos discursos mostram que, além do desejo de parar de fumar é preciso tomar uma decisão, uma atitude, que depende mais do sujeito, do que de outra pessoa. A maneira como o sujeito vai se posicionar diante dessa realidade é que vai fazer com que ele seja capaz de romper com esse comportamento. Entretanto, para que essa decisão realmente aconteça, isto é, para que ocorra a prontidão para mudar⁸, é imprescindível, que nesse processo, segundo Prochaska e Diclemente (1982), ocorra a motivação para a mudança como estratégia fundamental para a continuação no novo comportamento, uma vez que a motivação permeia todo o processo de mudança, sendo primordial para que o indivíduo assuma a responsabilidade pela sua mudança.

⁸ A prontidão para mudar está descrita no *Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente* que descreve os estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita durante o tratamento. Esse modelo está baseado na premissa de que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982).

8.3.3 O Programa de Atenção ao Tabagista: a voz de quem participa

O programa de atenção ao tabagista representou um elemento diferencial na decisão de parar de fumar dos sujeitos participantes da pesquisa, pois possibilitou rever suas concepções acerca do tabagismo e os ajudou a superar os momentos de dificuldades no processo de tratamento por meio do apoio e da ajuda profissional. É o que relatam os usuários, ao exporem sua opinião acerca do programa.

[...] é uma mudança grande na rotina, é bem drástico, mas dentro do programa feito por eles, pela prefeitura, tá ótimo, realmente eles procuraram atender todas as nossas necessidades. [...] Olha eu achei muito bom, é... um tratamento de qualidade, o peçoal realmente se preocupa, os profissionais que estavam ligados à gente, né, se preocupavam com o problema em si[...] (JÚLIO).

Muito bom. Excelente. Nota 10 pra esse programa aí, porque é necessário mesmo. Muita gente precisando, né, mesmo dessa ajuda. Fumante que fuma muitos anos. Esse programa me salvou, me ajudou, foi com esse programa que eu parei de fumar (GERUZA).

Pra mim foi uma vitória. Foi tudo de bom, ótimo. O tratamento me livrou do tabagismo. [...] Olha, no caso de uma pessoa que é tabagista que quer realmente deixar o cigarro, quer deixar o tabagismo, olha pra mim foi fundamental. Porque eu sozinha já tinha tentado várias formas e não tinha tido sucesso e aqui eu obtive sucesso. Foi essencial para mim [...] (ANA).

Nos fragmentos acima, as expressões de percepções subjetivas e as apreciações feitas acerca da assistência ofertada durante o tratamento mostraram a representação que o programa trouxe para a vida dos sujeitos no processo de parar de fumar. Nesse caso, o papel desempenhado pelo programa foi fundamental, pois serviu como apoio social na mudança desejada. Fiore et al., (2000) ressalta que esse suporte deve fazer parte do tratamento, já que é um elemento essencial para tornar o trabalho mais efetivo.

A demora do acesso ao programa foi apontado pelos usuários como fator dificultador no processo de parar de fumar, pois, apesar do desejo e da disponibilidade para o

tratamento, eles não tiveram acesso quando o buscaram, tiveram que esperar por longos períodos.

[...] eu vim aqui e coloquei meu nome, aí quando eu já até... não tava nem lembrava mais, eles foram e me chamaram, porque tinha muita gente né, na minha frente. Só isso. [...] (CARLA).

[...] Ah sim... É, levei um tempinho né, uns quatro meses mais ou menos, vim aqui e tal marcava e depois que eles me chamaram [...] (LUCAS).

Sim, por um acaso, um dia, um senhor, chegou pra mim em Estrela Maior e falou: "você fuma demais, vai em Estrela Menor, faz a sua inscrição". Eu fui, realmente eu fui e fiz minha inscrição só que eu deixei pra lá. Isso foi julho de 2010 e quando foi julho de 2011 eles me chamaram. Tem que ter paciência, mas a gente consegue. Se eu consegui qualquer pessoa pode conseguir também. [...] (MELISSA).

Nos relatos acima, percebe-se que os sujeitos precisaram enfrentar longo tempo de espera para ter acesso ao programa, demandando paciência e persistência para iniciar o tratamento. Tal fato representa que o desejo e a vontade de parar de fumar não foram motivos suficientes para garantir a entrada no programa. Além disso, a grande demanda de pessoas que desejam parar de fumar demonstram que esses serviços não têm sido suficientes para acolher o usuário quando ele solicita, evidenciando a irregularidade de acesso ao tratamento. Nesse sentido, como parte de uma política de acesso universal para o tratamento da dependência da nicotina, o apoio à cessação do fumar é, ainda, um desafio e merece mais atenção e prioridade política (IGLESIAS et al., 2007), uma vez que, na medida em que esse sistema possibilita o acesso universal à população, sem restrições, torna-se uma das opções para o sujeito pedir ajuda e obter o reconhecimento institucional do seu processo de sofrimento social (CARRETEIRO, 2001).

Como uma questão social e de saúde, o tratamento do tabagismo requer um programa bem estruturado, organizado, planejado, que atenda a todas as necessidades do usuário. Nos textos abaixo, é descrita a percepção do sujeito acerca da organização do serviço para a atenção dirigida ao tabagista.

Eu achei assim... é... um índice, atendimento fantástico. É... uma estrutura tanto física quanto organizacional extremamente bacana. É... a estrutura, os profissionais e atenção que eles nos dá, que eles nos dão de fato dá apoio muito grande para gente, dobrar êxito nessa difícil tarefa que é deixar esse

veneno. E, assim, achei fantástico mesmo. Inclusive me ajudou demais (JOSÉ).

[...] Assim dentro do programa que foi é... feito pra gente não tem falhas, o programa que foi estipulado, reuniões toda sexta-feira, é... caso, realmente a pessoa estivesse num estresse muito grande pela falta do cigarro, eles conversavam legal, avaliaram se realmente aquilo era... era um estresse realmente grande, a ponto de dar um atestado que fosse, pra não correr o risco no trabalho e tal[...] porque realmente dentro do cronograma que foi feito ali com a gente, a gente foi entrevistado previamente pra saber qual era a condição de vício, se era médio, se era alto, se era mínimo, entendeu? [...] (JÚLIO).

Os usuários perceberam que houve a preocupação em atender a todas as suas necessidades, partindo do pressuposto de que eles têm outras dimensões em sua vida, além da dependência do tabaco, que precisam ser observadas durante o trabalho, que o identifique como um ser integral, de múltiplas complexidades. Nesse sentido, o reconhecimento das necessidades sociais, de saúde e seus determinantes, a reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde, a redefinição dos meios de trabalho e das atividades, bem como a reconfiguração do agente-sujeito, são importantes na reconfiguração do objeto das práticas de saúde (PAIM, 2008).

Outro ponto destacado pelos usuários é quanto ao papel desempenhado pela equipe de profissionais durante o tratamento. A atenção, a escuta, a preocupação, a dedicação ao programa serviram como apoio durante o processo de parar de fumar.

Eu acho que o ponto positivo, positivo mesmo do programa é que primeiro que tinham pessoas lá, tinham profissionais na verdade, profissionais que estavam cientes do problema [...] os profissionais terem atenção, vamos conversar, vamos... é realmente isso que você quer, como é que você tá passando essa semana, tá muito difícil, mas não, segura firme que você vai aguentar. Eu acho que isso é essencial pra quem tá querendo largar um mau hábito, né? (JÚLIO).

[...] Tipo assim, um apoio que os meninos dão pra gente, entendeu? Eles ajudam a gente bastante, apoia a gente bastante. Se você chegar e falar, oh... que não está conseguindo, eles não brigam com você (ALICE).

[...] foi uma equipe muito segura de si, entendeu, então transmitiu uma confiança muito grande para as pessoas que aqui estiveram [...] não sei te explicar, uma maneira de cuidado, como se fosse um... um neném, como se fosse um neném começando a engatinhar e precisando dar aquele primeiros passos e aquela pessoa vem e te dar a mão para você não cair. Então, eles foram isso pra nós né, pra mim pelo menos foi isso, que eu senti deles, entendeu. [...] o tratamento, o carinho, aquela preocupação de ligar

pra você, que eles ligavam muito pra mim, entendeu? Preocupados se eu estava bem ou não tava, se eu estava dormindo, se eu estava me alimentando. Eu tô dizendo é como se fosse um neném. Eles tiveram todo esse cuidado comigo (GABRIELA).

O papel atribuído aos profissionais, (apoiador e cuidador) e sua postura acolhedora (atenção, preocupação e cuidado) diante desse processo difícil de parar de fumar, foram ressaltados nos fragmentos acima e estão relacionados à formação do vínculo entre o usuário e o profissional. Essa aliança terapêutica é fundamental no tratamento do tabagismo, pois o usuário precisa saber que pode contar com um profissional nos momentos de fissura ou de alguma outra necessidade (PRESMAN, 2006). Contudo, é preciso salientar que, na cessação do tabagismo a função principal do profissional é a de facilitador, auxiliando o usuário no processo de mudança.

A intervenção farmacológica que é utilizada como apoio no tratamento do tabagismo, ao suprir a ausência da nicotina no organismo e minimizar os sintomas da síndrome da abstinência dessa substância (BRASIL, 2001; OTERO, 2006), foi utilizada por muitos sujeitos no processo de parar de fumar e ressaltada, nos discursos abaixo, como uma estratégia importante no tratamento.

[...] O tratamento com o adesivo pra mim foi um máximo, foi o que me fez parar.[...] Os adesivos sim, mas outros medicamentos não (MELISSA).

[...] o adesivo, tá entendendo, que este medicamento, ele... ele te abastece, abastece o seu organismo, quer dizer, você vai ter a nicotina ao seu dispor, mas ela não vai ser introduzida pelas vias respiratórias, que é onde que causa dependência, entendeu? Então, o adesivo, realmente, é de grande utilidade, nesse ponto. E... depois, o bup [...] (LUCAS).

Os medicamentos utilizados pelos usuários representaram uma possibilidade a mais de ajuda durante o tratamento. Contudo, no relato de *Melissa*, o adesivo representava o principal componente do programa, o que a fez parar de fumar. Já no discurso do *Lucas*, percebe-se que o medicamento é utilizado para suprir uma necessidade, no momento de mudança de comportamento, sendo seu uso pontual. O entendimento do papel desempenhado pelo medicamento é de suma importância, pois esse entendimento tem sua função definida no tratamento, o de coadjuvante da

abordagem cognitivo-comportamental, como ressaltado por Focchi e Braun (2005). Assim, o apoio medicamentoso não deve ser administrado isoladamente, mas de forma complementar à abordagem comportamental.

Os usuários relataram, ainda, que tiveram problemas na oferta dos medicamentos, sendo necessário deslocar-se para outra unidade ou mesmo comprar por conta própria para continuar seu tratamento.

[...] só tive uma dificuldade. Porque aqui no posto da unidade de Mar Azul, quase não tinha o adesivo aqui para a gente. Aí a dificuldade que eu tinha, de conseguir esse adesivo, foi que eu tive que partir pra outra unidade, entendeu, eu tive que ir... fui em de Mar Vermelho, eu fui em Mirantes para pegar o adesivo. Porque quando você começa, e você tá com crise, aquilo te ajuda, é uma força que te dá. Você sem aquilo, chegava no dia pô, cadê o adesivo, chegava aqui na unidade não tinha, aí eu tinha que partir... E foi isso que eu não gostei, entendeu [...] porque eu ia andando daqui para Mar Vermelho ou pra Mirante, eu ia andando, porque eu não tinha carro, entendeu, às vezes eu não tinha dinheiro para mim ir, pra pegar um ônibus. Então, eu dependia [...] (NATÁLIA).

[...] E outra também, que a prefeitura ela começa o tratamento nas unidades e não tem medicamento o suficiente pro paciente acabar o tratamento. Porque os dois tratamentos que eu comecei nenhum teve medicação pra acabar o tratamento [...] Fui buscar no posto, uma vez no Bairro Velho, uma vez em Mar Vermelho, uma vez no Mirante. Então, em um mês, o remédio de tomar eu tive que comprar, porque tava em falta, agora esse mês que passou. E o adesivo não teve completo, porque eu fiz uso do 21, o mais forte (LÚCIA).

Os discursos de Natália e Lúcia mostram a dificuldade de acesso à oferta de medicamento, o que compromete a continuidade do tratamento. A situação, exposta acima, retrata a descontinuidade dos insumos necessários na abordagem medicamentosa do fumante, por parte dos entes federados. Em vez de o programa mobilizar-se para garantir o fornecimento da medicação, é o próprio usuário que tenta dar resolutividade ao problema. Nesse contexto, é importante destacar que o fornecimento dos medicamentos e de outros insumos utilizados no tratamento do fumante está previsto na Portaria SAS/MS 442/04 (BRASIL, 2004c). Tais medicamentos são adquiridos pelo Ministério de Saúde e enviados ao município, após as unidades de saúde credenciadas enviarem a estimativa e o número de atendimentos realizados periodicamente para a Coordenação Nacional do Programa. Contudo, como se pode perceber nos discursos acima, esse processo

vem apresentando problemas, o que tem acarretado prejuízos para o programa e comprometido o tratamento do usuário.

Os usuários também relatam que, durante o tratamento, foram utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais e outras atividades propostas pelas equipes que utilizaram a criatividade para reinventar o fazer em tabagismo.

[...] evita o máximo que você puder de tomar café, de colocar... de... de ficar perto de pessoas que está fumando, sentir cheiro de cigarro, aí eu falei: meus Deus do céu! Come cenoura, vai fazendo palitinhos de cenoura, eu falei: falar é fácil, difícil é fazer, né? (risos).[...] (GABRIELA).

Sim, sim... folders. Eles fizeram dinâmica, foi muito legal sim.[...] A gente aprende, assim, a ver as coisas com outros olhos, né, que a gente assim... eles dão os materiais, a gente lê, vai aprendendo, né, sobre o que o cigarro causa, sobre quais são as doenças propensas a ter. Então, é muito importante porque às vezes tem pessoas que não sabem né, o mal do cigarro, sabe assim de alguma parte que o cigarro faz mal e tal... tal que causa câncer, mas tem outras doenças embutidas aí, né, que as pessoas não sabe (MARTA).

As estratégias para mudar o hábito e para lidar sem o cigarro no seu dia a dia foi percebido nos discursos de *Gabriela e Marta*, ao mencionarem as orientações que lhe foram recomendadas. A abordagem cognitivo-comportamental tem a finalidade de ajudar a lidar com a dependência psicológica e a dissociar as situações comportamentais e de condicionamento relacionadas ao hábito de fumar (FIORE et al., 2000; OTERO, 2006). Contudo, no discurso de *Gabriela*, há questionamento quanto às orientações dadas, ao relatar que “*falar é fácil, difícil é fazer, né?*”. Esse discurso revela práticas de saúde desenvolvidas no programa de atenção ao tabagista e também em outros cenários, em que, muitas vezes, a relação entre o usuário e o profissional de saúde é uma relação ditatorial, na qual um fala e outro escuta, um manda e outro obedece, sem colocar-se no lugar do outro, diferentemente das relações do espaço intercessor, de encontro, salientado por Merhy (2002), no qual emergem distintas necessidades e intencionalidades, não como somatórios de um e do outro, mas como um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Um e outro, por sua vez são influenciados também pelos seus processos sociais e históricos. Nesse espaço de encontro, as alternativas

propostas são construídas no coletivo, para serem compartilhadas e abarcarem as peculiaridades de cada um.

O uso material educativo, as cartilhas fornecidas pelo Instituto Nacional de Câncer, como material de apoio, previstas também no Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS (BRASIL, 2004c), foi relatada pelos participantes:

Recebi, é... foram quatro revistinhas ensinando e contendo assuntos diversos como a gente poderia melhorar no dia a dia, é exercícios para respirar melhor, tomar muita água muito líquido para você esquecer o bendito, né? [...] Com certeza, com certeza. Dentro do ônibus lendo e praticando, passando pros outros também pra poder mostrar: óh... eu consegui parar de fumar graças a isso aqui. Isso funciona, entendeu? Eu tenho guardado em casa, eu ainda leio. Aquilo eu vou guardar pra sempre, pra sempre (MELISSA).

Foram os livros, é o passo a passo, são quatro semanas e quatro encontros, né? É... cada semana a gente recebia um trabalho, um passo a passo das tarefas que a gente deveria seguir na semana para conseguir ter êxito, né? [...] Ajudou bastante. Guardo ele até hoje. Não é de consulta contínua, mas guardo ele até hoje (JOSÉ).

A utilização do material educativo de apoio no tratamento, como revelam os fragmentos acima, mostrou a importância de distintas estratégias de enfrentamento para lidar com vontade de fumar. Além disso, possibilitou a sensibilização de outros fumantes para a cessação do tabagismo. Sendo assim, o material educativo de apoio contribuiu para aumentar a motivação do usuário para o tratamento e forneceu informações valiosas no processo de parar de fumar (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005). Além disso, contribuiu para que o sujeito refletisse acerca da questão do tabagismo.

O tratamento em grupo foi destacado pelos sujeitos, pois os grupos se constituíram como espaço de trocas de experiências e de apoio interpessoal. Como apontam Presman, Carneiro e Gigliotti (2006) o grupo favorece a interação e o suporte social, além de possibilitar as discussões acerca das situações de risco e a construção de estratégias de enfrentamento, formando uma rede de apoio social para a cessação do tabagismo, como foi relatado pelos usuários:

Porque né, qualquer vício você tem dificuldade. Então, eu acho que o grupo um dá força, você tem problema o outro tem problema, é um tal de... um conjunto [...] E o grupo é tipo um apoio, você sente o apoio [...]. E o próprio grupo mesmo, um com o outro, a gente ria muito, conversava, e... foi muito bom (NATÁLIA).

Como eu falei, os encontros semanais, é que a gente conversa, a gente debate. Esse pra mim foi o melhor ponto. Onde a gente tinha pessoas que estavam perto da gente que estão passando pela mesma situação que a gente [...] Então, você tá lá, tá junto, convivendo com as pessoas que estão passando pela mesma coisa que você. Então, eu acho que os pontos mais positivos do programa foi esse, ter os encontros semanais lá (BRUNA).

As expressões destacadas nos relatos acima permitem inferir que o estar em grupo tem uma representação para esses sujeitos, a de estar convivendo com o outro. Poder compartilhar sentimentos com alguém que está passando pelo mesmo sofrimento, trocar experiências, poder falar e poder ouvir diferentes valores ideológicos, tudo isso possibilita a construção social do sujeito nesse espaço. Por isso, o tratamento do tabagismo exige uma abordagem integrada com os diversos componentes que interagem e se potencializam para dar conta dessa complexidade, pois lidar com o dependente do tabaco requer a adoção de uma perspectiva de integralidade que inclua o biológico, o psicológico e o social, sem distinção de prioridade (PRESMAN; CARNEIRO; GIGLIOTTI, 2005).

Apesar de as experiências relatadas terem sido consideradas exitosas, muitos elementos foram sugeridos para o aperfeiçoamento do programa. Primeiramente, destaca-se, aqui, *a ampliação do programa quanto à oferta do tratamento e quanto à frequência dos encontros:*

[...] Acho que deveria ter mais turmas, porque eu achei muito assim, foi muito assim, pra poucas pessoas, eu acho que deveria ampliar mais, ter mais vezes né, não só um grupo pra isso.[...] (MARTA).

[...] Que aumentasse o tratamento, os encontros né? De... Que ao invés de ser um mês, para dois meses. Porque não seria oneroso para o governo fazer isso, né? Aumentar o número de... de encontros, ter um encontro particular com as psicólogas, com as assistentes sociais. Eu acho que isso seria um ponto a melhorar (BRUNA).

A sugestão de oferta de mais turmas, nos discursos acima, pode revelar o desejo de que mais sujeitos vivenciem essa experiência, mas também, revela que a oferta não

estava sendo suficiente para atender à demanda, sendo necessários, assim, mais programas para atenção aos tabagistas. Quanto à sugestão de aumento do número de encontros, observa-se que os usuários desconhecem que o acompanhamento de manutenção do tratamento não é finalizado nas quatro primeiras sessões, ou nas quatro primeiras semanas, mas, sim, é prolongado até completar um ano.

Outra sugestão foi quanto à *importância da divulgação do programa* para maior adesão da comunidade ao tratamento. É o que propõe José, um dos participantes:

Uma divulgação maior. Porque eu, por exemplo, tomei conhecimento da existência desse programa é... na rede Bolinhas, se eu não estou enganado, é [...], no domingo à noite, [...] E aí, teve essa divulgação e eu procurei, mas no posto de saúde de Mata Verde. Então, fica completamente fora de mão para mim. Então, eu nem tinha ciência da existência daqui neste posto de saúde. Aí eu tive lá, perguntei se existia etc., e tal. Eu acho assim, de fato falta divulgação muita, muita mesma. Oh... tava no posto onde eu abasteço sempre, o frentista amigo meu falou "Ah, como é que foi Doutor, como é que foi que você parou..." "A foi lá no posto.." "Ah é aonde e como é que faz... e tal" (JOSÉ).

No discurso de José, percebe-se a importância da divulgação para adesão ao tratamento, pois muitos fumantes desejam parar de fumar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), 78% dos fumantes gostariam de cessar o tabagismo, o que evidencia a grande demanda por ações de apoio à cessação, a necessidade de ampliar e fortalecer os existentes, bem como de divulgar os trabalhos que já vêm sendo realizados.

A *organização e o planejamento da oferta de medicações* para garantir a continuidade e o sucesso no tratamento adequado também foram pontuados no discurso desta usuária:

[...] porque eu acho assim, tem aquele grupo, que eles sabem... que não é o governo, sei lá, quem manda, mandão, a cabeça, sabem que ali tem um grupo, vai depender de quê? Dos adesivos, então, tá aqui...[...]. Porque, se tem um grupo, trinta precisa do adesivo, pô eles sabem a quantidade de pessoas que têm a dependência de qual... dois, três, quatro né? Então, isso aí que eu achei que deveria mudar, deveria ter mais atenção, o resto tá tudo joia (NATÁLIA).

No relato de *Natália*, fica explicitada a falta de organização do programa quanto ao fornecimento de medicação durante o tratamento. De acordo com a usuária, no trabalho com o grupo, faz-se necessário o planejamento no intuito de prever os insumos necessários para o andamento do programa. Essa sugestão reflete a descontinuidade do fornecimento de medicação, observada e experienciada pela usuária.

A preocupação com os profissionais que realizam o tratamento, quanto à sobrecarga de atividades, também foi outro ponto que se destacou no discurso entre os usuários:

[...] eu acho assim que a prefeitura deveria dar mais assistência aos profissionais desse tratamento de tabagista, porque quem vai ganhar com isso não é só quem vai parar de fumar, o governo que vai ganhar, a prefeitura que vai ganhar, porque vai ter pessoas saudáveis.[...] Eu acho que deveria ter as pessoas, assim, pelo menos, umas duas a três pessoas dedicadas a atender o paciente na hora que ele chegar para o programa. E não sobrecarregar (LÚCIA).

A denúncia sobre a sobrecarga de atividades e sobre os poucos profissionais envolvidos no atendimento ao tabagista transpareceu no relato de *Lúcia*, o que representa a preocupação da usuária com o suporte oferecido a esses profissionais para o desenvolvimento do programa.

A inserção de novas práticas nas atividades do programa foi recomendada pelos usuários do programa:

[...] é... fazer um programa ou ampliar esse programa né? a ponto de fazer uma coisa mais ao ar livre, uma coisa que envolvesse mais uma caminhada que fosse, não... você tá participando do programa, vamos dar uma caminhada pela beira mar e nessa caminhada mostrar a beleza, digamos assim, da vida, que todo o ser humano deixa passar despercebido, né? E poder olhar com outros olhos, mostrar uma outra visão da coisa. E a partir disso, se criar o costume naquele, naquela pessoa que é viciada no tabaco, de ter um hábito saudável, entendeu? Porque é costume da pessoa realmente olhar com outros olhos (JÚLIO).

[...] Ah... sugestão, eu acho que tinha que colocar uma nutricionista, porque eu engordei quinze quilos! Depois que eu parei de fumar ou alguém para orientar assim, a doutora sempre orientava, né? Mas assim, eu achava que tinha que ter alguém cobrar um pouco mais, porque a maioria das pessoas

que param de fumar a tendência é engordar mesmo, come demais (CARLA).

[...] eu acho que eles deveriam estar utilizando mais alguma coisa, não tem... não sei, mais cartilhas [...] Eu acho que eles deveriam utilizar mais alguma forma, mais alguma forma, porque o que têm lá, assim eles falando, não que esteja ruim, tá muito bom, como eu falei, mas eu acho na minha opinião eles deveriam estar colocando mais alguma coisa entendeu?! (ALICE).

No relato do *Júlio*, nota-se a proposição da atividade física visando estabelecer práticas saudáveis na vida do sujeito. Já em sua fala, *Carla* demonstra preocupação com o ganho de peso após o parar de fumar e ressalta a necessidade de orientações mais qualificadas, ressaltando a importância do acompanhamento nutricional. *Alice*, em seu discurso, relata que o programa precisa de “*alguma coisa*”, porém não deixa claro o que pode ser realizado. Nessa direção, os usuários vislumbravam possibilidades para (re)constituição de novas práticas no âmbito do programa, tais como atividades físicas, acompanhamento nutricional e a utilização de novos materiais educativos. Todavia, independentemente da estratégia proposta, o que se ressalta aqui é a inserção de um novo fazer no programa de atenção ao tabagista e a importância de dar voz àqueles que melhor podem falar do que precisam. Mais do que fazer proposições alheias, é preciso ouvir quem vivencia de maneira peculiar todo o processo, para que, ao elaborar novas práticas, se pense em ações voltadas para o reconhecimento das necessidades sociais de saúde e seus determinantes.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, pretendeu-se analisar a política de atenção ao tabagista sob a ótica da coordenação municipal, dos profissionais do Programa de Controle do Tabagismo e dos usuários do programa, no Município de Vitória, buscando compreender a sua implementação no município, investigar as ações relacionadas ao tratamento do tabagista nas unidades de saúde e identificar como os usuários, os profissionais e a coordenação concebem a política de atenção ao tabagista no município.

O tabagismo como um problema multifacetado, requer dos governos, políticas públicas eficazes e abrangentes que promovam o controle do tabaco, por meio de medidas regulatórias sobre a produção de tabaco e as suas indústrias, medidas de controle da poluição tabagista ambiental e que promovam ainda a qualidade de informação à população e o acesso a programas de cessação do tabagismo de qualidade e eficientes. Assim, exige uma política intersetorial que contemple práticas de saúde diversificadas, integrais e as inúmeras necessidades que a problemática exige no processo de tratamento.

Nesse sentido, a Política Nacional de Controle do Tabaco, no Brasil, tem apresentado avanços significativos no que tange aos aspectos econômicos, legislativos, publicitários e, principalmente, no que se refere ao tratamento do tabagismo. Contudo, com o processo de descentralização e ampliação da atenção na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são inúmeros os desafios apontados para a implementação da Política de Atenção ao Tabagista, especialmente no âmbito municipal.

Buscou-se, assim, nesta pesquisa, compreender como essa política vem sendo implementada nos espaços das unidades de saúde no município de Vitória, sob o ponto de vista da coordenação do Programa, dos profissionais e dos usuários.

Nessa direção, a Análise do Discurso Crítica trouxe significativas contribuições no sentido de ajudar a compreender, por meio de uma análise social e discursiva, como

se dão as práticas sociais e de saúde nos programas de atenção ao tabagista desenvolvidos nas unidades de saúde e nas relações estabelecidas entre os sujeitos – usuários e profissionais de saúde. Além disso, possibilitou entender que o processo de implementação de uma determinada política envolve articulação, negociação e relação de poder entre os atores sociais envolvidos no desenvolvimento das ações. Nessa perspectiva, se, por um lado, há discursos hegemônicos que regem e legitimam as práticas, restringindo os fazeres, por outro, há sujeitos historicamente situados que, por meio de suas ações, podem ressignificar as práticas existentes e instituir outros/novos modos de fazer saúde.

Nesse processo, a análise dos documentos e das informações acerca do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, a aproximação com a gestão municipal e o diálogo com os profissionais e os usuários que participam do desenvolvimento da política de atenção ao tabagista, constituíram espaços e momentos significativos para que os sujeitos participantes, inclusive a pesquisadora, refletissem acerca da política implementada, suas ações, seus dilemas, avanços e desafios no âmbito municipal.

Durante a trajetória reflexiva, de escuta e diálogo, observaram-se as possibilidades e as contradições no processo de implementação da política de atenção ao tabagista. Não se pretende, aqui, esgotar toda essa discussão, mas somente apontar algumas perspectivas que se destacaram ao longo da pesquisa.

Primeiramente, percebeu-se que o comportamento de fumar deixou de ser um hábito de poder e beleza e tornou-se um comportamento passível de constrangimento, estigma social e sofrimento, como mencionado nos discursos dos usuários. Compreendeu-se que a decisão de parar de fumar não era uma escolha tão fácil e espontânea quanto foi começar. Deixar o cigarro significou, para o fumante, bem mais do que abandonar um hábito, mas representou uma mudança de vida, envolvendo o físico, o psicológico e o condicionamento. Percebe-se o quanto o tabagismo interfere na vida social desse sujeito. Daí, a importância de se pensar em uma atenção que contemple as inúmeras dimensões que esse sujeito vai perpassar no processo de parar de fumar.

No município de Vitória, o Programa de Controle do Tabagismo acontece desde 1998, e sua inserção no Plano de Ação de Saúde Municipal aconteceu antes do Termo de Ajuste de Conduta (TAC), em 2008. Esse fato pode ser considerado um grande avanço para o município, pois inserir a Política de Controle do Tabagismo na agenda de ações municipais tornou-se uma ferramenta importante para o desenvolvimento da política de atenção ao tabagista. Nesse contexto, o TAC foi um dispositivo de fortalecimento das estratégias e ações dessa política no município, pois traçou metas e objetivos a serem alcançados, direcionando seu processo de implementação. Pôde-se observar, ainda, que o número de serviços credenciados que integraram a rede de atenção ao tabagista do município ampliou-se ao longo dos anos. Entretanto, apesar desse credenciamento, algumas unidades, no período da realização da pesquisa, estavam com o programa de atenção ao tabagista interrompido, devido à rotatividade dos profissionais ao provimento insuficiente de medicamentos e à falta de espaço físico. Assim, apesar do aumento no número de serviços de saúde, a oferta do programa, não tem ocorrido na mesma proporção. Contudo, a taxa de cessação do tabagismo tem-se mantido crescente ao longo dos anos.

No que tange à coordenação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, observou-se que ela tem-se empenhado na ampliação do número de profissionais com formação para atuar no programa e do número de serviços para a atenção ao tabagista, bem como tem investido na sensibilização dos profissionais e da população como um todo para a problemática do tabagismo. Contudo, notam-se algumas fragilidades e desafios nesse cenário, a começar pela centralidade da coordenação em um só profissional, com carga horária de trabalho de trinta (30) horas que, segundo os discursos da coordenação e dos profissionais de saúde, tem dificultado a organização e o desenvolvimento das ações do programa, uma vez que um processo tão amplo, como é a implementação da política de atenção ao tabagista, necessita de uma equipe que possa trabalhar junto, também na coordenação, para desenvolver as ações da política e dar resolutividade aos entraves surgidos no decorrer de todo o processo. Desse modo, foi ressaltada, nos discursos, a importância da ampliação da equipe de coordenação para garantir o controle das ações, o monitoramento e a avaliação do programa, bem como para

permitir maior proximidade com os serviços e o estabelecimento de um diálogo permanente com os profissionais.

As equipes de saúde que estavam direcionadas a atenção ao tabagista eram formadas por diversos profissionais, com diferentes formações, os quais atuavam no programa de atenção ao tabagista, formando uma equipe interdisciplinar. Os profissionais possuíam formação específica para atuar no programa, além de possuírem pós-graduação, porém em áreas não diretamente relacionadas à dependência química ou saúde mental. O tempo de atuação da maioria dos profissionais no programa foi superior a três anos. Quanto aos usuários que procuravam o serviço de saúde, a pesquisa apontou que as mulheres procuravam mais os serviços para o tratamento do tabagismo do que os homens, sendo a sua maioria casada. Quanto ao grau de escolaridade, a grande parte possuía o ensino médio e fundamental. Após o tratamento, o índice de usuários que conseguiram cessar o tabagismo foi maior do que o dos que não obtiveram sucesso.

Percebeu-se que a estrutura e organização da política de atenção ao tabagista, no município de Vitória, foram direcionadas pela política instituída pelo Ministério da Saúde/INCA. Observou-se, nos discursos da coordenação municipal e dos profissionais, uma preocupação em relatar que, no desenvolvimento das ações no âmbito do programa seguem o “modelo” proposto por esses órgãos, mostrando como esse discurso do “instituído” rege a prática desses sujeitos. Contudo, alguns serviços apresentaram peculiaridades quanto ao número de sessões, ao momento de introdução da medicação no tratamento ao preenchimento do formulário de entrevista, ao acompanhamento mensal, ao fornecimento de folders com dicas elaborados pelo próprio serviço, e à inserção de outras atividades, como música, dinâmicas, vídeos, durante o tratamento. Nota-se, assim, que, mesmo diante de constrangimentos normativos, o trabalho em saúde pode ser criativo e inovador, pois é realizado por sujeitos capazes de instituir o novo.

A Política Nacional de Controle do Tabagismo, em especial em relação ao tratamento, foi considerada pelos sujeitos – coordenadores, profissionais de saúde e usuários – como bem elaborada, funcional e eficaz, atendendo às necessidades de saúde do sujeito que apresenta problemas relacionados ao tabaco, ressaltando eles os resultados desse processo, principalmente na vida do usuário. Destaca-se,

também, o empenho do município nas formações para que mais profissionais façam adesão à atenção ao tabagista. Contudo, tanto a coordenação municipal quanto os profissionais apontaram algumas fragilidades que surgem no decorrer desse processo, tais como dificuldades no acompanhamento de manutenção do usuário, após participar ele das quatro sessões estruturadas; a recaída no tratamento; a sobreposição de atividades; a sobrecarga de trabalho; a falta de adesão dos profissionais de saúde à atenção ao sujeito tabagista que apresenta comorbidades psiquiátricas. Tais dificuldades tem comprometido o tratamento do fumante e a implementação da política no município.

Entre os desafios apontados por esses atores sociais, estavam o de tornar a política de atenção ao tabagista efetivamente uma prioridade do município; de instituir, além do monitoramento, uma avaliação do programa, a fim de que a coordenação possa ter o controle das ações e o profissional possa refletir sobre sua prática; e de criar um espaço permanente de diálogo entre os atores que implementam essa política, com possibilidades de (re)pensar nas estratégias e metodologias propostas e promover outras.

Desse modo, pensa-se aqui, que a Política Nacional de Controle do Tabaco, que tem entre as suas ações o tratamento do fumante no SUS, teria maior sucesso se houvesse uma política de atenção ao tabagista voltada à continuidade do tratamento, isto é, o fornecimento de insumos, material adequado e um maior número de profissionais de saúde envolvidos com a questão; bem como, uma equipe para atuação na gestão do programa, que permita o acompanhamento e um suporte aos serviços que realizam o programa; assim como a busca ativa dos usuários que já passaram pelo grupo ou tiveram recaída por telefone ou pelo trabalho do agente comunitário de saúde, a fim de aprimorar o acompanhamento do usuário pós-GATT de forma individualizada ou em grupo. Além disso, a avaliação sistematizada e contínua nos serviços e também um controle mais efetivo realizado pela gestão do programa para acompanhamento do processo de trabalho e o (re)pensar da atenção realizada; cabe acrescentar ainda, a criação de um espaço de discussão entres os profissionais e a gestão do programa para possibilitar o diálogo acerca de suas práticas, do processo de trabalho e da atenção direcionada ao usuário; e a valorização dos profissionais que aderem a questão em reconhecimento do seu papel no tratamento.

Nesse sentido, fazer com que a política de atenção ao tabagista seja vista como um problema social e de saúde, com a mesma dimensão que têm outros agravos, torna-se prioridade a ser considerada pelo município. Para isso convergem todas as outras ações, entre elas a organização, o planejamento e a avaliação da política, a fim de garantir a continuidade da atenção dirigida ao sujeito tabagista. Priorizar ações de promoção à saúde e prevenção à iniciação do tabagismo, em detrimento das práticas hegemônicas (curativas, individualizadas e fragmentadas) e fomentar um fazer coletivo, que desafie o fazer em saúde e possibilite um cuidado integral e equânime a esse sujeito, são possibilidades que urgem nesse contexto.

Sugere-se, aqui, que mais estudos sejam realizados para compreender o processo de implementação da política de atenção ao tabagista, especialmente no âmbito municipal, mas também no âmbito estadual, para que as peculiaridades e as potencialidades dos municípios e do Estado sejam valorizadas e venham a acrescentar na política, pois, à medida que se realizam descobertas, estas podem ser (re)significadas e traduzidas em práticas mais condizentes com as realidades encontradas.

A pesquisa permitiu, desse modo, refletir acerca de algumas nuances que se entrelaçam no processo de implementação da política de atenção ao tabagista. Fazer ouvir os sujeitos que estão envolvidos diretamente com essa questão, possibilitou vislumbrar elementos peculiares e singulares nesse processo, que, talvez, anteriormente, não tenham sido identificados. Assim, é preciso considerar os protagonistas existentes, suas articulações e negociações no desdobramento da política e na efetividade das ações no tratamento do tabagismo no SUS, a fim de que, realmente, a política pública elaborada alcance seu real objetivo, o de fazer diferença na vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.C.; ROSITO, M.H.E.; ACHUTTI, V.A.R. Tabagismo. In: DUNCA, B.; SCHIMDT, M.; GIUGLIANI, E. **Medicina ambulatorial: condutas da atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2006. p. 533-538.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. **American Journal Psychiatry**, v.152, p.1-59, nov. 1995. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7485655>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. **American Journal Psychiatry**, v.153, n.10, p.1-31, 1996. Disponível em: <http://www.psych.org/clin_res/pg_nicotine.cfm>. Acesso em: 3 fev. 2011.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.V.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 783-836.

ARENDT, H. **O que é política?** Tradução de Reinaldo Guarany. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUAREZ, J.M. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.285-306.

ARRETCHE, M; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHAMAN G. (Org.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p.173-206.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2003. Disponível em: <WWW.undp.org.br>. Acesso em: 15 ago. 2011.

AZEVEDO, R.C.S. et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55, n.5, p. 593 -596, 2009.

BALTIERI, D.A. Introdução ao tratamento do tabagismo. In: FOCCHI, G.R.A.; MALBERGIER, A.; FERREIRA, M.P. **Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 2006. p. 109-119.

BANCO MUNDIAL. Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento. Departamento de Desenvolvimento Humano do Banco Mundial, Região da América Latina e do Caribe. **Documento de Discussão: Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington, D.C., 2007.

BERRETENINI, W.H.; LERMAN, C.E. Pharmacotherapy and pharmacogenesis of nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**, v.164, n.4, p. 1441-1451, 2005.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 8. ed. Brasília: Editora UNB, 1995.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: legislação básica. Brasília, 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990a. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 dez. 1990a.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. **Falando sobre tabagismo**. 3 ed. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2002. Portaria GM/MS/N.1.575 de 29 de agosto de 2002. Cria Centro de Referência para tratamento do tabagismo em centros de alta complexidade. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 set. 2002, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2002b.

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 19 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação**. Rio de Janeiro, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Portaria GM/MS/N.1.035 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 jun., 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Portaria MS/SAS/N.442 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 ago. 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS: fluxos de informação e instrumentos de avaliação manual de operação**. Brasília, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003**. Rio de Janeiro: INCA; 2004e. Disponível em: <http://200.214.13.94/nutricao/documentos/publicacao_inquerito22_06.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Deixando de fumar sem mistérios: Manual do Participante**. Rio de Janeiro: MS/ INCA, 2004f.

BRASIL. Resolução Nº 3, de 27 de outubro de 2005 c. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 out. 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Estadual de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer: Programa Unidades de Saúde Livres de Cigarro**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2006. Decreto Nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco assinada pelo Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2 jan. 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. **Dia Mundial Sem Tabaco**. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/cigarro/index.html>>. Acesso em: 31 mai. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011.

CAMPOS, G.W.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; GUERRERO, A.V.P.; CUNHA, G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2 ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. p. 132-153.

CANESQUI, A.M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A.M. **Dilemas e desafios das ciências sociais da saúde coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC, Abrasco, 1995. p.19-35.

CARAM, L.M.O. et al. Perfil dos fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, Brasília, v.35, n.10, p. 980-985, 2009.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARRETEIRO, T.C. Perspectivas da cidadania brasileira: entre as lógicas do direito, do favor e da violência. In: ARAÚJO, J.N.G.; CARRETEIRO, T.C. (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p.155-170.

CARVALHO, C.R.S. **O Instituto Nacional de Câncer e o Controle do Tabagismo**: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. 2009. 208 f. Dissertação (Mestrado Modalidade profissional em saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CARVALHO, J. T. **O tabagismo visto sob vários aspectos**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p.283-300, 2005.

CHAUI, M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: TEIXEIRA, A.C.C. (Org.). **Os sentidos da democracia e da participação**. São Paulo: Instituto Pólis, 2005. p. 23-30.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in late modernity**: rethinking critical discourse analysis. Edinbourg: Edinbourg University, 1999.

CINCIPRINI, P.M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. **Journal National Cancer Institute**, Bethesda, v.89, n.24, p. 1852-1867, 1997.

COSTA E SILVA, V.L. Tabagismo, um problema de saúde pública no Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro, v.59, n.2, p.14-16, 1990.

COSTA E SILVA, V.L. **O controle do tabagismo no Brasil**: avaliação e perspectivas. Apresentação no Workshop: avaliação das ações de controle do tabagismo. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2006.

CRUZ, M.S.; GONÇALVES, M.J.F. O Papel do Enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.56, n.1, p. 35-42, 2010.

DIAS, V.P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década 70. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. 2. ed., Rio de Janeiro, 1983, p.19-35.

DYE, T.D. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984.

DYE, T.R. **The policy analysis**. Alabama: The University of Alabama Press, 1976.

EASTON, D. **The political system**. New York: Willey, 1953.

FAIRCLOUGH, N. **Analysis discourse**: textual analysis for social research. London: Routledge, 2003.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Trad.(Org.) Izabel Magalhães. Brasília; Universidade de Brasília, 2001.

FAIRCLOUGH, N. **Language and Power**. London: Longman, 1989.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S. L.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.

FIGUEREDO, V.C. Fumo passivo mata sete por dia. **Jornal Folha de São Paulo**, 23 ago. 2008.

FIORE, M.C.; SMITH, S.S.; JORENBY, D.E.; BAKER, T.B. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. **Journal of the American Medical Association**, v.271, n.24, p.1940-7, jun. 22-29,1994.

FIORE, M.C.et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. **Public Health Service**, jun. 2000.

FLEY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Revista Planejamento e políticas públicas**, Brasília, n.21, 2000.

FOCCHI, G.R.A. BRAUN, I.M. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p. 259-266, 2005.

FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE FOR TABACCO CONTROL (FCA). **Second hand smoke**. Factsheet 3. Disponível em: <<http://www.fctc.org>>. Acesso em: 5 nov. 2005.

FRANÇA, M. G.; BERTON, A. B.; SIQUEIRA, M. M. PREVENÇÃO À RECAÍDA: eficácia da educação em saúde. **Enfermagem Atual**: Rio de Janeiro, v. 54, p. 15-18, 2009.

FRANÇA, M.G.; SIQUEIRA, M.M. O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção a recaída. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 7, n.2, p. 78-84, 2011.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 459-474.

GODOY, I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. **Jornal brasileiro Pneumologia**, Brasília, v.36, n.1, p. 4-5, 2010.

GRAMSCI, A. **A Gramsci Reader**: selected writings 1976-1935. Forgacs, D. (Org.). London: Lawrence and Wishart, 1988.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I. Método qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações. In: GUBITS, S.; NORIEGA, J.A.V.(Org.)

Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93-104.

HAGGSTRAM; F.M et al. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **Jornal Pneumologia**, São Paulo, v.27, n.5, 2001.

HAGGSTRAM; F.M.; CHATKIN, J.M. Dependência à nicótica. In: VIEGAS, C.A.A. (Org.). **Tabagismo: o diagnóstico à Saúde Coletiva**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.25-32.

HECLO, H. Review article: policy analysis. **British Journal of Political Science**. 1972.

HEWOOD, A. **Politics**. Londres: Macmillan Press, 1997.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Org.). **Políticas Públicas: coletânea**. 2 ed. Brasília: ENAP, 2006. p. 61-89.

HOGWOOD, B.; GUNN, L. **Policy analysis for the real world**. Oxford: Oxford university press, 1984.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy**. Canadá: Oxford university press, 1995. html>. Acesso em: 31 maio 2009b.

IGLESIAS, R. et al. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington: Banco Mundial, 2007.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão – saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.4, p. 301-304, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: tabagismo 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA .Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 set. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Falando sobre Tabagismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ação global para controle do tabaco. 1º tratado internacional de saúde pública**. 3 ed. [S.I] : INCA/MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. 2007. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Legislação Federal Vigente Sobre Tabaco no Brasil**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/economia/leis_federais.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2009.

JAIN, A. Treating nicotine addiction. **BMJ**, 327, p.1394-5, 2003.

JAQUES, T.A. **Impasses e estratégias**: convenção-quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005). 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

JENKINS, W.I. **Policy analysis**. London: Martin Robertson, 1978.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J.M. Dependência de nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 2, 2004.

LABRA, M.E. Análises de Políticas, modos de polycys-making e intermediação de interesses: uma revisão. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: PHYSIS, v.9, n.2, p. 31-136, 1999.

LABRA, M.E. **Política, processo decisório e informação**. Trabalho elaborado para o curso a distância Gestão da informação e tecnologias em saúde. ENSP/FIOCRUZ, 2002.

LARANJEIRA, R.; GIGLIOTTI, A.P. Tratamento da dependência de nicotina. **Revista Psiquiatria Prática Médica. São Paulo**, v. 33, n.2, p. 9-18, 2000.

LASSWELL, H.D. The Policy Orientation. In: Daniel Lerner e Harold D. Lasswell (orgs.): **The Policy Sciences**. Stanford:Stanford University Press, p.3-15, 1951.

LINDBLOM, C. **The polycys-making process**. Prentice Hall, 1980.

LINDBLOM, C. **O processo de decisão política**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1981.

LOMBA, M.C. Programa de controle e tratamento do tabagismo através das práticas integrativas e complementares numa UBS do SUS, ambulatório de homeopatia em Resende, Rio de Janeiro. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v.74, n.3, p. 125, 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MAAR, W. L. **O que é Política?** São Paulo: Brasiliense, 2006.

MALTA, D.C. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal brasileiro de pneumologia**, v.36, n.1, p. 75-83, 2008.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v.7, n.1, p. 61-66, 2003.

MARLATT G. A; GORDON J. R. **Prevenção à recaída**: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARQUES, A.C. et al. Consenso sobre tratamento da Dependência de Nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.23, p. 200-214, 2001.

MARTES, A.C.B et al. **Modelo de avaliação de programas sociais e prioritários** (Relatório de Pesquisa: Programa de apoio à gestão social no Brasil). Campinas: NEPP/UNICAMP, 1999.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. cap. V, v. 1.

MASSUDA, A. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde: In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P.(Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 179-205.

MAZMANIAN, D.A.; SABATIER, P.A. **Implementation**. 2nd ed. Lanham; New York; London: University of America Press, Inc., 1980.

MAZMANIAN, D.; SABATIER, P. **Implementation and public policy**. Lanham: University Press of America, 1989.

MEAD, L. M. "Public Policy: Vision, Potential, Limits", **Policy Currents**, [S.I.], p.1-4, Feb.1995.

MEIRELLES, R.H.S.; CAVALCANTE, T.M. Quais as políticas de controle do tabagismo um país deve ter para chegar a um tratamento eficaz? A perspectiva governamental. In: GIGLIOTTI, A.P.; PRESMAN, S. (Orgs.) **Atualização no Tratamento do Tabagismo**. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p. 171-190.

MENY, I.; THOENIG, J.C. **Las políticas públicas**. Versión española a cargo de Francisco Morata. Barcelona: Ariel, 1992.

MERHY, E.E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. Disponível em: <http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic/profissoes_saude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, Abrasco; 2004.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa qualitativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J.(Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. Petrópolis:Vozes, 2006, p.163-190.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1996.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MICO, J. A. et al. Neurobiologia de la addicion a la nicotina . **Prevencion del tabaquismo**, Cádiz, v. 2, n. 2, p. 101-105, 2000. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd37/pt22p101.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MIRRA, A.P.; ROSEMBERG, J. **A história da luta contra o tabagismo no Brasil**: trinta anos de ação. Salvador: Sociedade Brasileira de Cancerologia – comissão controle do tabagismo, 2000.

MONTEIRO, C.A. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989- 2003). **Bull World Health Org**, Genebra, v.85, p. 527-34, 2007.

NACIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). ASSIST: **Shaping the future of tobacco prevention and control. Tobacco Control Monograph**. N.16. Bethesda, MD: US Departamento f Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute (NIH), may, 2005. Disponível em: <http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/16/m16_complete.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2011.

NOGUEIRA, M.A. As três Políticas. In: NOGUEIRA, M.A. **Em defesa da Política**. São Paulo: SENAC-SP; 2001. p. 55-66.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Revista Saúde e sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p. 5-21, 1994.

NUNES, E.N. Saúde coletiva: uma historia recente de uma passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 19-40.

OLIVEIRA, M. S. et al. Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes do álcool. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul, v.16, n.2, p.265-270, 2003.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **Convenção-Quadro**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/Observatório_controle_tabaco/site/home/convenção_quadro/histórico>. Acesso em: 23 set. 2011a.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **A política nacional**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/>>

connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional>.
Acesso em: 28 ago. 2011b.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma Ata, Casaquistão, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão-** (CID 10). Traduzido pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo - Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **An international treaty for tobacco control**. 12 ago. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/features/2003/08/en/>>.
Acesso em: 20 ago.2008.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE (OMS). **Smoking statistics**. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/media_centre/fact_sheet>. Acesso em: nov, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. BANCO MUNDIAL. **La epidemia del tabaquismo**. Publicación científica, [S.l.], n. 577, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS/OMS. **Ambientes 100% livres de tabaco** – Guia para elaboração e implantação de políticas públicas. 2008.

OTERO, U.B. et al. Randomized clinical trial: effectiveness of the cognitive-behavioral approach and the use of nicotine replacement transdermal patches for smoking cessation among adults in Rio de Janeiro, Brazil [Article in Portuguese]. **Caderno Saúde Pública**, v.22, n.2, p. 439-49, 2006.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2008.

PAIM, J.S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health in the Américas**. Washington, Scientific and Technical Publication, 2002.

PASCHE, D.F. A saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. PASCHE, D.F.; CRUZ, I.B.B. (Org.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: Unijui, 2006. p. 21-40.

PEDROSA, C.E.F. **Análise crítica do discurso**: uma proposta para a análise crítica da linguagem. Disponível em: < <http://www.filologia.org.br/ixcnlf/3/04.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

PEIXOTO, S.V.; FIRMO, J.O.; LIMA-COSTA, M.F. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (projetos

BambuÍ e Belo Horizonte). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1319-1328, jun. 2007.

PEIXOTO, M.C.; SIQUEIRA, M.M. **Política estadual de saúde mental e rede de atenção de saúde mental**: o caso espírito santo narrando estória e construindo a história. 2011.160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

PEREZ, J.R.R. Avaliação do Processo de Implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E.M. (Org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Ed. Cortez; 1999.p. 65-73.

PETERS, B. G. **American Public Policy**. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PORTUGAL, F. B.; FRANÇA, M. G.; BUAIZ, V.; SIQUEIRA, M. M. Núcleo de estudos sobre álcool e outras drogas: uma experiência de interdisciplinaridade. *Revista Enfermeria Herediana*, v. 02, p. 52-56, 2009.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. P. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. Psiquiatria clínica**, São Paulo, v.32, n.5, p. 297-275, 2005.

PRESMAN, S. Intervenção Intensiva e terapia de grupo. In: GIGLIOTTI, A.P.; PRESMAN, S. (Org.). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Promoção à Saúde, 2006, p.27-52.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. **Psychotherapy**: theory, research and practice, Washington, v.20, p. 161-173, 1982.

RAMALHO, V. **O discurso da imprensa brasileira sobre a invasão anglo-saxônica ao Iraque**. 2005. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Lingüística, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

RAMALHO, V.; RESENDE, V.M. **Análise de discurso (para a) crítica**: o texto como material de pesquisa. Campinas: Pontes, 2011.

RAMOS, D.; SOARES, T.S.T; VIEGAS, K. Auxiliando usuários de uma unidade de saúde a parar de fumar: relato de experiência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1499-1505, 2009.

RANNEY, L. et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. **Annals of internal medicine**, v. 145. p. 845-56, 2006.

REICHERT, J. et al. Smoking cessation guidelines **Jornal Brasileiro Pneumologia**. v.34, n.10, p.845-80, 2008.

RESEARCH FOR INTERNATIONAL TOBACCO CONTROL (RITC). **At what cost? The Economic impact of tobacco use on national health systems, societies and individuals:** a summary of methods and findings. Canada: RITC, RMCT, 2003.

RESENDE, V.M. **Análise do discurso crítica e etnografia:** o movimento nacional de meninos e meninas de rua, sua crise e o protagonismo juvenil. 2008. Tese (Doutorado em Lingüística). Programa de pós-graduação em Lingüística, do departamento de Lingüística, Português, Línguas clássicas, Instituto de letras, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.f.332.

RESENDE; V.M.; RAMALHO, V. Análise de discurso crítica: uma reflexão acerca dos desdobramentos recentes da teoria social do discurso. **Revista latino-americana de estudios del discurso**, Caracas, v.5, n.1, p.27-50, 2005.

RESENDE; V.M.; RAMALHO, V. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2011.

RODRIGUES, M.M.A. **Políticas públicas**. São Paulo: Publifolha, 2010.

ROMERO, L.C.; COSTA E SILVA, V.L. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, p. 305-314, 2011.

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

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo:** enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde, Coordenação dos Institutos de Pesquisa, 2002.

ROSEMBERG, J. **Nicotina:** droga universal. São Paulo: SES/CVE, 2003.

ROSEMBERG, J. **Nicotina:** droga universal, 2008. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2008.

SALES, M.P.U. et al. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico, **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.36, n.5, p. 410-417, 2006.

SCIVOLETTO, S.; FOCCHI, G. R. A. Abordagem de populações especiais: adolescentes. In: GIGLIOTTI, A. P.; PRESMAN, S. (Orgs). **Atualização no tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Promoção à Saúde, 2006. p. 135-145.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO Jr. A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2004.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C.M.M. **O processo de cessação do fumar na perspectiva de ex-fumantes**. Vitória, 2005. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

SILVA, M.V.S. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 355-370, 2007.

SILVA, M.Z. **Processos constitutivos das políticas públicas** – formulação, processo decisório, implementação e avaliação e principais perspectivas analíticas. Texto produzido como subsidio para a disciplina: Estado e Política de Saúde do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2008.

SIMS, T.H.; FIORE, M.C. **Pharmacotherapy for treating tobacco dependence: what is the ideal duration of therapy?** *CNS Drugs* n.16, p. 653-62, 2002.

SIQUEIRA, M. M. et al. Substâncias psicoativas e prestação de cuidados especializados: O caso do Espírito Santo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, Dez de 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Dez. 2012.

SIQUEIRA, M. M.; et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Transdisciplinaridade. In: SEQUEIRA, C.; SÁ, L. (Org.). **III Congresso da SPESM - Informação e Saúde Mental**. 0ed. Porto-PT:SPESM, 2011, v.0, p.15-21.

SIQUEIRA, M.M.et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Transdisciplinaridade. In: SEQUEIRA, C.; SÁ, L. (Org.). **III Congresso da SPESM - Informação e Saúde Mental**. 0ed. Porto-PT: SPESM, 2012, v. 0, p. 15-21.

SOUZA, A.M.; MATOS, E.G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GUBITS, S.; NORIEGA, J.A.V.(Org.) **Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p.147-215.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologia**: Porto Alegre, v.8, n.16, p. 20-45, 2006.

STAKE, E.E. Cases studies. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Eds.) **Handbook of qualitative research**. 2 ed. SAGE Publications, 1994. p.236-247.

TURATO, E.R. A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária.

In: GUBITS, S.; NORIEGA, J.A.V.(Org.) **Método qualitativo**: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação. São Paulo: Vetor, 2004, p.13-16.

TEIXEIRA, L. A.; JAQUES, T. A. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, p. 295-304, 2011.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Trad. (Coord.) Pedrinho A.G. Petrópolis: Vozes, 2002.

VAN DIJK, T.A. **Discurso e poder**. São Paulo: Contexto, 2010.

VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 531-62.

VIANA, A.L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T..W.F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 65-106.

VIEGAS, C.A., REICHERT, J. Tratamento medicamentoso. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.30, supl.2, p.36-40, 2004.

VIEGAS, C.A.A. **Abordagem breve ao fumante**. In: VIEGAS, C.A.A. (Org.). **Tabagismo: o diagnóstico à saúde coletiva**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.213-215.

VIEGAS, C.A.; ANDRADE, A.P.; SILVESTRE, R.S. Characteristics of smoking among physicians in the Federal District of Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v.33, n.1, p. 76-80, 2007.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Tabagismo**. Relatório de ações, 1999.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Municipal de Controle do Tabagismo**. Vitória, 2007.

VITÓRIA. Ministério Público do Estado do Espírito Santo. Grupo especial de trabalho de implementação das políticas de saúde. Promotoria de justiça civil de Vitória. **Termo de ajuste de conduta**. Vitória, 2008.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Tabagismo**: Relatório de ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, 2009a.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano municipal de saúde 2010-2013**, 2009b. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2012.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2009**. Vitória, 2010.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório circunstanciado de esclarecimento sobre o cumprimento do termo de ajuste de conduta referente ao tratamento do tabagismo realizado no município de Vitória-ES**, 2011.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **História de Vitória**. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/turismo.php?pagina=historiadevitoria>>. Acesso em: 28 jul. 2012a.

VITÓRIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SUBSECRETARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE. AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO. **Prestações de contas**. Vitória, 2012b.

WAYNE, P. **Políticas Públicas**: una introducción a la teoria e y la practica del analisis de politicas publicas. Mexico: FLACSO, 2007.

WILDAVSKY, A. **Speaking truth to power**: the art and craft of policy analysis. Boston: Little, Brown & Co, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO tobacco alert**. World No Tobacco Day "Health Services: our window to a tobacco-free world". Geneva, Switzerland, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Report on the global tobacco epidemic, 2008**. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World no-Tobacco Day. **Tobacco and poverty**: a vicious circle, 2003. Disponível em: < http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report**: Reducing Risks and Promoting Healthy Lifestyles. Geneva, Switzerland, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/Overview_E.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para análise documental

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

- 1) Dados de identificação do documento;
- 2) Tipo de documento a ser analisado;
- 3) Objetivos principais do documento;
- 4) Diretrizes do documento;
- 5) Propostas do documento.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista para a Coordenação Municipal

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Parte I – Dados de Identificação

A– **Data de Nascimento:** _____

B– **Sexo** [] Masculino [] Feminino

C– **Estado Civil** [] Solteiro [] Casado/ União Estável [] Separado/Divorciado
[] Viúvo

D– **Profissão** [] Enfermeiro [] Médico [] Psicólogo [] Assistente Social
[] Farmacêutico

E- **Pós-Graduação:** [] Não [] Sim. Qual? _____

F-**Tempo de atuação** no Programa de Controle do Tabagismo: _____

G- **Formação específica** para atuar no tratamento do tabagismo? [] Não [] Sim.
Qual? _____

Parte II – Dados acerca do programa de atenção ao tabagista

H) Qual(is) modelo(s) de tratamento são utilizados no programa de atenção ao tabagista?

I) Qual a opinião do(a) Senhor(a) a respeito da política de atenção ao tabagista?

J) Quantos e quais serviços possuem o programa de atenção ao tabagista?

K) Quais as estratégias de tratamento adotadas no programa de atenção ao tabagista no município?

L) O programa municipal difere em algum ponto do programa instituído pelo INCA?

M) Quais os pontos positivos encontrados na estratégia de tratamento do programa de atenção ao tabagista municipal?

N) Quais os problemas e pontos de estrangulamentos encontrados na estratégia do tratamento ao tabagista no programa municipal?

O) De que forma os problemas são identificados e se tornam prioritários para a gestão do programa?

P) Que fator(es) o (a) Senhor(a) considera inviável(is) na aplicabilidade da política de atenção ao tabagista?

Q) De que forma o(a) Senhor(a) gestor(a) escolheu para avaliar essa política? Ou mesmo já utiliza algum modelo?

R) Quais os desafios do tratamento na política de atenção ao tabagista no município?

S) Quais estratégias o (a) Senhor (a) sugere para o aperfeiçoamento do tratamento do tabagismo no programa de atenção ao tabagista?

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os profissionais

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Parte I – Dados de Identificação

A - **Data de Nascimento:** _____

B - **Sexo** [] Masculino [] Feminino

C - **Estado Civil** [] Solteiro [] Casado/ União Estável [] Separado/Divorciado
[] Viúvo

D - **Profissão** [] Enfermeiro [] Médico [] Psicólogo [] Assistente Social
[] Farmacêutico

E - **Pós-Graduação:** [] Não [] Sim. Qual? _____

F - **Tempo de atuação** no programa de atenção ao tabagista: _____

G - **Treinamento específico** para atuar no tratamento do tabagismo? [] Sim
[] Não

Parte II – Dados acerca do programa de atenção ao tabagista

H) Qual(is) modelo(s) de tratamento são utilizados no programa de atenção ao tabagista?

I) Qual a sua opinião a respeito da política de atenção ao tabagista?

J) Quais são os atores/equipe envolvidos na efetivação do tratamento no programa de atenção ao tabagista?

K) Quais as estratégias de tratamento são utilizadas no programa de atenção ao tabagista? Há algo que difere do plano municipal?

L) Qual a sua visão sobre o tratamento que é realizado pelo programa de atenção ao tabagista de que você faz parte?

M) Quais os pontos positivos na estratégia de tratamento do programa de atenção ao tabagista?

N) Quais os problemas e pontos de estrangulamentos da estratégia do tratamento ao tabagista no programa de atenção ao tabagista?

- O) De que forma os problemas são identificados na prática? E como eles são repassados para a gestão municipal?
- P) Como ocorre a avaliação dessa política na realidade em que vocês estão inseridos? Há participação e retorno dessa avaliação para o serviço?
- Q) Quais os desafios do tratamento na política de atenção ao tabagista no município?
- R) Quais estratégias o (a) Senhor (a) sugere para o aperfeiçoamento do tratamento do tabagismo no programa de atenção ao tabagista?

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os usuários

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Parte I – Dados de Identificação do Usuário

A) Data de Nascimento: _____

B) Sexo: [] Masculino [] Feminino

C) Escolaridade: [] Não sabe ler [] Ensino Fundamental Incompleto
[] Ensino Fundamental Completo [] Ensino Médio Incompleto [] Ensino
Médio Completo [] Superior Incompleto [] Superior Completo

D) Estado Civil: [] Solteiro [] Casado/ União Estável [] Separado/Divorciado
[] Viúvo

E) Situação tabagística: [] fumante [] não fumante

Parte II – Dados acerca do programa de atenção ao tabagista

G) Qual a sua opinião sobre o tratamento do tabagismo oferecido no programa de atenção ao tabagista?

H) Em sua opinião, os profissionais que atuam no tratamento do tabagismo apresentam uma formação adequada para o desenvolvimento do trabalho?

I) No período que você participou do tratamento recebeu algum material educativo sobre o tabagismo?

J) O material educativo que você recebeu sobre o tabagismo o ajudou durante o tratamento?

K) No período em que você realizou o tratamento recebeu algum medicamento?

L) Os medicamentos fornecidos pela equipe para o seu atendimento foram suficientes e adequados às suas necessidades?

M) Quais os pontos positivos do programa de atenção ao tabagista?

N) Quais foram as suas dificuldades encontradas no programa de atenção ao tabagista?

O) Qual (ais) a(s) sua(s) sugestão(ões) para o programa de atenção ao tabagista?

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais e coordenação municipal

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha e a outra será da pesquisadora responsável. Se houver dúvidas, poderei solicitar o esclarecimento prévio.

Titulo da pesquisa

“Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários do serviço: o caso Vitória-ES”.

Pesquisadora responsável

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

Objetivo

Analisar a implementação da política de atenção ao tabagista, sob a ótica da coordenação municipal, dos profissionais e dos usuários do programa de atenção ao tabagista no Município de Vitória-ES.

Duração e local

O estudo será realizado nas Unidades de Saúde do Município de Vitória-ES, onde serei entrevistado(a) de acordo com a minha disponibilidade e onde será utilizado material de áudio (MP3) para gravação da entrevista, se eu assim o permitir.

Direito de recusa

Fui esclarecido(a) de que minha recusa não trará nenhum prejuízo para a instituição, tendo direito de interromper livremente a minha participação ou de retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

Autonomia

Estou ciente de que minha participação é livre e espontânea e que posso me recusar a responder a qualquer pergunta que achar conveniente.

Garantia de sigilo de identidade

Fui esclarecido(a) de que as informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a minha privacidade e o anonimato, uma vez que não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

Beneficência

Os benefícios relacionados à pesquisa com minha participação são as contribuições para melhoria do programa de atenção ao tabagista por meio da (re)elaboração e efetivação da política de atenção ao tabagista.

Não maleficência (Risco/desconforto)

Estou ciente de que esta pesquisa não traz nenhum risco, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do meu tempo.

Ressarcimento

Fui esclarecido(a) que eu não terei gasto (ônus) com esta pesquisa e também que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei realizar contato com as responsáveis pela pesquisa:

Marilene Gonçalves França - (27) 9945-8625 – leninhamgf@yahoo.com.br

Marluce Miguel de Siqueira – (27) 3335-7492 – marluce.siqueira@ufes.br

Caso não consiga contato por meio desses números de telefone, poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 3335-7211 – www.ccc.ufes.br/cep.

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, è por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos citados acima.

Vitória, _____ de _____ de 2012.

Participante da Pesquisa

Marilene Gonçalves França (Mestranda em Saúde Coletiva)

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira (Orientadora)

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os usuários

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está em duas vias: uma delas será minha e a outra será da pesquisadora responsável. Se houver dúvidas, poderei solicitar o esclarecimento prévio.

Título da pesquisa

“Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários do serviço: o caso Vitória-ES”.

Pesquisadora responsável

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

Objetivo

Analisar a implementação da política de atenção ao tabagista, sob a ótica da coordenação municipal, dos profissionais e dos usuários do programa de atenção ao tabagista no Município de Vitória-ES.

Duração e local

O estudo será realizado nas Unidades de Saúde do Município de Vitória-ES, onde serei entrevistado(a) de acordo com a minha disponibilidade e onde será utilizado material de áudio (MP3) para gravação da entrevista se eu assim o permitir.

Direito de recusa

Fui esclarecido(a) de que minha recusa não trará nenhum prejuízo para a instituição, tendo direito de interromper livremente a minha participação ou de retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

Autonomia

Estou ciente de que minha participação é livre e espontânea e que posso me recusar a responder qualquer pergunta que achar conveniente.

Garantia de sigilo de identidade

Fui esclarecido(a) de que as informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a minha privacidade e o anonimato, uma vez que não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

Beneficência

Os benefícios relacionados à pesquisa são as melhorias do programa e do atendimento aos outros usuários.

Não maleficência (risco/desconforto)

Estou ciente de que esta pesquisa não traz nenhum risco, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do meu tempo.

Ressarcimento

Fui esclarecido(a) que eu não terei gasto (ônus) com esta pesquisa e também que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

Esclarecimentos de dúvidas

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei realizar contato com as responsáveis pela pesquisa:

Marilene Gonçalves França - (27) 9945-8625 – leninhamgf@yahoo.com.br

Marluce Miguel de Siqueira – (27) 3335-7492 – marluce.siqueira@ufes.br

Caso não consiga contato por meio desses números de telefone, poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 3335-7211 – www.ccc.ufes.br/cep.

Eu, _____, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto. É por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos citados acima.

Vitória, _____ de _____ de 2012.

Participante da Pesquisa

Marilene Gonçalves França (Mestranda em Saúde Coletiva)

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira (Orientadora)

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Vitória ES,.....de.....de 2011.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória:

Vimos, por meio deste, encaminhar o nosso projeto de pesquisa intitulado **“POLÍTICA DE ATENÇÃO AO TABAGISTA SOB A ÓTICA DOS COORDENADORES E USUÁRIOS DO SERVIÇO: O CASO VITÓRIA-ES”** para apreciação desse Órgão e posterior emissão do Termo de Consentimento Institucional, a fim de procedermos à coleta de dados a ser realizada por meio de entrevista com os profissionais e usuários dessa Secretária e de levantamento junto ao acervo documental e bibliográfico desse Órgão.

Esclarecemos que o estudo faz parte da nossa dissertação de mestrado, a qual está sendo realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira.

Ressaltamos, ainda, que os dados serão tratados dentro do rigor ético, com fins científicos, sendo resguardado o sigilo das informações e o compartilhamento dos resultados da pesquisa com esse Órgão após a sua aprovação.

Este estudo busca compreender o processo de implementação de políticas públicas, como um processo de integração entre os diversos atores que implementam as políticas, por meio da análise de implementação do tratamento do tabagismo no SUS, no município de Vitória, visando contribuir para a (re)elaboração e efetivação da política de atenção ao tabagista.

Pretende o estudo, especificamente: 1. conhecer a política de atenção ao tabagista e sua implantação no município de Vitória; 2. investigar como as ações relacionadas ao tratamento no programa de atenção ao tabagista se desenvolvem nas unidades de saúde de Vitória; 3. identificar a opinião dos usuários, dos profissionais e da

coordenação municipal acerca da política de atenção ao tabagista efetivada no Programa Municipal de Controle do Tabagismo de Vitória.

Agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Instituição de Ensino: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira(Orientadora)

Pesquisadora: Marilene Gonçalves França (Mestranda)

Título da pesquisa: “Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários do serviço: o caso Vitória-ES”.

Especificação da pesquisa: Mestrado em Saúde Coletiva

Telefones para contato: (27) 99458625 (Marilene Gonçalves França) e

(27) 3335.7492 (Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira)

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde



PREFEITURA DE VITÓRIA

Carta de Apresentação

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ US BAIRRO REPÚBLICA, CONSOLAÇÃO, FONTE GRANDE, FORTE SÃO JOÃO, JARDIM DA PENHA, JESUS DE NAZARETH, MARIA ORTIZ, MARUÍPE, PRAIA DO SUÁ, SANTA LUIZA, SANTO ANDRÉ, VITÓRIA, JARDIM CAMBURI E SANTA TEREZA	05/12/2011	JÚLIA

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor (a) Diretor (a),

O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo “**Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários dos serviços: o caso Vitória - ES**”, de autoria de Marilene Gonçalves França com orientação da Professora Marluce Miguel de Siqueira foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:

Analisar a implementação da Política de Atenção ao Tabagista, sobre a ótica dos coordenadores municipais do tabagismo e usuários do programa no município de Vitória – ES.

A metodologia a ser utilizada será através de duas etapas:

A primeira será a revisão bibliográfica sobre o tabagismo, as políticas para o controle do tabaco, programa nacional de controle do tabagismo e sua inserção na política de saúde brasileira a partir das bases bibliográficas disponíveis; Análise de documentos oficiais dos instrumentos normativos federais e municipais, dos documentos municipais relevantes sobre a política em questão dos planos municipais e dos relatórios de gestão; e análise de dados secundários do programa municipal de controle do tabagismo, contidas nas planilhas de consolidação municipal, correspondente ao ano de 2010, que contém as informações enviadas pelas unidades de saúde à coordenação municipal, referentes aos dados de atendimento, material de apoio e medicamentos para o tratamento. Esses dados irão permitir caracterizar o funcionamento do programa do tabagismo no município, que é um dos eixos da implementação da política de tabagismo.

E a segunda etapa será a realização de entrevistas por meio de três roteiros semi estruturados com perguntas abertas e fechadas com a participação dos coordenadores municipais, coordenadores dos programas das unidades de saúde e com usuários do programa de tabagismo no município

Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de outras solicitações protocolizadas pelo seu orientador.

Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.

Atenciosamente,


Josenan de Alcântara Almeida Costa
 Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO B – Autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Vitória-ES, 15 de dezembro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Marluce Miguel de Siqueira
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado **“Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários dos serviços: o caso de Vitória-ES.”**

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 276/11 intitulado **“Política de atenção ao tabagista sob a ótica dos coordenadores e usuários dos serviços: o caso de Vitória-ES.”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 14 de dezembro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES