

Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



2

***“O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS”***

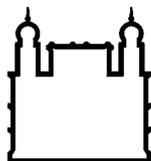
*por*

***Cleide Regina da Silva Carvalho***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado*

*Rio de Janeiro, julho de 2009.*



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS”***

*apresentada por*

***Cleide Regina da Silva Carvalho***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Júlio Alberto Wong Un

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Dias de Lima

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristiani Vieira Machado - Orientadora

*Dissertação defendida e aprovada em 13 de julho de 2009.*

*A memória do meu irmão – um amigo, um companheiro de  
todas horas - mesmo em qualquer lugar que esteja.*

## Agradecimentos

Após dezoito anos de atuação no Serviço Social do Instituto Nacional de Câncer, deparei-me com outra perspectiva de trabalho: a prevenção do câncer. Uma nova realidade, que trouxe muitos desafios e muitas interrogações. Por isso me vi motivada a procurar aprimoramento profissional, a fim de encontrar as respostas para alguns questionamentos vivenciados.

As etapas perpassadas foram muitas. A primeira delas foi a inscrição para o mestrado, quando precisei elaborar uma proposta para aprovação dos dirigentes da instituição em que trabalho. Muita expectativa até o dia em que foi aprovada. Depois, a prova, um momento difícil, de medo e de insegurança, de quem estava há tantos anos distante do convívio acadêmico. Esses sentimentos só findaram quando recebi a notícia “aprovada para próxima etapa”. Mas ainda viria a entrevista, outra etapa do processo de seleção que trouxe mais ansiedade e mais medo. Bem, após todas as etapas vencidas, um novo ciclo: o de aluna.

Como aluna, muitos obstáculos precisaram ser ultrapassados. Novos conceitos, novas idéias caíam sobre mim com uma avalanche. Mas estava feliz, muito feliz por alcançar esse espaço, tão desejado. E por isso, consegui conciliar o trabalho institucional e doméstico, as reivindicações de atenção dos meus pais, do filho, do “namorado”, do meu irmão e dos amigos.

Hoje olho pra trás e vejo que se passaram dois anos e quantas coisas aconteceram nesse período... uma delas foi o desencarne do meu irmão, um grande amigo, o companheiro de todas as horas, que deixou boas lembranças e muita saudade.

Esse período também foi marcado por coisas boas, como os novos amigos que conheci no mestrado e o fortalecimento da relação com os colegas do INCA. Agradeço a todos pelo carinho, em especial a Cecília, a Fátima, a Myriam e, a Cristina.

Não posso deixar de registrar a oportunidade de adquirir dos novos conhecimentos a cada disciplina que cursei e a dedicação de cada professor. Agradeço pelas contribuições, pelo apoio e pela colaboração dos meus tutores, Prof<sup>o</sup>. José Maldonado e Prof<sup>a</sup>. Luciana Lima, por ocasião da elaboração do meu pré-projeto. À prof<sup>a</sup> Luciana Lima e ao Prf<sup>o</sup> Júlio Wong por suas colaborações na qualificação do estudo. À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Cristiani V. Machado, a quem devo a oportunidade de concretizar este sonho, com a sua dedicação e seu apoio. Acima de tudo, pela paciência e compreensão das limitações vivenciadas.

Mas sei que tudo que conquistei foi graças a Deus e as boas energias que recebi, pois me ajudaram a superar os momentos difíceis.

Agradeço muito aos meus pais, ao filho, Thiago, à minha nora Flávia, ao meu irmão Alexandre e à minha cunhada Suzana por acreditaram nesse sonho e pela compreensão e pelo apoio nos momentos de tensão e de irritação.

Ao meu “namorado”, Amaro, agradeço pela paciência, pela dedicação e pela colaboração.

À Tereza Feitosa minha amiga de “fé”, agradeço por sua dedicação, por seu apoio e colaboração desde que este estudo estava apenas no nível das idéias.

Ao Instituto Nacional de Câncer – INCA pela confiança e incentivo à qualificação de seus funcionários.

Ao Jairo da Matta, da Divisão de Planejamento do INCA, pela colaboração e pelo apoio.

Aos coordenadores do Programa de Controle de Tabagismo dos estados e das capitais pela colaboração nesse estudo.

Aos colegas de trabalho e à Tânia Cavalcante, chefe da Divisão de Controle do Tabagismo, agradeço pela compreensão e pelo apoio. Em especial, agradeço ao Marcus, à Mariana e à Ana Paula, pela força e pela colaboração nos momentos em que estive ausente do trabalho por conta das disciplinas, dos trabalhos de grupo e da elaboração dessa dissertação.

À Valéria Pacheco e Eliane Fonseca, do Centro de Estudos da Conprev, pelo apoio e pela colaboração.

*"Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,  
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim."*

Chico Xavier

## Resumo

A dissertação apresenta a análise do modelo de gestão federal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) brasileiro, em especial do tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

O estudo partiu do reconhecimento do tabagismo como grave problema de saúde pública, cujo enfrentamento exige estratégias governamentais abrangentes, e da consideração das especificidades da política de saúde, em suas dimensões de proteção social, econômica e de poder.

A pesquisa teve como objetivo geral realizar um diagnóstico da situação da gestão federal da estratégia de tratamento do tabagismo, visando identificar nós críticos e propor melhorias no processo de implementação do tratamento do tabagismo no SUS.

A metodologia compreendeu o diagnóstico situacional da estratégia do tratamento do tabagismo no SUS, considerando as condições atuais da gestão federal, estadual e municipal. Foram adotadas as seguintes estratégias metodológicas: análise de documentos oficiais; análise de dados primários do Programa Nacional de Controle do Tabagismo; realização de entrevistas com dirigentes do Instituto Nacional de Câncer (INCA); e aplicação e análise de questionários dirigidos às coordenações do programa de controle do tabagismo nos estados e nas capitais.

O diagnóstico situacional realizado permitiu identificar como problema central a limitada oferta do tratamento do tabagismo no SUS, cuja origem tem relação com as dificuldades de gestão da estratégia no âmbito das três esferas de governo.

A fim de contribuir para o aprimoramento da gestão federal, buscaram-se proposições voltadas para o enfrentamento de algumas causas do problema identificado, relacionadas à articulação inter e intragovernamental, ao planejamento e à coordenação das ações logísticas e assistenciais relevantes para a consolidação da estratégia de tratamento do tabagismo na rede de serviços do SUS.

Palavras chaves: Políticas de saúde, tratamento do tabagismo, gestão e planejamento.

## **Abstract**

The thesis presents an analysis of the federal management model of the National Tobacco Control Program (NTCP), especially with regard to the smoking cessation treatment within the network of the Universal Health System (Sistema Único de Saúde – SUS).

The study begins with the acknowledgement of the particularities of tobacco as a severe health public problem, whose confrontation demands comprehensive governmental strategies and considering the particularities of health policies, in their dimensions of social and economic protection and power.

The general aim of the research was to perform a diagnosis of the situation of the smoking cessation treatment strategy, in order to identify critical nodes and propose improvements in the process of implementation of the smoking cessation treatment in the SUS.

The methodology was based on the diagnosis of the situation of the smoking cessation treatment strategy in the SUS, considering the current conditions of federal, state and municipal management. The following methodological strategies were adopted: the analysis of institutional documents; the analysis of primary databases of NTCP; the carrying out of interviews with managers from the National Cancer Institute (Instituto Nacional de Câncer – INCA); and the application and analysis of questionnaires directed towards the NTCP coordination of the state and capitals;

The diagnosis of the situation performed has identified the limited offer of the smoking cessation treatment in the SUS as a central problem, whose origin is related to the difficulties of the management of strategy at the three levels of government.

In order to contribute to the improvement of federal management, proposals were directed towards the confrontation of some causes of the problem identified related to the inter- and intra-government articulation, the planning and the coordination of logistic and assistance actions, relevant to the consolidation of the smoking cessation treatment strategy in the SUS.

**Keywords:** health policies ; treatment for smoking cessation; management e planning.

## Lista de Quadros, Tabelas e Figuras

### Quadros

Quadro 1.1 – Dimensões de uma Política de Controle do Tabaco.....	31
Quadro 1.2 – Meta-análise: eficácia aferida a partir das taxas de cessação em diferentes níveis de intervenção (n = 43 estudos) .....	38
Quadro 1.3 – Meta-análise: eficácia em termos de taxa de cessação para combinação de medicação versus medicação e abordagem (n=18).....	39
Quadro 1.4 – Eficácia em termos de taxas de cessação dos vários medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo (n=80).....	41
Quadro 1.5 – Estudos brasileiros sobre o grau de dependência à nicotina .....	42
Quadro 2.1 – Classificação das atribuições das esferas de governo no PNCT.....	51
Quadro 2.2 – Marco Legal e os principais instrumentos normativos relacionados à Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil.....	54
Quadro 3.1 – Caracterização da divisão de funções entre as esferas de governo e os órgãos públicos para a estratégia do tratamento do tabagismo no SUS.....	62
Quadro 3.2. Mecanismos de financiamento do tratamento do fumante no SUS.....	74
Quadro 3.3 – Identificação e caracterização de problemas na gestão do tratamento do tabagismo na esfera federal.....	89
Quadro 4.1 – Ações informadas pelos estados para melhoria das notificações dos procedimentos do tratamento do tabagismo no SUS.....	106
Quadro 4.2 – Algumas potencialidades e dificuldades identificadas pelas coordenações estaduais na implantação do tratamento do tabagismo no SUS.....	111
Quadro 4.3. Resumo do diagnóstico situacional da gestão estadual no tratamento do tabagismo.....	113
Quadro 5.1 – Localização do Programa de Controle do Tabagismo nas Secretarias Municipais de Saúde.....	116
Quadro 5.2 – Fatores que favorecem a adesão dos municípios ao tratamento do tabagismo.....	121
Quadro 5.3 – Tipo de aporte financeiro para o tratamento do tabagismo em dez capitais.....	126

Quadro 5.4 – Distribuição das respostas das coordenações das capitais segundo a finalidade de aplicações de recursos para o tratamento do tabagismo pelas três esferas de governo.....	132
Quadro 5.5 – Distribuição das capitais segundo os problemas apresentados na implementação do tratamento do tabagismo. ....	139
Quadro 5.6 – Resumo do diagnóstico situacional da gestão municipal no tratamento do tabagismo.....	142

## Tabelas

Tabela 3.1 – Quantidade de municípios segundo os estados que realizaram ações para tratamento do tabagismo no SUS no período de 2002 a setembro de 2008.....	66
Tabela 3.2 – Quantidade de profissionais de saúde capacitados para abordagem intensiva ao fumante por Estado no período de 2002 a 2006.....	72
Tabela 3.3 – Valores aprovados por estado para os procedimentos do SIA/SUS referentes ao tratamento do fumante durante a vigência dos centros de referência, para o período de agosto 2002 a junho 2004.....	75
Tabela 3.4 – Valores aprovados por estado para os procedimentos do SIA/SUS referentes ao tratamento do tabagismo após vigência dos centros de referência para o período de julho de 2004 a dezembro de 2007.....	76
Tabela 3.5 – Estimativa de fumantes e de medicamentos adotada na programação, fumantes atendidos nas unidades de saúde e percentual de fumantes que usaram medicamento no período de 2005 a 2008.....	79
Tabela 3.6 – Distribuição de insumos, no período de 2005 a 2008, realizada pelo Ministério da Saúde aos estados com tratamento implantado.....	82

## Figuras

Figura 3.1 – <i>Folder</i> para sensibilização de gestores do SUS – 2007.....	64
Figura 3.2 – Número de municípios que realizaram atendimento de tratamento do tabagismo no período de 2002 a setembro de 2008, segundo regiões do país.....	67
Figura 3.3 - Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e de unidades de saúde com previsão de início de atendimento em 2005 no Brasil.....	68
Figura 3.4 – Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e número de unidades com previsão de início de atendimento em 2006 no Brasil.....	69
Figura 3.5 – Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e número de unidades com previsão de início de atendimento em 2007 no Brasil.....	70
Figura 3.6 – Manual do Coordenador e Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante.....	71
Figura 3.7 – Representação espacial da capacitação de profissionais de saúde no período de 2003 a 2006.....	73
Figura 3.8 – Manuais do participante dos grupos de apoio ao fumante na cessação de fumar.....	77
Figura 3.9 – Número de fumantes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.....	84
Figura 3.10 – Número de fumantes que participaram da 1ª sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.....	85
Figura 3.11 – Percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a 1ª sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008 no Brasil. ....	85
Figura 3.12 – Percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar no período de 2005 a setembro de 2008 no Brasil.....	86
Figura 3.13. Número de fumantes que participaram da quarta sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.....	87
Figura 3.14 – Percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.....	87
Figura 3.15 – Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.....	88
Figura 4.1 – Número de estados que apresentam equipe para desenvolver as ações para controle do tabagismo.....	93

Figura 4.2 – Número de estados com equipes capacitadas para as ações de controle do tabagismo.....	94
Figura 4.3 – Distribuição dos coordenadores segundo seu tempo de atuação no Programa.....	94
Figura 4.4 – Número de coordenações estaduais com ou sem equipes exclusivas para as ações do Programa. ....	95
Figura 4.5 – Número de estados com coordenações estaduais que conhecem ou não a Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco.....	96
Figura 4.6 – Número de estados que possuem recursos do convênio com o Fundo Nacional de Saúde para as ações de controle do tabagismo.....	97
Figura 4.7 – Número de estados que possuem outras formas de financiamento para ações de controle do tabagismo.....	98
Figura 4.8 – Distribuição dos estados segundo os critérios para selecionar municípios para implantação do tratamento do tabagismo.....	99
Figura 4.9 – Número de estados com coordenações estaduais que utilizam estratégias para sensibilização e captação de municípios.....	99
Figura 4.10 – Número de coordenações estaduais que apresentaram o instrumento normativo do tratamento do fumante na CIB.....	100
Figura 4.11 – Distribuição dos estados segundo a pactuação das ações de controle do tabagismo na CIB. ....	101
Figura 4.12 – Distribuição dos estados segundo a quantidade de municípios que pactuaram o tratamento do tabagismo na CIB.....	101
Figura 4.13 – Distribuição dos estados segundo as formas de comunicação adotadas entre as esferas de governo.....	102
Figura 4.14. Distribuição dos estados segundo a existência de mecanismos para identificação e encaminhamento ao tratamento para cessação de fumar.....	103
Figura 4.15 – Distribuição dos estados segundo a existência de referência para exame diagnóstico e ou atendimento especializado.....	103
Figura 4.16 – Número de coordenações estaduais que trabalham em parceria com o Serviço de Controle e Avaliação.....	104
Figura 4.17. Distribuição das coordenações estaduais segundo as informações de procedimentos realizados para verificação das informações referentes ao tratamento do tabagismo.....	105
Figura 4.18 – Distribuição dos estados segundo a realização de supervisão nos	

municípios.....	105
Figura 4.19 – Distribuição dos estados segundo os recursos utilizados para monitoramento do tratamento no município.....	106
Figura 4.20 – Distribuição dos estados segundo a existência de sistema de armazenamento ou de organização das informações de atendimento do tratamento do tabagismo.....	107
Figura 4.21 – Número de coordenações estaduais que informaram possuir registro sobre o recebimento de insumos nos municípios.....	108
Figura 4.22 – Distribuição dos estados segundo as informações de chegada de insumos nos municípios.....	109
Figura 4.23 – Distribuição por estados segundo relação entre recebimento de insumos e realização de atendimentos.....	109
Figura 4.24 – Distribuição dos estados segundo a apresentação de dificuldades no processo de implantação do tratamento do tabagismo nas unidades de saúde.....	110
Figura 4.25 – Distribuição dos estados segundo as dificuldades encontradas na implantação do tratamento do tabagismo nas unidades de saúde.....	110
Figura 5.1 – Distribuição das coordenações municipais segundo O tempo de atuação na condução do Programa de Controle do Tabagismo.....	117
Figura 5.2 – Distribuição de coordenadores segundo o tipo de atuação no Programa de Controle do Tabagismo.....	117
Figura 5.3 – Distribuição de coordenação segundo a constituição de equipe no PNCT.....	118
Figura 5.4 – Distribuição de coordenações municipais segundo a capacitação para atuação no PNCT.....	118
Figura 5.5 – Distribuição das coordenações segundo a existência de profissionais específicos para a gestão do tratamento do fumante nos municípios capitais.....	119
Figura 5.6 – Distribuição dos municípios segundo a presença de ações para controle do tabagismo no Plano Municipal de Saúde.....	122
Figura 5.7 – Distribuição das capitais segundo a consideração dos dados epidemiológicos sobre o tabagismo na construção do Plano Municipal de Saúde. ....	122
Figura 5.8 – Distribuição das capitais segundo a priorização do tratamento do tabagismo pelos dirigentes municipais.....	123
Figura 5.9 – Distribuição das capitais segundo a existência de planos ou projetos para tratamento do tabagismo.....	124
Figura 5.10 – Distribuição das capitais segundo a consideração da estrutura de oferta na elaboração do plano ou projeto para o tratamento do tabagismo.....	124

Figura 5.11 – Distribuição dos municípios segundo o aporte de recursos financeiros próprios para o tratamento do tabagismo. ....	125
Figura 5.12 – Número de capitais com dificuldades na adesão de profissionais de saúde ao tratamento do tabagismo.....	127
Figura 5.13 – Distribuição de coordenações municipais segundo o conhecimento das atribuições dos gestores das três esferas de governo na condução do tratamento do tabagismo.....	128
Figura 5.14 – Distribuição das capitais segundo o tipo de apoio dos estados à implantação do tratamento do tabagismo.....	129
Figura 5.15 – Distribuição das capitais segundo a pactuação do tratamento do tabagismo na CIB.....	129
Figura 5.16 – Distribuição das capitais segundo participação em reuniões intergovernamentais (com os estados) para implementação do tratamento do tabagismo.....	130
Figura 5.17 – Distribuição das capitais segundo a visão das coordenações sobre a forma de financiamento dos procedimentos do tratamento do tabagismo.....	131
Figura 5.18 – Distribuição das capitais segundo os recursos destinados para implantação do tratamento do tabagismo.....	131
Figura 5.19 – Distribuição das coordenações das capitais segundo conhecimento dos indicadores do tratamento do tabagismo.....	133
Figura 5.20 – Distribuição das coordenações das capitais segundo o reconhecimento de necessidade de ajuste na estratégia de tratamento do tabagismo.....	133
Figura 5.21 – Distribuição das coordenações das capitais segundo o reconhecimento de necessidade de ajuste na estratégia de tratamento do tabagismo.....	134
Figura 5.22 – Distribuição das capitais segundo treinamento específico dos profissionais para o tratamento do tabagismo.....	135
Figura 5.23 – Distribuição das capitais segundo o preparo do profissional de saúde para atendimento ao fumante que deseja deixar de fumar.....	136
Figura 5.24 – Distribuição das coordenações segundo informações de adoção do protocolo clínico do tratamento do tabagismo pelas unidades de saúde.....	136
Figura 5.25 – Distribuição das capitais segundo informações sobre adequação do fornecimento de insumos.....	137
Figura 5.26 – Distribuição das capitais segundo a existência de fluxo de encaminhamento dos fumantes para tratamento entre as unidades de saúde do município	

Implementação da Convenção-Quadro.....	138
Figura 6 – Fluxograma explicativo do Problema – “Limitada implantação do tratamento do tabagismo no SUS”.....	148

## Lista de Abreviaturas

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APAC - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
- ASCOM - Assessoria de Comunicação Social
- CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
- CDC - Center for Disease Control *and Prevention*
- CIB - Comissão Intergestores Bipartite
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CIMICQ - Comissão Intraministerial para Implementação da Convenção-Quadro
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
- DAF - Departamento de Assistência Farmacêutica
- DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
- FDA - *Food and Drug Administration*
- FNS - Fundo Nacional de Saúde
- INCA - Instituto Nacional de Câncer
- MS - Ministério da Saúde
- NHS - National Health Service
- OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PNCT - Programa Nacional de Controle do Tabagismo
- PTA - Poluição Tabagística Ambiental
- RIACT - Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco
- SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
- SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
- SES - Secretaria Estadual de Saúde
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB - Sistema de Atenção Básica
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
- SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TRN - Terapia de Reposição de Nicotina

UF – Unidade Federada

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	22
<b>Capítulo 1 – O tabagismo como problema de saúde pública e as políticas governamentais</b> .....	26
1.1. O processo de difusão do tabagismo.....	26
1.2. A complexidade da política de saúde e o controle do tabaco.....	29
1.3. Ações dos governos para controle do tabaco.....	31
1.3.1 <i>A experiência dos países no controle do tabaco</i> .....	31
1.3.2 <i>Convenção-Quadro para Controle do Tabaco</i> .....	33
1.4. O tratamento do fumante e a eficácia da cessação de fumar.....	35
14.1 <i>O “estado da arte” do tratamento do fumante</i> .....	35
14.2 <i>Experiências internacionais no tratamento do fumante</i> .....	43
<b>Capítulo 2 – O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)</b> .....	45
2.1. As ações de controle do tabagismo no Brasil: breve histórico pré-SUS.....	45
2.2. A conformação do SUS e as implicações para o controle do tabagismo.....	47
2.3. O desenho e a regulamentação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no SUS.....	49
2.4. A trajetória do tratamento do tabagismo no Brasil.....	57
<b>Capítulo 3 - A gestão federal e a implementação do tratamento do tabagismo no território nacional</b> .....	61
3.1. O papel e as linhas de atuação federal.....	61
3.2. Caracterização da implantação do tratamento do fumante no SUS.....	65
3.2.1 <i>Adesão dos estados, dos municípios e das unidades de saúde</i> .....	65
3.2.2 <i>Capacitação de profissionais de saúde</i> .....	70
3.2.3 <i>Financiamento</i> .....	73
3.2.4 <i>Distribuição de insumos</i> .....	76
3.2.5 <i>Indicadores de processo e de resultado</i> .....	83
3.3. Análise dos problemas na gestão federal da estratégia do tratamento do tabagismo no SUS.....	88
<b>Capítulo 4 - A gestão estadual na implementação do tratamento do tabagismo</b> .....	92
<b>Capítulo 5 - A gestão municipal na implementação do tratamento do tabagismo</b> .....	115
<b>Considerações Finais</b> .....	145
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	151
<b>Apêndices</b> .....	156
Apêndice A – Lista de entrevistados.....	156
Apêndice B – Roteiro semi-estruturado de entrevista .....	157
Apêndice C – Roteiro semi-estruturado de entrevistas .....	158

Apêndice D – Questionário aplicado às coordenações estaduais no ano de 2006.....	159
Apêndice E – Questionário aplicado às coordenações estaduais no ano de 2008.....	172
Apêndice F - Questionário aplicado aos coordenadores do PNCT das capitais.....	177

## Apresentação

Esta é uma dissertação de mestrado profissional na Área de Política e Gestão em Ciência, Tecnologia e Inovação, cujo objeto de investigação foi a análise do modelo de gestão federal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), em especial do tratamento do tabagismo na rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

A motivação para estudo do tema estava relacionada à minha inserção profissional no Instituto Nacional de Câncer (INCA), com atuação na Divisão de Controle do Tabagismo. O INCA é um órgão da administração direta do Ministério da Saúde (MS), integrante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e vinculado, técnica e administrativamente, ao Ministro de Estado da Saúde, com a competência de assisti-lo na formulação da Política Nacional de Atenção Oncológica<sup>1</sup> quanto à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Está entre suas atribuições: planejar, organizar, executar, dirigir, controlar e supervisionar planos, programas, projetos e atividades, em âmbito nacional, relacionados à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das neoplasias malignas e afecções correlatas, dentre outras. Por isso, desde a década de 80, vem desempenhando um papel relevante nas políticas voltadas para o controle do tabagismo.

O desenvolvimento do tema no âmbito do mestrado profissional – a gestão federal do tratamento do tabagismo na rede SUS – é justificado por quatro argumentos inter-relacionados: (1) o reconhecimento do tabagismo como problema de saúde pública; (2) a necessidade de uma política nacional que articule um complexo conjunto de estratégias para controle do tabagismo, com um relevante papel federal nessa política; (3) a necessidade de que uma política como esta inclua estratégias de tratamento para o fumante; (4) a especificidade do tratamento do tabagismo, cuja implantação, no caso brasileiro, exige a consideração do arranjo federativo e tem revelado uma série de problemas, tanto na gestão federal como no âmbito de estados e de municípios.

O objetivo geral da investigação foi analisar a situação atual da gestão federal no tratamento do tabagismo no SUS, visando contribuir para o aprimoramento do modelo de gestão do INCA.

Os objetivos específicos foram: (a) caracterizar o modelo atual de gestão do tratamento do tabagismo pelo INCA; (b) identificar a divisão de atribuições e os mecanismos de coordenação entre o INCA e os demais atores envolvidos na gestão do tratamento do tabagismo; (c) analisar, na gestão federal, estadual e municipal, os

problemas e pontos de estrangulamentos da estratégia do tratamento do tabagismo na rede SUS; (d) sugerir estratégias para o aperfeiçoamento da gestão do tratamento do tabagismo pelo INCA.

A metodologia partiu do reconhecimento de que a análise da gestão do tratamento pelo INCA precisa considerar a sua articulação com outras esferas governamentais. Para isso, priorizou a realização de um diagnóstico da situação atual de implantação e gestão do tratamento do tabagismo no SUS, considerando que esta resulta da atuação das três esferas de governo e da interação intergovernamental.

Para autores importantes da área de planejamento em saúde, como Matus<sup>2</sup> e Testa<sup>3</sup>, o diagnóstico da situação representa um momento fundamental do planejamento, pois permite identificar os nós críticos e elaborar propostas para cada um deles. A realização do diagnóstico é essencial para a construção de propostas, para a análise de viabilidade e para melhorias no processo de acompanhamento da implementação do tratamento do tabagismo no SUS.

Para o diagnóstico situacional da estratégia do tratamento do tabagismo no SUS, no âmbito da esfera federal, estadual e municipal, foram definidos alguns eixos de análise, que orientaram a investigação. Foram eles:

- (a) estrutura para condução do Programa – considerou as características e o perfil da equipe, seu grau de capacitação e de dedicação;
- (b) articulação da equipe com outras áreas de governo – englobou aspectos sobre a integração entre as áreas técnicas de governo e as parcerias para apoio ao desenvolvimento das ações de tratamento do fumante no SUS;
- (c) prioridade e base de apoio – englobou a identificação da situação do Programa na agenda dos governos federal, estadual e municipal, bem como a consideração dos atores que apoiam o Programa;
- (d) planejamento e definição de prioridades – considerou o processo de definição de diretrizes de ação, construção de estratégias e planos de intervenção, discussão entre atores e mobilização de recursos necessários para operacionalização do tratamento;
- (e) financiamento – considerou a existência de aporte de recursos financeiros necessários ao investimento e ao custeio das ações do tratamento;
- (f) adesão dos municípios – englobou o grau de implantação da estratégia nos municípios, o conhecimento das dificuldades de implantação e as características dos municípios com a estratégia implantada;

- (g) capacitação para prestação de serviços – considerou o apoio do INCA no processo de capacitação, o número de profissionais de saúde capacitados pelas coordenações estaduais e municipais do Programa para abordagem intensiva do fumante, o conhecimento e a adoção do protocolo clínico pelos profissionais;
- (h) organização da rede de serviços – envolveu a forma de organização da rede de atendimento ao fumante e a organização da rede de referência para tratamentos especializados;
- (i) mecanismos de monitoramento e avaliação – considerou a existência de mecanismos de acompanhamento, de avaliação de processos e de resultados do tratamento.

As estratégias metodológicas adotadas no estudo para realização do diagnóstico e proposições de aprimoramento foram compostas de:

- 1) revisão bibliográfica sobre o tabagismo, sobre as políticas para controle do tabaco, sobre o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e sua inserção na política de saúde brasileira a partir das bases bibliográficas disponíveis;
- 2) análise dos instrumentos normativos federais, dos documentos federais relevantes sobre a política em questão, dos planos federais e dos relatórios de gestão;
- 3) análise de dados primários do tratamento do tabagismo na rede SUS, do período de 2002 a 2008, referentes, por exemplo, à adesão dos municípios;
- 4) realização de entrevistas com dirigentes federais do Programa selecionados pelo critério de cargo ocupado (diretor geral do INCA, Coordenador de Prevenção e Vigilância do INCA e Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA);
- 5) análise de dados dos questionários voltados para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e que haviam sido aplicados pela Divisão de Controle do Tabagismo do INCA aos coordenadores estaduais do programa nos anos de 2006 e 2008. A utilização dos dados, que ainda não haviam sido analisados, foi autorizada pelo INCA;
- 6) aplicação e análise de questionário estruturado dirigido aos coordenadores municipais do Programa das capitais, tendo como norteadores as categorias de análise que compõem este estudo, especificamente elaborado para a pesquisa e enviado no ano de 2008.

Os dados obtidos por meio de questionários e entrevistas foram organizados segundo as categorias de análise do estudo, considerando-se a frequência relativa das respostas. Em conjunto com a análise documental, esses dados permitiram identificar os problemas e os pontos de estrangulamento do PNCT e compuseram o diagnóstico da situação do tratamento do tabagismo no SUS junto às esferas federal, estadual e municipal de governo. Vale destacar que os questionários aplicados pelo INCA às coordenações estaduais não apresentaram a mesma consistência para todas as categorias de análise que foram adotadas, visto que já haviam sido aplicados em uma perspectiva de avaliação normativa antes do início desta pesquisa.

A partir da análise do conjunto das informações obtidas de diversas fontes, foi realizado um diagnóstico da situação atual do Programa no âmbito do tratamento do tabagismo, com o objetivo de propor sugestões para o aprimoramento do modelo atual da gestão federal, particularmente das dimensões críticas que envolvem o planejamento, a articulação intergovernamental, o monitoramento e a avaliação das ações.

A estrutura da dissertação compreende cinco capítulos. O capítulo I discute o tabagismo como problema de saúde pública e busca dar uma noção da gravidade geral desse problema, de como os governos vêm estruturando os programas para o controle do tabagismo e, especialmente, o tratamento do tabagismo. O capítulo dois faz um breve histórico do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, apresenta sua normativa e destaca a do tratamento do tabagismo. O capítulo três analisa a condução federal do tratamento do tabagismo e apresenta dados relevantes sobre a implantação e o funcionamento da estratégia no território nacional para a realização do diagnóstico situacional da gestão federal. Os capítulos quatro e cinco trazem o diagnóstico da gestão estadual e o da gestão das capitais na implementação do tratamento do tabagismo no SUS.

Nas considerações finais, à luz do referencial adotado, apresentam-se os resultados da situação de gestão no tratamento do tabagismo no SUS e as proposições que visam contribuir para a melhoria da atuação do INCA na condução da estratégia.

# Capítulo 1 – O tabagismo como problema de saúde pública e as políticas governamentais

## 1.1 Processo de difusão do tabagismo

O uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo há séculos, pois se acreditava que era uma erva com propriedades medicinais capaz de curar diversas enfermidades, como a bronquite crônica, asma, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, apesar das contestações sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço ao longo do tempo<sup>4</sup>.

No final do século XIX e, sobretudo, na primeira metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco consolidou as indústrias fumageiras como potências econômicas graças a dois fatores: a produção de cigarros em escala industrial e um processo agressivo de propaganda e marketing<sup>5</sup>. Este último foi historicamente decisivo para dar ao comportamento de fumar uma representação social positiva, por meio de um processo de associação entre o consumo de derivados do tabaco e o ideal de autoimagem, como beleza, sucesso, liberdade. Assim, sobretudo a partir de 1950, com o desenvolvimento das técnicas de publicidade, o comportamento de fumar foi tornando-se familiar e o cigarro objeto de desejo de milhões de pessoas.

Os avanços no conhecimento científico e nas tecnologias advindas dele ocorreram na segunda metade do século XX, gerando 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 exposta. O tabagismo é responsável por 40% a 45% de todas as mortes por câncer; 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão; 75% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); cerca de 35% das mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade, nos países desenvolvidos<sup>6</sup>. Segundo o Banco Mundial, há cerca de um bilhão de fumantes e estima-se que o tabagismo tenha sido responsável, no mundo, por cinco milhões de mortes no ano 2000. Se o padrão de consumo não for revertido, esse número poderá chegar a dez milhões de mortes anuais em 2030. Ressalte-se que destas, 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde, tais como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água e doenças infecto-contagiosas<sup>7</sup>.

O tabagismo é considerado hoje pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID)<sup>8</sup>. Essa dependência faz com que os fumantes fiquem expostos continuamente a cerca de 4.720 substâncias tóxicas. Tal exposição, algumas vezes iniciada na infância, manifesta-se na vida adulta, quando ocorre adoecimento e morte. Vários estudos também comprovam que 90% dos fumantes iniciaram o uso do tabaco até os 19 anos e 50% dos que experimentaram um cigarro tornaram-se fumantes na vida adulta<sup>9</sup>.

Estudo realizado entre homens na Índia, no ano de 1997, mostrou que a prevalência do fumo era superior a 50%, sendo mais elevada na população sem escolaridade, que apresentou uma taxa de 64%. Esta prevalência diminuiu com o número de anos de escolaridade, e caiu para cerca de um quinto (21%) entre pessoas com mais de 12 anos<sup>10</sup> de estudo.

Na África, evidencia-se uma tendência de aumento do tabagismo. Em 1995, o total de cigarros consumidos na região chegou a 131.181 milhões. Este número subiu para 212.788 milhões no ano de 2000, representando um aumento de 38,4% em cinco anos<sup>11</sup>. Neste mesmo ano, a *American Cancer Society*<sup>12</sup> já divulgava um aumento substancial do fumo nos países em desenvolvimento, especialmente entre os homens. Em países que apresentavam baixa e média renda, observava-se um aumento nas taxas de tabagismo, principalmente entre os jovens.

A China vem merecendo destaque nos estudos sobre a expansão do consumo do tabaco por apresentar uma prevalência de fumantes na população masculina de cerca de 70% no ano de 2005. Nesse país, o número de homens fumantes superou os 300 milhões, representando mais do que a população dos Estados Unidos<sup>13</sup>. Caso persista esse padrão, cerca de 100 milhões dos homens morrerão em consequência do uso do tabaco<sup>14</sup>. Além disso, estima-se que o tabagismo seja o maior responsável pela morte por tuberculose na China<sup>15</sup>.

No Japão, no ano de 2004, segundo publicação da *American Cancer Society*, cerca de 47% da população masculina com 20 anos ou mais era fumante<sup>13</sup>. Na Austrália, nesse mesmo ano, existiam cerca de 3 milhões de fumantes, o que representava 18% da população acima de quatorze anos. O uso do tabaco foi responsável por 12% do total das doenças e 20% das mortes nesse país<sup>16</sup>.

Segundo Fiore *et. al.*<sup>17</sup>, o tabagismo vem sendo considerado como a principal causa evitável de adoecimento e morte nos Estados Unidos, representando cerca de 435 mil mortes/ano. Apesar da observância do uso constante do tabaco na grande maioria de outros países desenvolvidos, foi constatada uma queda na prevalência de fumantes nesses países.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição<sup>18</sup>, realizada em 1989 com indivíduos de áreas urbana e rural, com idade acima de dezoito anos, estimou o percentual de fumantes em 34,8%. Em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde<sup>19</sup>, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz também com população urbana e rural, com idade acima de dezoito anos, mostrou uma prevalência de fumantes de 22,4%. Em 2007, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde realizou, em parceria com a Universidade de São Paulo, uma pesquisa por telefone em domicílios de 26 capitais, com indivíduos acima de 18 anos de idade, a qual constatou uma prevalência de fumantes de 16,2%<sup>20</sup>.

Outro aspecto relevante a ser considerado sobre o tabagismo é a poluição tabagística ambiental (PTA), oriunda da fumaça dos derivados do tabaco em ambientes fechados. Assim, o tabagismo também é responsável por prejudicar indivíduos não fumantes, dando origem ao tabagismo passivo, definido pela inalação da fumaça do tabaco por indivíduos não fumantes que convivem com fumantes em ambientes fechados. Ele é a terceira maior causa de morte evitável no mundo, subsequente ao tabagismo ativo<sup>4</sup>.

Indivíduos não fumantes que absorvem a fumaça do tabaco por conviverem com fumantes têm um risco 30% maior de desenvolverem câncer de pulmão e 24% maior de sofrerem infarto do coração, em relação àqueles não expostos à poluição tabagística ambiental. Também são observadas, em bebês e crianças, maior frequência de resfriados, infecções de ouvido médio, doenças respiratórias como pneumonia, bronquite e asma, e maior risco de apresentarem doenças pulmonares até um ano de idade, forma proporcional ao número de fumantes que vivem no mesmo domicílio<sup>21</sup>.

Um estudo pioneiro, realizado no Brasil em 2008<sup>22</sup>, relaciona o risco atribuível do tabagismo passivo ao aumento da mortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Em suas conclusões, estima que 25 das mil mortes ocorridas por ano em áreas urbanas são devidas ao tabagismo passivo.

Nesse contexto, é importante considerar também os custos tangíveis e intangíveis atribuídos ao uso do tabaco. Collins e Lapsley<sup>23</sup> desagregaram esses custos com o objetivo de estimar o impacto do uso do tabaco na economia, na sociedade e nos indivíduos. Os custos tangíveis, aqueles mensuráveis, recaíram sobre diversos fatores: o sistema de saúde; a produção de trabalho dos indivíduos; o sistema previdenciário (pensões e aposentadorias)

e o meio ambiente (poluição ocasionada pela fumaça do tabaco, entre outros). Destaca-se, como referência a custos tangíveis, um estudo realizado em 2006 sobre doenças tabaco-relacionadas no SUS, que observou o custo médio de assistência a um paciente com câncer de pulmão em estágio IV equivalente a R\$ 40.546,08, confirmando, assim, a elevada carga econômica do tabagismo sobre os sistemas de saúde<sup>24</sup>. Já os custos intangíveis, aqueles difíceis de serem mensurados, foram configurados pela morte e o sofrimento de fumantes, ex-fumantes e familiares.

Estima-se que nos Estados Unidos o custo anual com tabagismo tenha sido de US\$96 bilhões em despesas médicas e US\$97 milhões com perdas de produtividade no trabalho<sup>17</sup>. Na China, são registrados mais de 1 milhão de mortes ao ano e EU\$9 milhões relativos à perda de produtividade no trabalho a cada ano<sup>15</sup>.

Portanto, o processo de disseminação do tabagismo requer dos governos investimentos em uma política para controle do tabaco que seja abrangente, envolvendo entre outros aspectos: a regulação sobre os produtos do tabaco; a proteção à população, em especial quanto à exposição passiva à fumaça do tabaco; a garantia às populações do acesso aos métodos para deixar de fumar; e a melhoria das informações aos consumidores de tabaco.

## **1.2 A complexidade da política de saúde e o controle do tabaco**

Os sistemas de saúde apresentam especificidades e são considerados fundamentais nos Estados de Bem Estar Social consolidados. No conjunto das reformas recentes dos países, observa-se que tais sistemas estão sujeitos às interferências do novo cenário da economia mundial, em que as pressões geradas para contenções de custo levam a indagações sobre a sustentabilidade das políticas de saúde. Esses questionamentos advêm dos avanços tecnológicos e da alteração no perfil epidemiológico e demográfico das populações, que ocasionam um gasto maior em saúde nos países desenvolvidos<sup>25</sup>.

Freeman e Moran<sup>26</sup>, ao analisarem as reformas ocorridas na política de saúde em alguns países europeus, mostraram que estas tiveram um papel importante na reestruturação dos sistemas de proteção social, devido a sua relevância na conformação das economias capitalistas. Isso se reflete na relação encontrada entre as três dimensões apontadas pelos autores na composição da política de saúde: (a) a dimensão da proteção social, que compreende as questões sobre o direito à saúde, os cuidados com a saúde e a procura por cuidados médicos; (b) a dimensão política da saúde, na qual a saúde se apresenta como objeto de conflito entre os diferentes tipos de atores que utilizam os

serviços de saúde, os que a mantêm, os que a provêem, os que a pagam e os que a regulam; e (c) a dimensão econômico-industrial da saúde, que diz respeito a um complexo mercado formado por vários setores da indústria, envolvendo expressivo número de empregos, insumos e tecnologias.

A abordagem de Freeman e Moran<sup>26</sup> oferece uma contribuição relevante para a análise das políticas de saúde, ao enfatizar a importância e a indissociabilidade das três dimensões. As transformações na política de saúde podem ser mais bem entendidas à luz da proposta analítica desses autores.

Dessa forma, as mudanças instituídas nos sistemas de proteção social devem ser compreendidas como argumentos primordiais para a estruturação das ações de controle do tabaco na dimensão do direito à saúde, por sua caracterização como um problema de saúde pública, cujo enfrentamento exige inovações no modelo de atenção e maior articulação entre a promoção, a prevenção e o tratamento do tabagismo.

Além disso, a complexidade da política de saúde, no que se refere à dimensão econômica<sup>i</sup>, também se expressa na estruturação de uma política de controle do tabaco. Os interesses da indústria fumageira envolvem vários aspectos da economia (como geração de emprego, consumo e comércio ilegal, entre outros), bem como da indústria de fármacos, para a qual o tabagismo vem despertando, no mercado mundial, um interesse cada vez maior. Vários medicamentos estão sendo desenvolvidos e lançados no mercado a cada ano, atraindo, inclusive, o mercado de vacinas.

No que concerne à dimensão de poder, a implementação de uma política para o controle do tabaco deve envolver as três esferas de governo, considerando as articulações necessárias entre elas. Um modelo de gestão adequado para essa política deve integrar tanto o conhecimento quanto a experiência, a fim de possibilitar a solução de problemas das instituições por meio do desenvolvimento de novas modalidades de parcerias. Estas, por sua vez, deverão estar atreladas a um processo de negociação, às regras de atuação, à interação na distribuição de recursos, à construção de processos coletivos de decisão, bem como ao estabelecimento de prioridades e de mecanismos de acompanhamento<sup>25</sup>.

O Quadro 1.1 resume os principais aspectos referentes às três dimensões de uma Política de Controle do Tabaco: proteção social, política e econômica.

---

<sup>i</sup> Atualmente tem-se observado uma maior valorização da dimensão econômica na política de saúde, destacando a articulação entre saúde e desenvolvimento, como nos estudos de Viana e Elias<sup>27</sup> e Gadelha<sup>28</sup>

Quadro 1.1 – Dimensões de uma Política de Controle do Tabaco.

Dimensões da Política	Eixos do Controle do Tabaco
<b>Proteção Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento da promoção da saúde;</li> <li>- Divulgação de informações relevantes sobre o tabagismo;</li> <li>- Acesso às ações de promoção e tratamento.</li> </ul>
<b>Política</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questão federativa;</li> <li>- Relações Executivo/Legislativo;</li> <li>- Relação com os movimentos sociais e ONGs.</li> </ul>
<b>Econômica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de regulação da propaganda, da promoção e do patrocínio do tabaco;</li> <li>- Regulação da venda dos produtos de tabaco (preço e impostos);</li> <li>- Relação com produtores da indústria fumageira;</li> <li>- Relação com agricultores;</li> <li>- Repressão ao comércio ilícito;</li> <li>- Regulação do consumo (ambientes livres da fumaça do tabaco).</li> </ul>

Fonte: elaboração própria.

### 1.3 Ações dos governos para controle do tabaco

#### 1.3.1 A experiência dos países no controle do tabaco

Em 1974, a Organização Mundial da Saúde, diante de vários relatórios que apontavam os malefícios do uso do tabaco, convocou o comitê de peritos para apresentar e atualizar as informações sobre o tabagismo. Como resultado dessa reunião foi recomendado para cada país membro um conjunto de medidas legislativas, operacionais, educativas e sanitárias com o objetivo de “combater” as conseqüências do tabaco para a saúde da população<sup>29</sup>.

No ano de 1980, para comemorar o Dia Mundial da Saúde, foi escolhido o tema “Tabaco ou Saúde: a escolha é sua”, sendo apontado o tabagismo como a maior causa evitável de doença no mundo. Esse movimento fez com que vários países passassem a ter noção do problema, promulgando várias leis de âmbito nacional para combater o tabagismo. Dentre essas, citam-se as de proibição da propaganda de produtos do tabaco e de proteção aos adultos não fumantes e às crianças, por meio de campanhas educativas. Dentre os países que adotaram medidas para controlar o tabagismo, pode-se citar a Inglaterra, Austrália, Estados Unidos, Suíça, França, entre outros<sup>29</sup>.

A 33ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1980, reforçou a importância da OMS em recomendar aos países o início e a intensificação de estratégias para controle do

tabagismo. As estratégias deveriam ser educativas, direcionadas aos jovens e de proibição ou de restrição da propaganda dos produtos do tabaco.

Os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) haviam vivenciado grandes aumentos no consumo dos produtos do tabaco em períodos anteriores. No entanto, na década de 1980, alguns conseguiram alcançar uma redução no consumo a partir de ações diferenciadas. O Reino Unido, o Canadá e os Estados Unidos comandaram a corrida para a redução do consumo, mas foi somente na segunda metade da década de 90 que as ações de controle começaram a mostrar resultados mais efetivos, com muitos países da OCDE experimentando acentuadas reduções nos níveis de consumo *per capita*<sup>7</sup>.

Em 1987 o governo federal do Canadá lançou sua primeira estratégia nacional para redução do tabagismo. Essa estratégia compreendia medidas contra os produtos do tabaco e ações educativas para proteger a saúde dos jovens. Como uma das medidas adotadas, pode-se mencionar o aumento da taxa de impostos. No ano seguinte, esse país publicou uma lei federal proibindo fumar em instituições públicas<sup>30</sup>, sendo também pioneiro na instituição de advertências sobre os malefícios do tabaco nos maços de cigarro<sup>31</sup>.

A partir de inquéritos realizados sobre a prevalência de fumantes no país, o Canadá adotou em 1999 medidas para reduzir o consumo de tabaco e do contrabando e para restringir a venda de produtos do tabaco a menores de idade<sup>32</sup>.

Na Austrália se evidenciou que ao longo dos anos as ações para controle do tabagismo vêm promovendo mudanças no comportamento e no estilo de vida da população<sup>16</sup>, que se refletem na redução da prevalência. Os desafios para conter a epidemia do tabaco, porém, envolvem ações abrangentes.

O Banco Mundial, a partir do reconhecimento dos efeitos nocivos do cigarro sobre a saúde, divulgou em 1992 sua política para controle do tabaco, destacando-se cinco pontos: (a) não conceder empréstimos diretos e indiretos à produção, manufatura ou comercialização do fumo; (b) não investir diretamente nessas atividades; (c) incentivar e apoiar a substituição da fumicultura por outras lavouras; (d) não conceder incentivos para máquinas ou acessórios à cultura do fumo; (e) estimular instituições e governos, setores públicos e privados a seguirem seus exemplos<sup>31</sup>.

A OMS, seguindo a proposta do Banco Mundial, nomeou algumas medidas para redução do lucro das indústrias fumageiras que gerariam uma melhoria na condição de saúde da população: (a) aumentar o preço dos produtos derivados do tabaco, alterando a taxa de desses produtos; (b) aumentar a taxa de seus lucros; (c) criar fundos para se

contrapor à publicidade da indústria fumageira; (d) proibir a propaganda de cigarros; (e) obrigar a indústria a cobrir os custos da regulamentação; e (f) suprimir todas as subvenções governamentais à produção, exportação e comercialização de produtos do tabaco<sup>29</sup>.

Assim, diante das evidências sobre os malefícios do tabagismo e de estudos que ofereciam orientações claras sobre os meios eficazes de redução do tabagismo, vários países passaram a considerá-lo como um problema de saúde pública, formulando políticas específicas para seu controle, por meio de medidas consideradas eficazes para redução da demanda. Essas medidas incluíram ações educativas para prevenção da iniciação; regulação sobre os produtos do tabaco e propaganda; restrição de fumar em locais públicos; apoio à cessação de fumar, entre outras<sup>7</sup>.

### **1.3.2 Convenção-Quadro para Controle do Tabaco**

Em 1999, durante a 52<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde, os países membros das Nações Unidas sugeriram a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública voltado para o tabagismo. Trata-se da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)<sup>33</sup>, que aborda um conjunto de medidas cujo objetivo principal é conter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde.

Por quatro anos, 192 países elaboraram várias redações sobre o texto dessa Convenção até chegarem a um consenso, aprovado por unanimidade em maio de 2003 na 56<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde, instituindo-se a CQCT. O Brasil foi o segundo país a assinar o texto aprovado, firmando o compromisso junto com outros Estados Membros de proteger a população mundial e suas gerações futuras das devastadoras conseqüências do consumo de tabaco.

Ressalte-se que para tornar-se Parte da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco é necessário que cada país ratifique sua adesão, o que na maioria das vezes exige a aprovação prévia em seus Parlamentos ou Congressos Nacionais. A Convenção passou a vigorar em fevereiro de 2005, noventa dias após ter completado 40 ratificações. Até o ano de 2008, a CQCT foi ratificada por 160 países, dentre esses o Brasil.

A adoção de medidas da CQCT é importante para o cumprimento de obrigações tais como: elaboração e atualização de políticas de controle do tabaco em conformidade com a Convenção e seus Protocolos; estabelecimento de mecanismos de coordenação nacional; cooperação com outros países e proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria fumageira. Algumas medidas merecem destaque, sendo elas voltadas para: redução da demanda por tabaco; redução da oferta por produtos do tabaco;

proteção ao meio ambiente; questões ligadas à responsabilidade civil, à cooperação técnico-científica e ao intercâmbio de informação<sup>31</sup>.

Dentre os artigos e protocolos que compõem a CQCT a serem cumpridos por todos os países que a ratificaram, destacam-se os Artigos 5 e 14:

[...] Art. 5 – Obrigações Gerais

1 – Cada parte formulará, aplicará e atualizará periodicamente e revisará estratégias, planos e programas nacionais multissetoriais integrais de controle do tabaco, de conformidade com as disposições da presente Convenção e dos protocolos aos quais tenham aderido.

2 – Para esse fim, as Partes deverão, segundo as suas capacidades:

(a) Estabelecer ou reforçar e financiar mecanismos de coordenação nacional ou pontos focais para controle do tabaco; e

(b) Adotar e implementar medidas legislativas, executivas e administrativas e/ou outras medidas e cooperar, quando apropriado, com outras Partes na elaboração de políticas adequadas para prevenir, reduzir o consumo de tabaco, a dependência à nicotina e a exposição à fumaça do tabaco.

3 – Ao estabelecer e implementar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes agirão para proteger essas políticas dos interesses comerciais ou outros interesses garantidos para a indústria do tabaco, em conformidade com a legislação nacional.

4 – As Partes cooperarão na formulação de medidas, procedimentos e diretrizes propostos para implementação da Convenção e dos protocolos aos quais tenham aderido.

5 – As Partes cooperarão, quando apropriado, com organizações intergovernamentais internacionais e regionais e com outros órgãos competentes para alcançar os objetivos da Convenção e dos protocolos aos quais tenham aderido.

6 – As Partes cooperarão, tendo em conta os recursos e os meios à sua disposição, na obtenção de recursos financeiros para implementação efetiva da Convenção por meio de mecanismos de financiamento bilaterais e multilaterais.

[...]

Art. 14 – Medidas para redução de demanda relativa à dependência e ao abandono do Tabaco

1. Cada Parte elaborará e divulgará diretrizes apropriadas, completas e integradas, fundamentadas em provas científicas e nas melhores práticas, tendo em conta as circunstâncias e prioridades nacionais, e adotará medidas eficazes para promover o abandono do consumo do tabaco, bem como o **tratamento adequado à dependência do tabaco**.

2. Para esse fim, cada Parte procurará:

(a) criar e aplicar programas eficazes de promoção do abandono do consumo do tabaco em locais tais como as instituições de ensino, as unidades de saúde, locais de trabalho e ambientes esportivos;

(b) incluir o diagnóstico e o **tratamento da dependência do tabaco, e serviços de aconselhamento para o abandono do tabaco** em programas, planos e estratégias nacionais de saúde e educação, com a participação, conforme apropriado, de profissionais da área da saúde, agentes comunitários e assistentes sociais;

(c) estabelecer, nos centros de saúde e de reabilitação, programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e **tratamento da dependência do tabaco**; e

(d) colaborar com outras Partes para facilitar a acessibilidade e exequibilidade dos **tratamentos de dependência do tabaco**, incluídos produtos farmacêuticos, em conformidade com o artigo 22. Esses produtos e seus componentes podem incluir medicamentos, produtos usados para administrar medicamentos ou para diagnósticos, quando apropriado. [...]<sup>32</sup>

No texto dos artigos mencionados anteriormente, observa-se o tratamento do fumante como uma das medidas para redução da demanda e para redução das doenças tabaco-relacionadas. No entanto, sua inserção nas políticas para controle do tabagismo já havia se dado em alguns países na década de 1980.

Dado que o tratamento do fumante é objeto desta dissertação, serão abordadas no próximo item as questões específicas relativas ao tratamento do fumante.

## **1.4 O tratamento do fumante e a eficácia da cessação de fumar**

### **1.4.1 O “estado da arte” do tratamento do fumante**

Na década de 60, diante das evidências sobre o malefício do tabagismo, vários médicos já utilizavam a abordagem clínica e medicamentos para auxiliar os fumantes a pararem de fumar. As taxas de cessação variavam e as de maior sucesso estavam baseadas na decisão dos próprios fumantes<sup>29</sup>.

Estudos iniciais também abordaram a possibilidade de predisposição genética do indivíduo ao tabagismo. Em 1975 a 3ª Conferência Mundial de Fumo e Saúde, que ocorreu em Nova York patrocinada pela *American Cancer Society* e *National Cancer Institute*, enfatizou a necessidade de compreensão dos mecanismos a que o fumante está condicionado<sup>29</sup>.

A dependência à nicotina está inserida no código F17.2 do CID 10<sup>8</sup>. Essa dependência envolve a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos ou condicionantes, personalidade e condições sociais. A justificativa para o uso do cigarro em geral está relacionada busca da melhoria do humor ou do funcionamento geral do organismo<sup>34</sup>. Isso por que a nicotina é uma droga psicoestimulante. O processo farmacológico da nicotino-dependência é semelhante ao da cocaína e ao da heroína. Todas são drogas que liberam dopamina e aumentam a produção de norepinefrina. A nicotina age sobre os centros mesolímbicos, dopaminérgicos, colinérgicos e núcleos *accumbens* promovendo, com isso, o aumento e a liberação de dopamina e de outros hormônios psicoativos, que levam à dependência pelas propriedades euforizantes e ansiolíticas<sup>35</sup>.

Em 1982 a *American Cancer Society* publicou um manual<sup>36</sup> com o objetivo de auxiliar os fumantes a deixarem de fumar, por meio de informações sobre a dependência à nicotina e de estratégias para a cessação de fumar. O programa proposto continha sessões de grupo, com duração de uma hora e meia, realizada duas vezes por semana, totalizando quatro sessões. Os temas abordados eram sobre comportamentos, pensamentos e

sentimentos do fumante, utilizando a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças sem, no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Cada sessão possuía um tema definido e incluía quatro etapas: (a) atenção individual; (b) estratégias e informações; (c) revisão e discussão; e (d) tarefas.

Assim, a literatura que aborda o tabagismo na perspectiva da criação da dependência argumenta que a abordagem direta ao fumante deve combinar intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Esse tipo de abordagem comportamental é muito utilizado no tratamento das dependências químicas, baseando-se na detecção de situações de risco que possam levar à recaída. Por isso, o desenvolvimento de estratégias para enfrentamento, tais como o estímulo ao autocontrole e ao automanejo, é essencial nessa abordagem para que o indivíduo possa aprender a lidar com as armadilhas do ciclo da dependência e possa se tornar agente de mudança de seu próprio comportamento<sup>37</sup>.

No entanto, vale destacar que há limitações na abordagem comportamental, visto que o tabagismo pode estar associado a fatores culturais, sociais e a influências econômicas.

Fiore *et. al.*<sup>38</sup> realizaram estudos de meta-análise sobre o tratamento da dependência à nicotina quanto à abordagem cognitivo-comportamental (sessões individual ou em grupo) e o uso de medicamentos. No estudo sobre a eficácia e os resultados em termos de taxa de abstinência por meio de abordagens individuais, observaram que para qualquer duração da abordagem, ocorreu um aumento na taxa de abstinência. A associação de abordagens até o máximo de quatro sessões levou a um aumento significativo na taxa de cessação. No entanto, quanto maior o tempo total da abordagem, maior foi a taxa de abstinência, desde que este não ultrapassasse 90 minutos. Cada uma das quatro abordagens teve como objetivo preparar o indivíduo para solucionar seus problemas e para lidar com situações de *stress*; estimular o desenvolvimento de habilidades para resistir às tentações de fumar; e preparar o indivíduo para evitar a recaída.

Assim, o tratamento do fumante envolve métodos que vão desde uma abordagem designada como mínima (aconselhamento breve de até dez minutos) até uma abordagem intensiva (aconselhamento mais longo). A abordagem mínima é um método que busca mudar o comportamento dos indivíduos, por meio de treinamento de intervenções cognitivas, para que possam tornar-se agentes de sua própria mudança<sup>38</sup>.

Já a abordagem intensiva consiste em dedicar um tempo maior, cerca de 90 minutos, para o aconselhamento, podendo ser feita individual ou em grupo. É um tipo de

abordagem mais específica que prepara o fumante para enfrentar situações-problema; desenvolver habilidades para resistir à vontade de fumar; prevenir a recaída e lidar com situações de tensão. É apropriada para qualquer usuário de tabaco que esteja motivado a participar desse tipo de abordagem. Além disso, mesmo os pacientes que não apresentam um grau de motivação para deixar de fumar, relatam um aumento na sua motivação após uma abordagem ou aconselhamento intensivo.

O Quadro 1.2 mostra os resultados de uma meta-análise feita a partir de 43 estudos sobre a eficácia em termos de taxa de abstinência do método de abordagem cognitivo-comportamental por meio de sessões individuais.

Quadro 1.2 – Meta-análise: eficácia aferida a partir das taxas de cessação em diferentes níveis de intervenção (n = 43 estudos).

<b>Tipo de contato</b>	<b>Número de braços</b>	<b>Odds Ratio estimada (95% IC)</b>	<b>Taxa de abstinência estimada (95% IC)</b>
Nenhum aconselhamento	30	1	10,9
Aconselhamento mínimo (menor que 3 minutos)	19	1,3 (1,01 – 1,6)	13,4 (10,9 – 16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 a 10 minutos)	16	1,6 (1,2 – 2,0)	16,0 (12,8 – 19,2)
Aconselhamento de maior intensidade (maior que 10 minutos)	55	2,3 (2,0 – 2,7)	22,1 (19,4 – 24,7)

Fonte: adaptado de Fiore *et al.* 2000.

A abordagem mínima possui eficácia aferida em termos de taxa de cessação de 13,4%. A implementação desse tipo de abordagem por profissionais e serviços de saúde pode fazer a diferença ao aumentar a motivação e favorecer uma parada futura do fumante. A referida meta-análise aponta que 70% dos usuários de tabaco procuram o serviço médico e mais de 50% vão ao dentista a cada ano. Isto reforça a relevância dos profissionais de saúde em assistir os pacientes que desejam parar de fumar ou motivar os que ainda não pensam em parar de fumar. A abordagem intensiva possui eficácia e taxa de cessação de 22,1%. Em geral, quanto mais intensiva é a abordagem e quanto maior o número de profissionais de saúde envolvidos nessa estratégia, maior é a taxa de abstinência<sup>17</sup>.

O uso de medicamento no tratamento do fumante tem sido mais eficaz em pacientes que apresentam um grau elevado de dependência à nicotina, visto que os sintomas da abstinência são mais fortes nesse tipo de fumante. No entanto, o apoio medicamentoso não deve ser administrado desatrelado da abordagem comportamental, pois esta tem a finalidade de ajudá-lo a lidar com a dependência psicológica e a dissociar as situações comportamentais relacionadas ao ato de fumar<sup>38</sup>.

Estudos realizados sobre a eficácia do uso de medicamentos na cessação de fumar referenciam alguns medicamentos, tais como nicotínicos e não nicotínicos. Os medicamentos nicotínicos, denominados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), 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). Segundo Fiore *et al.* 2000<sup>38</sup> e 2008<sup>17</sup> esses medicamentos apresentam “força de evidência A” no tratamento do fumante.

O uso de medicamentos é importante e tem um papel bem definido na cessação de fumar, que é o de minimizar os sintomas da síndrome da abstinência da nicotina, propiciando maior adesão à abordagem cognitivo-comportamental. Esses medicamentos não devem ser administrados isoladamente, pois a combinação de abordagem comportamental e medicamentosa aumenta a taxa de abstinência se comparada com a abordagem comportamental, ou a medicamentosa isolada<sup>39</sup>. O Quadro 1.3 apresenta o resultado de uma meta-análise feita com dezoito estudos que indicam um resultado significativamente melhor na cessação quando se faz uso desta combinação.

Quadro 1.3 – Meta-análise: eficácia em termos de taxa de cessação para combinação de medicação versus medicação e abordagem (n=18).

Tratamento	Número de braços	Odds Ratio estimada (95% IC)	Taxa de abstinência (95% IC)
Somente medicação	8	1	21,7
Medicação e abordagem (aconselhamento)	1	1,4 (1,2 – 1,4)	27,6 (25,0 – 30,3)

Fonte: adaptado de Fiore *et al.* 2008.

Os critérios para a utilização de medicamentos são os seguintes:

- (a) fumantes pesados, considerados como aqueles que fumam 20 ou mais cigarros por dia; ou
- (b) fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo dez cigarros por dia ; ou
- (c) fumantes com Teste de Fargerström<sup>ii</sup>, igual ou maior que cinco;

<sup>ii</sup> O Teste de Fargerström consiste na aplicação de um questionário que é utilizado para saber o grau de dependência à nicotina do fumante. A soma de pontos obtidos no teste define o grau de dependência. De 0 a 2 pontos: muito baixo; de 3 a 4 pontos: baixo; de 5 a 7 pontos: moderado e acima de 7 pontos: elevado.

(d) fumantes que já tentaram parar anteriormente apenas com abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, face aos sintomas da abstinência; e

(e) não apresentar contraindicações clínicas ao medicamento.

Os medicamentos relacionados no Quadro 1.4 foram considerados eficazes no tratamento da dependência à nicotina e aprovados pelo *US Food and Administration* – FDA para esse uso. No Brasil, os medicamentos não nicotínicos (cloridrato de bupropiona, nortriptilina, clonidina e vareniclina) e os medicamentos nicotínicos (adesivo transdérmico e goma de mascar) foram aprovados para uso pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Os estudos de meta-análise anteriormente mencionados mostraram que o tratamento do tabagismo é eficaz em relação às doenças tabaco-relacionadas e para a redução de demanda<sup>17</sup>. Assim, as políticas para controle de tabaco devem prever também estratégias que identifiquem os fumantes a fim de oferecer tratamento para os que desejam parar de fumar.

Quadro 1.4 – Eficácia em termos de taxas de cessação dos vários medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo (n=80).

<b>Farmacoterapia</b>	<b>Número de braços</b>	<b>Odds Ratio estimada (95% IC)</b>	<b>Taxa de abstinência estimada (95% IC)</b>
Placebo	80	1	13,8
<b>Monoterapias</b>			
Vareniclina (2 mg/dia)	5	3,1 (2,5 – 3,8)	33,2 (28,9 – 37,8)
Nicotina nasal spray	4	2,3 (1,7 – 3,0)	26,7 (21,5 – 32,7)
Adesivo de Nicotina (dose alta mais que 25mg)	4	2,3 (1,7 – 3,0)	26,5 (21,3 – 32,5)
Longo tempo de goma de nicotina (mais de 14 semanas)	6	2,2 (1,5 – 3,2)	26,1 (19,7 – 33,6)
Vareniclina (1 mg/dia)	3	2,1 (1,5 – 3,0)	25,4 (19,6 – 32,2)
Spray de nicotina	6	2,1 (1,5 – 2,9)	24,8 (19,1 – 31,6)
Clonidina	3	2,1 (1,2 – 3,7)	25,0 (15,7 – 37,3)
Bupropiona	26	2,0 (1,8 – 2,2)	24,2 (22,2 – 26,4)
Adesivo de nicotina (6-14 semanas)	32	1,9 (1,7 – 2,2)	23,4 (21,3 – 25,8)
Adesivo de nicotina (mais de 14 semanas)	10	1,9 (1,7 – 2,3)	23,7 (21,0 – 26,6)
Nortriptilina	5	1,8 (1,3 – 2,6)	22,5 (16,8 – 29,4)
Goma de nicotina (6-14 semanas)	15	1,5 (1,2 – 1,7)	19,0 (16, – 21,9)

Fonte: adaptado de Fiore *et al.* 2008.

A fim de conhecer o perfil de fumantes que procuravam os serviços de saúde para cessação de fumar no Brasil foi realizada uma análise de estudos científicos relacionados

no Quadro 1.5. Estes mostraram uma variação no grau de dependência à nicotina dos pacientes atendidos de moderada (63,7%) a grave (75,4%).

Quadro 1.5 – Estudos brasileiros sobre o grau de dependência à nicotina.

Autores	Periódico	Ano de publicação	Ano do estudo	Descrição da população estudada	Teste Fagerström
Otero <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública	2006	2001	População residente do Rio de Janeiro que buscou apoio para deixar de fumar.	de muito baixo a baixo: 24,6% de médio a muito elevado: 75,4%
Santos <i>et al.</i>	J Bras Pneumol.	2008	2002	Fumantes atendidos no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo)	média: 6,2 +/- 2,1 (0,0-10,0)
Szklo; Otero	Rev. Saúde Pública	2008	2002; 2002/2003	Comparação entre dados de ensaio clínico e inquérito domiciliar	s/inf. Outro: fuma cigarro nos primeiros 5 min. após acordar: 47,3 - 25,3 nº cigarros fumados por dia (>=21): 46,9 - 14,1
Echer; Barreto	Ver. Latino-Am. Enfermagem	2008	s/inf	16 indivíduos com Fagerström >= 5, que pararam de fumar há mais de 6 meses.	score médio 7,4
Sales <i>et al.</i>	J. Bras. Pneumol.	2006	2002 a 2005	Pacientes que desejaram deixar de fumar em Ambulatório de Apoio ao Tabagista do Hospital de Messejana.	score >= 5 (77,6%)
Spiandorello <i>et al.</i>	J. Bras. Pneumol.	2007	s/inf	Alunos tabagistas que participaram do programa de tratamento do tabagismo (14) x que não procuraram (108)	médio: 4,07 x 2,38
Haggsträm <i>et al.</i>	J. Bras. Pneumol.	2001	1999/2000	Fumantes que procuraram o AAAT-PUCRS para deixar de fumar	leve: 27,2% moderada: 50,2% grave: 22,6%
Chatkin <i>et al.</i>	Int.Ntj Tuberculung Dis.	2006	1999/2001	Pacientes não internados fumantes do Hospital São Lucas da PUCRS	leve: 22,0% moderada: 49,1% grave: 28,9%

Continuação

Quadro 1.5 – Estudos brasileiros sobre o grau de dependência à nicotina.

Autores	Periódico	Ano de publicação	Ano do estudo	Descrição da população estudada	Teste Fagerström
Figlie <i>et al.</i>	São Paulo Med J/Rev Paul Med	2000	1995	Pacientes internados	leve: 30% moderado: 44% grave: 26%
Halty; et al	J. Bras. Pneumol.	2002	2000/2001	Fumantes atendidos nas áreas de internação de Clínicas Médicas do HU e Santa Casa e no setor de Pneumologia do HU	muito baixa: 9,6% baixa: 16,6% média: 18,9% elevada: 34,6% muito elevada: 20,3%
Abe; Sandoval	XXXIII Cong. Bras. Pneu. Tisiologia	2006	2004	Pessoas atendidas em ambulatório de tabagismo	média 6,2
Sales <i>et al.</i>	XXXIII Cong. Bras. Pneu. Tisiologia	2006	2002/2005	Pacientes que desejaram deixar de fumar em Ambulatório de Apoio ao Tabagista do Hospital de Messejana	dependência grave: 37,8% dos homens e 26% das mulheres

Fonte: adaptado pelo INCA - Divisão de Controle do Tabagismo.

#### 1.4.2 Experiências internacionais no tratamento do fumante

No ano de 2003, a OMS apresentou resultados dos centros de saúde de Hong Kong, que ofereciam abordagem cognitivo-comportamental e medicamentos nicotínicos (TRN) gratuitamente, como um dos exemplos de medidas positivas na cessação do tabagismo. Foram acompanhados 989 pacientes por três meses, dos quais 90% fizeram uso de TRN, concomitante à abordagem cognitivo-comportamental. A taxa de cessação foi de 43% para os que utilizaram a TRN e de 29% nos pacientes que não utilizaram medicamento. Assim, a terapia combinada foi vista como um fator que favoreceu a aderência ao processo de cessação de fumar<sup>40</sup>.

Em 2007 na Inglaterra, o *National Health Service* (NHS), responsável pelo tratamento do tabagismo, publicou um relatório sobre os resultados do programa de cessação de fumar, no período de abril de 2006 a março de 2007. Todos os profissionais foram capacitados para oferecer abordagem cognitivo-comportamental e apoio medicamentoso com TRN e cloridrato de bupropiona para a população. Dos 598.454 fumantes atendidos, 83% receberam TRN; 5% fizeram uso de bupropiona; 1% fez uso de TRN e bupropiona; 6% não receberam qualquer ajuda medicamentosa e, para 5% desconhecia-se a forma de tratamento. A avaliação feita na quarta sessão de abordagem mostrou que do total de fumantes atendidos, 53% estavam sem fumar<sup>41</sup>.

Nos Estados Unidos, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) confirma que o tratamento para a cessação de fumar é eficaz com pelo menos quatro sessões de abordagem cognitivo-comportamental, com ou sem terapia farmacológica. Contudo, os serviços oferecem apoio aos fumantes para duas tentativas para deixar de fumar<sup>42</sup>.

Segundo a OMS<sup>43</sup>, os estudos realizados mostram que não se deve enfatizar essa ou aquela terapia, isto porque variam muito na sua eficácia, aceitabilidade e relação custo-efetividade. Os tratamentos farmacoterápicos tendem a exigir menos recursos humanos e a ser mais eficazes que as terapias comportamentais, mas podem ter um gasto maior de recursos financeiros. Cabe ressaltar que a abordagem mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, motivando e auxiliando a cessação de fumar. Outras abordagens complementares, feitas por telefone e por campanhas educativas, também podem auxiliar um público específico.

Cabe também analisar a experiência brasileira na conformação de um Programa Nacional de Controle de Tabagismo, o que será apresentado no próximo capítulo.

## Capítulo 2 – O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)

### 2.1. As ações de controle do tabagismo no Brasil: breve histórico pré-SUS

A primeira ação registrada para controle do tabagismo no Brasil foi em 1977, quando a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo realizou uma campanha interna com objetivo educacional. Para isso, foi elaborado o artigo “Tabagismo – Sério Problema de Saúde Pública”, publicado na revista da Universidade, que conclamava uma ação mais efetiva para conter a invasão do tabagismo no Brasil<sup>29</sup>.

Essa publicação gerou inúmeros pronunciamentos e manifestações de instituições, dentre essas universidades, bem como de profissionais da área da saúde e da educação. Em 1979, registra-se o movimento denominado Carta de Salvador, redigida por médicos do Estado da Bahia, intitulada “O tabagismo – Um novo desafio”. Essa Carta apontava para a magnitude do problema do tabagismo e propunha a inclusão de ações para controle no Plano Nacional de Saúde. Entre outros pontos, abordava a necessidade de um comando único, por meio de um Comitê Nacional, envolvendo várias instituições para proposição de estudos; participação no planejamento; desenvolvimento e avaliação dos resultados de campanhas de combate ao tabagismo<sup>29</sup>. Para tal, indicava ações efetivas visando:

- 1) acentuar a importância da boa saúde;
- 2) defender o direito dos não fumantes;
- 3) reduzir progressivamente o consumo *per capita*;
- 4) baixar o número de fumantes;
- 5) esclarecer a população sobre os malefícios do tabaco que fossem cientificamente indiscutíveis;
- 6) travar e restringir a produção de cigarros;
- 7) frear a propaganda das multinacionais;
- 8) proteger crianças e gestantes do convívio com fumantes;
- 9) baixar o teor de nicotina, alcatrão e monóxido de carbono dos cigarros;
- 10) interditar o uso de cigarro em instituições de saúde e de educação;
- 11) proibir a venda de cigarros a menores de 18 anos; e
- 12) criar um comitê nacional permanente para controle e possível erradicação do vício.

Ainda em 1979, seguindo as recomendações da OMS, a Associação Brasileira de Cancerologia elaborou, por iniciativa própria, o Programa Nacional de Combate ao Fumo, com o objetivo de contribuir para o controle de doenças cardiovasculares e do aparelho respiratório, por meio da prevenção e/ou redução da prática de fumar<sup>29</sup>.

Em 1985 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 655<sup>44</sup>, nomeou um grupo assessor 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: (a) implantar o Programa nas unidades federadas; (b) dimensionar a epidemia tabágica; (c) reduzir a prevalência de fumantes; e d) conseguir legislação de controle. Como metas o grupo assessor deveria:

- implantar o Programa em quinze estados até 1987 e nos demais até 1988;
- reduzir a prevalência do tabagismo em pelo menos 10% até dezembro de 1990; e
- conseguir legislação antitabágica, tendo como alvo a população não fumante.

No ano seguinte, foi promulgada a Lei Federal nº 7.488/86<sup>45</sup>, que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, a ser comemorado no dia 29 de agosto, por meio de campanha educativa para alertar a população para os malefícios advindos do uso do fumo. Em seguida, o grupo assessor encaminhou ao Presidente da República um Projeto de Lei de proteção aos não fumantes, proibindo fumar em recintos coletivos fechados oficiais e privados, de trabalho, lazer, saúde, educação e em veículos de transporte coletivo de qualquer natureza<sup>29</sup>. Tal projeto, somente aprovado em 1996, resultou na Lei Federal de nº 9.294<sup>46</sup>, em vigor até a presente data

## 2.2. A conformação do SUS e as implicações para o controle do tabagismo

Um movimento importante para a mudança da política de saúde no Brasil foi a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>iii</sup>, que passou a influenciar a organização de diversas políticas de saúde, incluindo a de controle do tabagismo.

Em 1988 foi publicada a nova Constituição Brasileira, que aborda na seção “Da Saúde” alguns aspectos fundamentais: o reconhecimento ao direito à saúde como direito de cidadania e como dever do Estado, a garantia do acesso universal e igualitário; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, com atenção integral à saúde e participação da comunidade<sup>47</sup>.

As Leis nº 8.080<sup>48</sup> e nº 8.142<sup>49</sup>, que regulamentam e dão conformidade ao arcabouço jurídico do SUS, estabeleceram os princípios de organização, estruturação, gestão e financiamento do sistema. Entre os princípios destacam-se: (a) universalidade de acesso aos serviços de saúde; (b) integralidade da assistência, entendida como integração das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas; (c) equidade na oferta e acesso; (d) descentralização política e administrativa, com direção única em cada esfera do governo; (e) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para organização e prestação dos serviços de saúde; e (f) participação da comunidade na gestão.

Visando expandir a cobertura assistencial para atender à sua diretriz de universalização do acesso da população ao sistema de saúde, o SUS buscou, cada vez mais, ser descentralizado na sua operacionalidade, embora com mecanismos de financiamento centralizados.

A descentralização política e administrativa acompanhada da diretriz de comando único em cada esfera de governo resultou na constituição de três níveis de gestão para o sistema de saúde: municipal, estadual e nacional. No entanto, a integralidade e a

---

<sup>iii</sup> Até o final da década de 70, o Brasil era caracterizado por políticas sociais que privilegiavam grupos específicos. O panorama da assistência à saúde no país era muito excludente. A população de baixa renda não se beneficiava da previdência e não tinha acesso fácil aos serviços de saúde, principalmente à assistência médico-hospitalar. Nos anos 80 começaram a surgir movimentos populares que reivindicavam melhores condições de saúde. Como resposta a essa pressão, ocorreu a expansão dos serviços municipais de saúde, que, entretanto, em função de um modelo de arrecadação tributária excessivamente centralizada na esfera federal, não dispunham de recursos suficientes para garantirem a prestação desses serviços. O movimento sanitário partiu da crítica ao sistema existente para propor uma agenda de reformas que resultaram no SUS.

hierarquização das ações de saúde induzem à geração de outros subsistemas como consequência da negociação intergestores, envolvendo múltiplos participantes como fruto dos acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e manutenção de uma unicidade no sistema<sup>50</sup>.

Todavia, a descentralização do sistema de saúde não garante o processo decisório de implementação de políticas nas instâncias do SUS e nem que as políticas sejam bem sucedidas, havendo ainda necessidade de investimento para o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central e dos subnacionais no encaminhamento da descentralização<sup>51</sup>. Deve-se considerar, porém, que o Brasil é um país continental, heterogêneo e desigual, com um sistema político federativo, no qual a União, os Estados e Municípios representam entes federativos autônomos e sem vinculação hierárquica. Assim, os municípios (poderes locais) vêm respondendo de forma mais direta pelo (in)sucesso de determinadas políticas, pois são diretamente responsáveis pela execução das ações de saúde.

Portanto, faz-se necessária a adoção de estratégias voltadas para o fortalecimento da gestão pública no âmbito estadual e municipal, a fim de permitir a superação das desigualdades e das dificuldades de acesso observadas no país.

Outro aspecto relevante na descentralização das políticas é a definição de competências para cada esfera de governo e a implementação de ações coordenadas que levem à articulação de padrões nacionais de política com decisões e parâmetros locais.

Uma melhor definição de responsabilidades nas três esferas de governo no âmbito do SUS foi outra proposição da Lei nº 8.080<sup>48</sup>. Isso implicou mudanças estruturais significativas no sentido de adequar a estrutura gerencial do Ministério da Saúde às novas atribuições e funções federais. Iniciaram-se, também, a discussão e o estabelecimento de políticas que orientassem o processo de descentralização da gestão e dos recursos financeiros para os municípios. Para atender a essa nova estrutura, o SUS passou a adotar a gestão pactuada entre as três esferas de governos: federal, estadual e municipal.

Atrelado a isso, há também um movimento de superar as distorções do modelo hospitalocêntrico anteriormente hegemônico, por meio de esforços de conformação de novos modelos de atenção que compreendam maior valorização da promoção da saúde e prevenção de doenças, fortalecimento da atenção primária em saúde e expansão de práticas extra-hospitalares<sup>52</sup>.

Nesse contexto, a promoção da saúde fortalece a idéia de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, tendo em seu escopo dois grupos de linhas de ação não excludentes. No

primeiro, as ações são dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, focando seus estilos de vida e localizando-os no ambiente familiar ou das culturas da comunidade em que se encontram. Os programas e ações tendem a se concentrar em componentes educativos relacionados aos riscos comportamentais cambiáveis, que se encontram sob o controle do indivíduo (por exemplo, hábito de fumar, dieta e atividade física). Já no segundo grupo, as ações baseiam-se na constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. A construção da saúde tem como produto um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. As atividades são voltadas ao coletivo e ao ambiente, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades<sup>53</sup>.

No que diz respeito ao tabagismo, ambas as vertentes da promoção da saúde são importantes, dado que o controle do tabagismo envolve uma gama de atividades específicas para as três esferas de governo.

Em síntese, a instituição do SUS trouxe mudanças relevantes com implicações na organização do controle do tabagismo e na concepção do direito à saúde, à medida que envolveu alterações na gestão do sistema de saúde nas três esferas de governo e no modelo de atenção à saúde.

### **2.3. O desenho e a regulamentação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no SUS**

Em 1991, num contexto de redefinição institucional, o Ministério da Saúde delegou ao INCA a organização das ações até então existentes para o controle do tabagismo sob a coordenação da Divisão de Pneumologia Sanitária de Doenças Crônico-Degenerativas. Tais ações ganharam mais impulso com a criação do PNCT que, coordenado pelo INCA, vem se estruturando ao longo do tempo, por meio da organização de ações sistemáticas, contínuas e abrangentes para o controle do tabaco.

O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Para isso, formularam-se os seguintes objetivos estratégicos: prevenção da iniciação ao tabagismo; proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco; e promoção e apoio à

cessação de fumar. Para atingi-los, são desenvolvidas ações educativas e novas iniciativas no âmbito da atenção a saúde, incluindo a inserção do tratamento do fumante no SUS.

Além disso, o Programa envolve iniciativas legislativas e econômicas. Dentre as primeiras destacam-se a regulação dos produtos de tabaco – no que concerne aos seus conteúdos, emissões, embalagens e atividades de propaganda – e do uso de produtos fumígenos em recintos coletivos.

A mobilização para a promoção de medidas legislativas e econômicas vem conferindo ao INCA a responsabilidade de assessoria técnica na elaboração de pareceres e de exposição de motivos que envolvem vários aspectos do tabagismo, a fim de subsidiar processos de negociação e projetos de lei. Além disso, desde 1996, o INCA vem exercendo a função de Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para as questões ligadas ao controle do tabaco na América Latina e nos países de língua portuguesa.

No que se refere à regulação dos produtos de tabaco, estudo econométrico realizado pelo INCA, em 1996, mostrou que o aumento de impostos e de preços do cigarro contribuiu para o fortalecimento das ações de controle do tabagismo e para a redução da prevalência de fumantes<sup>31</sup>. Atualmente, esse tema recebe especial atenção do Ministério da Saúde para o estabelecimento de uma política tributária que reflita, por meio do aumento de preços e impostos desses produtos, uma contribuição para reduzir a iniciação do consumo de tabaco em jovens.

A fim de que as ações do PNCT atinjam todo o território brasileiro, foi organizada uma rede nacional para gerenciamento regional, por meio de um processo de descentralização e de parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, seguindo a lógica do SUS. Hoje, nos 26 estados da Federação e no Distrito Federal, as secretarias de saúde possuem uma Coordenação do PNCT que, por sua vez, vem descentralizando as ações para os municípios.

Os primeiros convênios entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e as secretarias estaduais de saúde (SES) foram assinados em 1999, com o INCA atuando como intermediário. Pela primeira vez, esses convênios ofereceram a oportunidade para que os estados pudessem se 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<sup>54</sup>.

As atribuições dos gestores federais, estaduais e municipais na condução do PNCT estão descritas no Quadro 2.1

Quadro 2.1 – Classificação das atribuições das esferas de governo no PNCT.

Esferas de governo/órgãos	Funções/Atribuições
<p><b>Federal/Instituto Nacional de Câncer</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Subsidiar o Ministro da Saúde na formulação e planejamento do Programa;</li> <li>– Coordenar a formulação, aplicação e monitoramento de programas nacionais multissetoriais integrais em conformidade com as disposições da Convenção e dos (seus) protocolos;</li> <li>– Exercer o papel de secretaria executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro;</li> <li>– Divulgar a Política no SUS, nos demais Ministérios e outros órgãos do Poder Legislativo, Judiciário e Executivo;</li> <li>– Promover e coordenar a adoção e implementação de medidas legislativas, executivas, administrativas e/ou outras medidas, e cooperar, quando apropriado, com outras Partes;</li> <li>– Coordenar, articular, apoiar e monitorar a internalização do PNCT na Política Nacional de Saúde;</li> <li>– Coordenar, promover ou apoiar ações intersetoriais e pluri-institucionais de abrangência nacional, que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população e que estejam alinhadas às diretrizes e aos objetivos do PNCT relacionados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• à informação à população sobre as conseqüências sanitárias, a natureza aditiva e a ameaça mortal imposta pelo consumo e a exposição a fumaça do tabaco;</li> <li>• à prevenção da iniciação no tabagismo, promoção e apoio a cessação, para alcançar a redução do consumo de tabaco em qualquer de suas formas;</li> <li>• aos aspectos específicos de gênero, assim como, para proteção das populações indígenas, e de outros grupos populacionais sob maior vulnerabilidade de indução ao consumo dos produtos de tabaco;</li> <li>• à responsabilização civil e litígio pelos danos sociais e econômicos causados pelo consumo de tabaco;</li> <li>• à implementação de medidas da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco voltadas para a regulação dos produtos do tabaco; a restrição da propaganda, o patrocínio e a promoção destes produtos; o combate do mercado ilegal; as medidas de preços e impostos sobre o setor de fumo que sejam eficazes para redução do consumo; a proteção do controle do tabaco da interferência indevida da indústria do tabaco e/ou de organizações associadas à mesma;</li> <li>• à estruturação de um sistema de pesquisa, vigilância e intercâmbio de informações sobre o controle do tabaco.</li> </ul> </li> </ul>

Continuação

Quadro 2.1 – Classificação das atribuições entre as esferas de governo no PNCT

Esferas de governo/órgãos	Funções/Atribuições
<b>Federal/Instituto Nacional de Câncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Articular com outras áreas do governo a implementação do PNCT;</li> <li>– Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas para o controle do tabaco, garantindo tecnologias adequadas;</li> <li>– Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto do PNCT;</li> <li>– Promover a articulação com os Estados e os Municípios para apoio à implantação do PNCT;</li> <li>– Definir e apoiar as diretrizes de capacitação e educação contínua em consonância com as realidades locais/regionais;</li> <li>– Elaborar materiais educativos para profissionais envolvidos no controle do tabagismo e população em geral;</li> <li>– Elaborar e desenvolver sistema de informação para monitoramento das ações para o controle do tabaco;</li> <li>– Cooperar nacional e internacionalmente por meio de trocas de experiências do controle do tabaco;</li> <li>– Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo do controle do tabaco;</li> <li>– Coordenar, articular, apoiar e monitorar a internalização da política Nacional de Saúde (Pacto pela Saúde e Mais Saúde) e de Desenvolvimento (rural, educacional, etc.);</li> <li>– Buscar parcerias governamentais e não governamentais para potencializar a implementação do PNCT.</li> </ul>
<b>Federal/Secretaria de Vigilância à Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborar, coordenar e executar, em parceria com o INCA, pesquisas, estudos que componham sistemas de vigilância sobre controle do tabagismo.</li> </ul>
<b>Federal/Assessoria de Comunicação Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elaborar, coordenar e executar, em parceria com o INCA, materiais educativos para ações de controle do tabagismo.</li> </ul>
<b>Federal/Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adquirir e distribuir os medicamentos para cessação de fumar entre os municípios.</li> </ul>
<b>Federal/Secretaria Executiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordenar e monitorar o indicador de redução de prevalência do tabagismo.</li> </ul>
<b>Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Regular os produtos fumígenos derivados do tabaco (cigarros, charutos e outros produtos).</li> <li>– Fiscalizar o cumprimento da lei nº 9.294/94.</li> </ul>
<b>Estadual/Coordenações do Programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordenar a aplicação do programa estadual em conformidade com as disposições do PNCT;</li> <li>– Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite as ações e a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação do programa estadual;</li> <li>– Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas para o controle do tabagismo;</li> <li>– Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto do Programa no estado;</li> <li>– Alimentar o sistema de informação para monitoramento das ações de controle do tabagismo no âmbito do estado;</li> <li>– Promover a articulação com as regionais e seus municípios para apoio à implantação do Programa;</li> </ul>

Continuação

Quadro 2.1 – Classificação das atribuições entre as esferas de governo no PNCT.

Esferas de governo/órgãos	– Funções/Atribuições
<b>Estadual/Coordenações do Programa</b>	– Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo do controle do tabaco.
<b>Municipal/Coordenações do Programa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordenar a aplicação do programa municipal em conformidade com as disposições do PNCT;</li> <li>– Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite as ações e a alocação de recursos orçamentários e financeiros para a implementação do programa municipal;</li> <li>– Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas para o controle do tabagismo;</li> <li>– Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto do Programa no Município;</li> <li>– Alimentar o sistema de informação para monitoramento das ações de controle do tabagismo no âmbito municipal;</li> <li>– Promover a articulação com unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho para implantação do Programa;</li> <li>– Divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo do controle do tabaco.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria a partir de vários documentos federais do MS e do INCA.

Ao longo da existência do PNCT foi construído um marco legal e normativo de regulamentação (Quadro 2.2.). No entanto, apesar de o país apresentar uma legislação forte para controle do tabaco, ressalta-se a importância do envolvimento de diversos atores no processo de construção e cumprimento da legislação, visto que a *British American Tobacco* (representada no Brasil pela companhia Souza Cruz) e a *Philips Morris* dominam o mercado brasileiro de tabaco e possuem estratégias que se contrapõem às ações de controle do tabagismo adotadas no país. Essas empresas estão atentas às políticas do governo para atuarem de maneira global e de forma eficaz no enfrentamento das políticas<sup>55</sup>.

Um aspecto relevante para o controle do tabagismo foi a instituição da Comissão para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ), criada por meio de Decreto Presidencial em 2003. Essa comissão é composta por integrantes dos seguintes Ministérios: da Saúde (Instituto Nacional de Câncer, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Assessoria de Assuntos Internacionais); das Relações Exteriores; da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; do Desenvolvimento Agrário; da Fazenda; da Justiça; do Trabalho e Emprego; da Educação; e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Ao Ministro da Saúde foi atribuída a Presidência da Comissão e ao INCA, a Secretaria Executiva. Com a instituição dessa comissão, o controle do tabagismo passou a se

fortalecer como Programa de Estado e a ser desenvolvido por meio de ações coordenadas por vários ministérios.

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 substituição da cultura do fumo por outros plantios mais saudáveis.

Estudos também sugerem que as ações do PNCT vêm gerando uma diminuição da aceitação social do tabagismo, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseje parar de fumar<sup>20</sup>. No Brasil, pesquisas mostram que 25 milhões de brasileiros são fumantes e que 80% desses fumantes desejam parar de fumar. Contudo, apenas 3% têm êxito a cada ano, sendo que a maior parte desses consegue sem ajuda, o que coloca em evidência o grande potencial que a abordagem para apoio à cessação possui para reduzir a prevalência de fumantes<sup>9</sup>.

Quadro 2.2 – Marco Legal e os principais instrumentos normativos relacionados à Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil.

Instrumentos Gerais		
Instrumentos legais/normativos	Ano	Caracterização
Decreto n° 109 Decreto n° 2.477 Decreto n° 3.496	1991 1998 2000	Dão competência ao INCA para assistir ao MS na formulação da Política Nacional de Controle do Câncer e atuar como agente referencial na prestação de serviços, formação de recursos humanos e transferência de tecnologia no que se refere à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no Brasil.
Lei n.º 9.294	1996	Proíbe o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, ou de qualquer outro produto fumígeno derivado do tabaco, em recinto coletivo privado ou público, tais como, repartições públicas, hospitais, salas de aula, bibliotecas, ambientes de trabalho, teatros e cinemas. Institui áreas exclusivas para o fumo devidamente isoladas e com arejamento conveniente (fumódromos).
Resolução n° 1 do Conselho Federal de Entorpecentes	1996	Determina que nas embalagens dos cigarros e seus semelhantes, bem como na publicidade a eles relacionadas, constem os teores de nicotina e de alcatrão.
Decreto n° 2521	1998	Determina que o usuário de serviço de transporte rodoviário interestadual ou internacional será recusado seu embarque ou determinado eu desembarque, quando fizer uso de produtos fumígenos no interior do ônibus.

Continuação

Quadro 2.2 – Marco Legal e principais instrumentos normativos relacionados à Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil.

Instrumentos Gerais		
Instrumentos legais/normativos	Ano	Caracterização
Portaria nº 695	1999	Divulga as novas advertências sobre os males causados pelo consumo tabaco e de seus derivados. Divulga as novas advertências sobre os males causados pelo consumo tabaco e de seus derivados.
Lei n.º 10.167	2000	Altera a Lei n.º 9.294/96, limitando a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos pontos de venda, (revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors). Proíbe a propaganda por meio eletrônico, inclusive Internet, a propaganda indireta contratada, também denominada merchandising e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares.
Portaria do Ministério do Trabalho e do Emprego nº 6	2001	Proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
Resolução do Banco Central do Brasil n.º 2.833	2001	Determina que fica vedada a concessão de crédito público relacionado com a produção de fumo, no âmbito do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), em regime de parceria ou integração com a indústria do tabaco.
Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 194	2002	Aprova o Programa Gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros.
Resolução da ANVISA nº 304	2002	Proíbe a produção, importação, comercialização, anúncio e distribuição de alimentos que tenham a forma de cigarros, charutos, cigarrilhas ou quaisquer outros produtos que gerem fumaça, quer sejam derivados do tabaco ou não. Proíbe ainda o uso de embalagens de alimentos que simulem ou imitem maços de cigarros e o uso de marcas de produtos que produzam fumaça, quer sejam derivados do tabaco ou não.
Medida Provisória nº 66	2002	Majora o valor das penalidades com relação aos selos que estiverem em desconformidade com as normas estabelecidas pela Secretaria da Receita Federal.
Lei n.º 10.702 regulamentada pela Resolução nº 199 da ANVISA	2003	Proíbe o patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais. Altera a Lei n.º 9.294/96, proibindo o patrocínio de eventos esportivos internacionais por marcas de cigarros a partir de 30 de setembro de 2005. Determina a veiculação de advertências sobre os malefícios do tabagismo na abertura, no encerramento e durante a transmissão de eventos esportivos internacionais, em intervalos de quinze minutos. Faculta ao Ministério da Saúde a colocação de propagandas fixas, com advertências sobre os malefícios do tabagismo, no local da realização do evento.

Continuação

Quadro 2.2 – Marco Legal e principais instrumentos normativos relacionados à Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil.

Instrumentos Gerais		
Instrumentos legais/normativos	Ano	Caracterização
Decreto	2003	Cria a Comissão de Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ) para controle do tabaco e de seus protocolos. Composta pelos Ministérios da Saúde, das Relações Exteriores, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Fazenda, da Justiça, do Trabalho e Emprego, da Educação, do Desenvolvimento, da Indústria e Comércio Exterior, do Desenvolvimento Agrário, das Comunicações, do Meio Ambiente, da Casa Civil, da Ciência e Tecnologia, do Planejamento e Orçamento, da Secretaria Nacional Antidrogas e da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.
Decreto nº 4924	2003	Eleva o valor do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), incidente sobre cigarros.
Instrução Normativa da Secretaria da Receita Federal nº 396	2004	Aprova o Programa Gerador da Declaração Especial de Informações Fiscais relativas à tributação dos cigarros (DIF – Cigarros). Com isso, permite à Receita Federal maior controle das empresas instaladas e daquelas em fase de instalação no país, no que se refere ao registro, à distribuição, exportação e importação de cigarros, bem como à arrecadação tributária.
Decreto Legislativo nº 1012	2005	Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003.
Portaria nº 2.608	2005	Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Controle de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, dentre as quais o fomento a ambientes livres do tabaco, por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais.
Portaria GM nº 2.439	2005	Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica, incluindo em seus artigos, ações para controle do tabagismo na rede de atenção oncológica.
Decreto nº 6.006	2006	Estabelece as alíquotas de incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre os cigarros.
Decreto nº 5.658	2006	Promulga a CQCT, adotada pelos países membros da OMS em 21.05.03 e assinada pelo Brasil em 16.06.03.
Portaria GM nº 399	2006	Institui o Pacto pela Saúde 2006, com inclusão de ações para combate ao tabagismo.
Portaria GM nº 687	2006	Institui a Política de Promoção da Saúde e dentre as diretrizes operacionais inclui ações de controle do tabagismo.

Continuação

Quadro 2.2 – Marco Legal e principais instrumentos normativos relacionados à Política Nacional de Controle do Tabaco no Brasil.

<b>Instrumentos Gerais</b>		
<b>Instrumentos legais/normativos</b>	<b>Ano</b>	<b>Caracterização</b>
Portaria GM n° 1680	2007	Cria a Comissão Intraministerial envolvendo as áreas de saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da família, atenção básica, entre outras; assim como a Fundação Oswaldo Cruz, as Agências Nacionais de Saúde Suplementar e Vigilância Sanitária.
Lei n° 11.488	2007	Obriga os fabricantes de cigarros a instalarem equipamentos contadores de produção e que permitem o controle e rastreamento dos produtos em todo o território nacional, possibilitando a identificação legítima da origem do produto e reprimindo a produção e importação ilegais, bem como a comercialização de contrafações.
Decreto n.º 6.072	2007	Eleva a alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre cigarros.
Instrução Normativa - Secretaria da Receita Federal n.º 753	2007	Regulamenta o Decreto n.º 6.072/07, elevando os valores do IPI incidentes sobre os cigarros.
<b>Instrumentos da estratégia do Tratamento do Tabagismo</b>		
Portaria GM/MS n° 1575	2002	Cria Centro de Referência para tratamento do tabagismo em centros de alta complexidade.
Portaria GM/MS n° 1035	2004	Refoga a Lei n°1975 e amplia o tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e média complexidade do SUS.
Portaria SAS/MS n° 442	2004	Regulamenta a portaria n° 1035/04. Define o financiamento e aprova o Plano para Implantação e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina elaborado com base no Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante.

Fonte: elaboração própria.

#### **2.4. A trajetória do tratamento do tabagismo no Brasil**

A implantação do PNCT envolveu duas estratégias marcantes: (a) prevenção à iniciação, voltada para crianças e jovens; e (b) promoção de ações para estimular fumantes a deixarem de fumar. Essa forma inovadora contribuiu significativamente para que pessoas e profissionais de saúde mudassem sua visão sobre o tabagismo, até então, associado a beleza, sucesso e liberdade, para transformá-lo num comportamento indesejável.

A motivação para deixar de fumar, mostrada nos estudos, gera uma demanda cada vez maior por ações que apoiem a cessação de fumar. Observa-se que apesar do grande

número de fumantes que manifestam vontade de parar de fumar, poucos conseguem parar definitivamente a cada ano. A baixa porcentagem de fumantes que conseguem deixar de fumar pode estar relacionada também aos aspectos sociais e culturais, assim como ao prazer. Além disso, pode estar relacionada à limitação da atuação dos profissionais da área da saúde, a pouca informação destes sobre os métodos eficazes, a pouca mobilização para atuar, aos poucos recursos e à baixa organização do sistema de saúde para esse fim.

A demanda para apoio à cessação de fumar gerou um interesse nos profissionais de saúde sobre os métodos eficazes. O INCA, como responsável pela condução do PNCT e pela instrumentalização de profissionais de saúde, publicou em 1996 o Livro “Ajudando seu paciente a deixar de fumar”, como forma de subsidiar os profissionais de saúde para oferecer na sua rotina de atendimento uma abordagem eficaz ao fumante. Iniciou-se, a partir daí, um processo de sensibilização de unidades de saúde e de capacitação de profissionais de saúde para que pudessem ver o tabagismo como uma doença crônica que precisa ser enfocada com prioridade, assim como outras doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes.

Num primeiro momento, a ênfase dada foi à capacitação de profissionais de saúde para a abordagem mínima ao fumante, com o objetivo de incluí-la na rotina de suas atividades profissionais. Um aspecto relevante nesse processo de capacitação foi a identificação de que o ponto central na cessação de fumar era a mudança de comportamento, os conhecimentos sobre os aspectos da dependência física, psicológica e dos condicionamentos que compõem a dependência à nicotina, bem como saber estimular o desenvolvimento de habilidades para a prevenção da recaída.

Outro conteúdo incorporado à capacitação foi o fornecimento de subsídios sobre os medicamentos na cessação de fumar, visto que o marketing da indústria farmacêutica sempre induziu, por meio de publicidade, a idéia de que são eficazes nesse processo. Foi preciso deixar claro que esses são considerados como apoio no processo de cessação, minimizando a síndrome de abstinência e facilitando a incorporação pelo indivíduo de um novo comportamento na sua rotina diária sem o cigarro.

Nesse cenário, o PNCT/ INCA, como Centro Colaborador da OMS para todos os programas da América Latina e outros países de língua portuguesa e espanhola, realizou no ano de 2000 uma reunião, com duração de dois dias, que envolveu sociedades científicas, conselhos e associações de profissionais da área da saúde, com a finalidade de debater os métodos eficazes para a cessação de fumar. Nessa reunião foi utilizada uma vasta bibliografia, incluindo dados do *Cochrane Tobacco Addiction Review Group*<sup>56</sup> e,

principalmente, o *Clinical Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence*<sup>38</sup>. 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<sup>57</sup>.

A partir da publicação do Consenso iniciou-se um processo de articulação do INCA com outras áreas do Ministério da Saúde, que no ano de 2002 resultou na instituição dos Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no Sistema Único de Saúde. Essa estratégia limitou o cadastramento das unidades de saúde a hospitais especializados e de alta complexidade e também as atividades profissionais a algumas especialidades médicas. Foram cadastradas 40 unidades para este fim em 15 Unidades Federadas (UF), já que as outras apresentaram problemas no cadastramento. A estratégia adotada foi incluída no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e seus procedimentos foram adicionados<sup>iv</sup> ao Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e ao Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC-SIA).

Essa estratégia gerou inúmeros problemas, o que fez com que o Ministério da Saúde revogasse o instrumento normativo e instituísse a ampliação do acesso à abordagem e tratamento do fumante à rede de serviços de atenção básica de saúde e média complexidade. Essa nova regulamentação incluiu o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS e o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina<sup>57</sup>, além de redefinir o financiamento e os procedimentos<sup>v</sup>.

O Plano para Implantação do tratamento do tabagismo no SUS prioriza a capacitação de profissionais de saúde para implantação do tratamento nos municípios com população acima de 100.000 habitantes, pólos de regionais e capitais. As unidades de saúde devem ser credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), para que recebam do Ministério da Saúde o material de apoio utilizado nas sessões de abordagem cognitivo-comportamental (Manual do Participante) e medicamentos (adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina e cloridrato

---

<sup>iv</sup> Foram instituídos seis procedimentos para o tratamento do fumante: abordagem cognitivo-comportamental do fumante (19.161.00-0); tratamento medicamentoso do fumante com goma de mascar 2 mg (19.162.01-4); com adesivos transdérmicos de nicotina de 7mg (19.162.02-2); de 14mg ((19.162.03-0) e 21mg (19.162.04-9) e com cloridrato de bupropiona, comprimido de 150mg (19.162.05-7).

<sup>v</sup> A principal mudança no financiamento foi a inclusão no Piso da Atenção Básica (PAB) e os procedimentos redefinidos foram 02.012.00-6 – Consulta para Avaliação Clínica do fumante e 19.161.01-8 – Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente ao incluí-los no grupo 02.000.00-8 – Ações Médicas Básicas, subgrupo 01 – 02.010.003 – Procedimentos Clínicos.

de bupropiona). Para isso, os serviços devem preencher três requisitos: (1) ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar integrante do SUS, classificada em qualquer nível hierárquico; (2) não ser permitido fumar no interior da unidade; (3) contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais definidas no instrumento normativo<sup>vi</sup>, devidamente capacitado segundo o modelo preconizado pelo PNCT. A unidade de saúde deve também dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo; garantir equipamentos e recursos necessários, como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante e incluir no seu processo de credenciamento cópia do certificado de capacitação dos profissionais. Por sua vez, o município deve garantir local para atendimento na sua rede de serviços, ou município de referência para a realização de exames de apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar. O referido plano atribuiu também à esfera estadual o papel de sensibilizar os gestores municipais e de capacitar multiplicadores.

O Protocolo Clínico adotado para o tratamento do tabagismo define que o paciente deverá passar por uma consulta de avaliação clínica, antes de participar das sessões de abordagem cognitivo-comportamental. Essas sessões podem ser individuais ou em grupos de apoio, sendo a preferência pelo tratamento em grupo, com 10 a 15 participantes. São realizadas 4 sessões semanais estruturadas no 1º mês, seguidas de 2 sessões quinzenais no 2º mês e 1 sessão mensal até completar 12 meses, como prevenção da recaída. Durante o período de tratamento, os pacientes que tiverem indicação poderão utilizar um apoio medicamentoso, por meio do adesivo transdérmico de nicotina, goma de mascar de nicotina ou cloridrato de bupropiona.

Dada a configuração do Programa de Controle do Tabagismo, em especial do tratamento do tabagismo no SUS, serão apresentados no próximo capítulo os dados referentes à atuação da esfera federal na condução da estratégia de tratamento.

---

<sup>vi</sup> As categorias admitidas para tratamento ao fumante são: médicos e enfermeiras em suas várias especialidades clínicas, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e profissional de educação física. No entanto, somente as categorias profissionais de médico e enfermeiro estão habilitadas para realizar consulta para avaliação clínica do fumante.

## **Capítulo 3 – A gestão federal e a implementação do tratamento do tabagismo no território nacional**

### **3.1 O papel e as linhas de atuação federal**

O controle do tabagismo teve destaque na agenda do Ministério da Saúde nos últimos anos, quando foi considerado 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)<sup>58</sup>, Pacto pela Saúde<sup>59</sup> e mais recentemente o Mais Saúde<sup>60</sup>. Também teve 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 Prevenção e Controle do Tabagismo (Ação 8.706), desenvolvida em parceria com a SVS e com a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/INCA, e na Sub-ação de Implantação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco no Brasil.

Nesse cenário é importante considerar os desafios impostos pela descentralização das atividades e das responsabilidades para as esferas de governo estadual e municipal a partir da constituição do SUS, os quais tornaram fundamental a reconfiguração do papel das três esferas de governo. Coube à esfera federal a formulação de políticas, o planejamento em saúde e a condução de programas estratégicos de saúde, dentre outras atribuições<sup>61</sup>.

Além disso, para organização das ações de saúde num contexto descentralizado é necessário ter clareza de três componentes básicos: o projeto de governo, que deve conter proposições para alcance dos objetivos; a capacidade de governo, que envolve a responsabilidade pela condução e a utilização de métodos e habilidades para alcance dos objetivos propostos; e a governabilidade, que implica ter clareza sobre quais variáveis se tem controle e quais não se controlam no processo<sup>62</sup>.

A condução do Programa está principalmente sob a responsabilidade direta da Divisão de Controle do Tabagismo do INCA. No que concerne ao tratamento do fumante, as atribuições são compartilhadas entre diversas áreas do Ministério da Saúde. São estas: as secretarias de Assistência à Saúde, de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, de Vigilância à Saúde e a Assessoria de Comunicação Social. A estrutura física do INCA está separada destas áreas, visto que está localizado no Rio de Janeiro enquanto as outras áreas estão localizadas no Distrito Federal. As esferas estadual e municipal também têm atribuições específicas no seu âmbito de ação, conforme resumido no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Caracterização da divisão de funções entre as esferas de governo e os órgãos públicos para a estratégia do tratamento do tabagismo no SUS.

<b>Esferas de governo/órgãos</b>	<b>Funções/Atribuições</b>
<b>Federal/INCA</b>	- Subsidiar o Ministro da Saúde na formulação e no planejamento da política; - Subsidiar a elaboração de instrumentos para regulação; - Elaborar materiais educativos para profissionais de saúde; - Planejamento e programação de insumos.
<b>Federal/SAS</b>	- Financiamento dos procedimentos.
<b>Federal/ASCOM (até 2006)</b>	- Financiamento do material educativo para o tratamento do tabagismo.
<b>Federal/SCTIE-DAF</b>	- Financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos.
<b>Estadual</b>	- Responsabilidade pela coordenação da estratégia no âmbito do estado, capacitação dos profissionais de saúde e consolidação das informações sobre distribuição de insumos e do atendimento.
<b>Municipal</b>	- Execução da estratégia (garantia de acesso do fumante ao tratamento).

Fonte: elaboração própria.

Observam-se vários atores envolvidos no desenvolvimento das ações do tratamento do fumante no SUS, com atribuições definidas. No entanto, existe certo grau de sobreposição dessas atribuições, o que demanda uma coordenação muito intensa. A articulação entre as áreas supracitadas vem sendo prejudicada pelo modelo organizacional do Ministério da Saúde, que dificulta a tomada de decisões e a implementação das ações.

Além do papel na definição de diretrizes e no financiamento, a atuação federal para o tratamento do fumante envolve as seguintes linhas de ação: (a) divulgação e incentivo à implantação do tratamento do fumante no SUS; (b) elaboração de consenso e de materiais educativos para profissionais de saúde; (c) programas de ensino (grade de competências) para capacitação de profissionais de saúde; (d) apoio aos estados na capacitação de profissionais de saúde; (f) apoio ao planejamento e organização das ações; e (g) monitoramento e avaliação da estratégia de tratamento.

No que se refere à dimensão política do Programa, o tratamento no SUS requer um movimento institucional diferenciado, visto que a execução das ações é de responsabilidade municipal e exige pactuação entre gestores, adesão de serviços e de profissionais de saúde. Para isso, é necessário que seja visto como prioridade por quem

executa essa ação e que esta esteja bem explicitada, além de requerer uma divulgação intensa e uma articulação constante com esses atores.

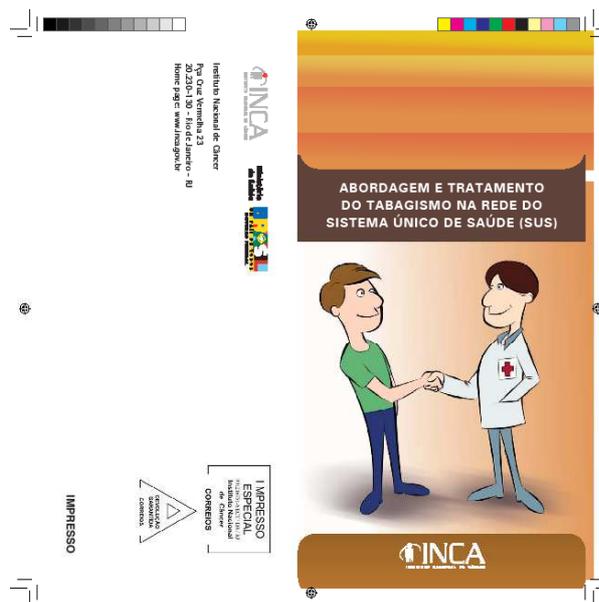
Contudo, não foi desenvolvida uma estratégia abrangente para divulgação e incentivo à implantação do tratamento do fumante. No dia 29 de agosto de 2002, data em que se comemora o Dia Nacional de Combate ao Fumo, foi assinado o primeiro instrumento regulatório referente ao tratamento do fumante no SUS e sua divulgação nacional por meio da imprensa falada e escrita compôs as atividades desse dia. Já em 2004, a portaria que ampliou o tratamento para a rede de serviços de atenção básica e de média complexidade foi assinada no dia 31 de maio, Dia Mundial sem Tabaco, e com isso sua divulgação também fez parte do rol de atividades dessa data. Cabe ressaltar que todas essas datas são amplamente comemoradas em todos os estados brasileiros.

Somente no ano de 2007 foi elaborado e distribuído um *folder*, com o objetivo de divulgar o tratamento do fumante e de sensibilizar os gestores do SUS (Figura 3.1). Outra iniciativa para difundir a estratégia baseou-se em utilizar os canais de comunicação criados pelo INCA para divulgar as ações do Programa, os quais consistem em boletins eletrônicos que integram a Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco (RIACT) e a aliança “Por Mundo sem Tabaco<sup>vii</sup>”.

---

<sup>vii</sup> Acesso aos boletins eletrônicos da RIACT e do “Por um Mundo Sem Tabaco”: [http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/riact/site\\_riact/home](http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/riact/site_riact/home) e <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=alianca&link=boletim.htm>

Figura 3.1 – Folder para sensibilização de gestores do SUS – 2007.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

Para capacitação dos profissionais de saúde, o INCA preparou um programa de ensino, cujo conteúdo envolve aspectos do tabagismo como doenças, diretrizes clínicas de tratamento e instrumentos de informação do tratamento. Também foram elaborados materiais educativos (*Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante e Manual do Coordenador*) para subsidiar os profissionais de saúde no desenvolvimento de suas atividades.

As capacitações para profissionais de saúde são da competência das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. No entanto, o INCA vem desde o ano de 2002 apoiando o processo de capacitação que envolve a implantação do tratamento do fumante no SUS e disponibilizando materiais educativos e técnicos da Divisão de Controle do Tabagismo para capacitar os profissionais de saúde da rede de serviços municipais.

De modo geral, observou-se uma fragilidade no planejamento federal, no que se refere à divulgação do tratamento do tabagismo e incentivos a sua implantação, bem como lacunas no apoio à organização das ações junto às Secretarias de Saúde. A maior parte das estratégias vem sendo adotadas *ad hoc* e sem um planejamento sistemático.

A inexistência de um sistema de informação de abrangência nacional para acompanhamento das ações que envolvem o tratamento do tabagismo no SUS induziu o INCA à criação de vários instrumentos na forma de planilhas eletrônicas, a fim de monitorar os dados coletados e de calcular os insumos necessários ao tratamento. O

preenchimento das planilhas depende do repasse de informações pelos estados, cuja instabilidade fragiliza o sistema.

Ainda assim, há um esforço de monitorar a implantação do tratamento do tabagismo no SUS. Os indicadores de processo e de resultado apresentados neste capítulo são para avaliação da adesão dos municípios, do volume de atendimentos realizados, da capacitação de profissionais de saúde, das taxas de abandono e de cessação de fumar e de uso de medicamento.

O próximo item procura caracterizar a implantação do tratamento do tabagismo no SUS no território nacional segundo variáveis selecionadas, o que é fundamental para a análise da gestão federal da estratégia.

## **3.2 Caracterização da implantação do tratamento do fumante no SUS**

### **3.2.1 Adesão dos estados, dos municípios e das unidades de saúde**

A instituição inicial do tratamento do fumante no SUS em 2002 por meio de centros de referência em unidades de saúde de alta complexidade dificultou a adesão dos municípios ao tratamento no SUS. A ampliação do tratamento para a rede básica e de média complexidade e a inclusão de seu financiamento no escopo das ações do piso de atenção básica exigiram a elaboração de instrumentos que permitissem monitorar e avaliar o processo de implantação do tratamento. Observando-se o período de 2002 a 2008, verifica-se que a partir de 2004 ocorreu uma inflexão no número de municípios oferecendo tratamento para deixar de fumar no Brasil (Tabela 3.1).

A tabela 3.1, apresentada a seguir, sugere que a baixa adesão de municípios que realizaram atendimento no período em que vigoravam os centros de referência em abordagem e tratamento do fumante esteja relacionada à limitação da oferta, já que só foi permitido o credenciamento de unidades de saúde de alta complexidade. A partir do segundo semestre do ano de 2004, com a ampliação do tratamento para a rede de serviços de baixa e de média complexidade, ocorreu um aumento significativo no número de municípios realizando o tratamento.

No entanto, no ano de 2005 observa-se uma queda no número de municípios em alguns estados. Isto parece estar relacionado, entre outros aspectos, à falta dos medicamentos que compõem o tratamento do fumante. No Estado do Ceará, por exemplo, esta queda foi bem expressiva e relacionada às dificuldades encontradas pelos municípios

no credenciamento das unidades de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no código específico para o tratamento.

Em 2006, ocorreu um aumento expressivo no número de municípios, o que foi atribuído à disponibilidade dos medicamentos, que não haviam sido assegurados nos anos anteriores. Outro dado observado foi que todos os estados da Região Sul e Sudeste já estavam com a estratégia implantada e aumentando o número de municípios a cada ano.

Tabela 3.1 – Quantidade de municípios segundo os estados que realizaram ações para tratamento do tabagismo no SUS no período de 2002 a setembro de 2008.

UF	Ano						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008*
Acre	0	0	0	0	1	1	5
Alagoas	0	0	0	0	0	2	2
Amapá	0	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	0	1	0	1	1	0
Bahia	0	0	0	0	6	6	9
Ceará	1	1	41	2	17	10	12
Distrito Federal	0	1	1	1	1	1	1
Espírito Santo	0	0	2	5	10	10	18
Goiás	0	0	0	1	1	2	2
Maranhão	0	0	0	0	6	0	5
Mato Grosso	0	0	0	0	1	0	1
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	11	16	24
Minas Gerais	0	0	5	10	11	27	58
Pará	0	0	1	1	5	3	6
Paraíba	1	1	0	0	5	6	0
Paraná	1	1	9	8	13	27	76
Pernambuco	0	0	4	0	3	4	4
Piauí	0	0	0	0	0	1	1
Rio de Janeiro	0	0	1	10	14	14	21
Rio Grande do Norte	0	0	1	1	0	0	0
Rio Grande do Sul	1	1	4	27	81	81	136
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0
Roraima	0	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	0	0	22	20	38	49	51
São Paulo	2	2	3	0	22	24	16
Sergipe	0	0	0	0	7	8	12
Tocantins	1	1	1	2	5	5	5
<b>Brasil</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>96</b>	<b>88</b>	<b>259</b>	<b>298</b>	<b>465</b>

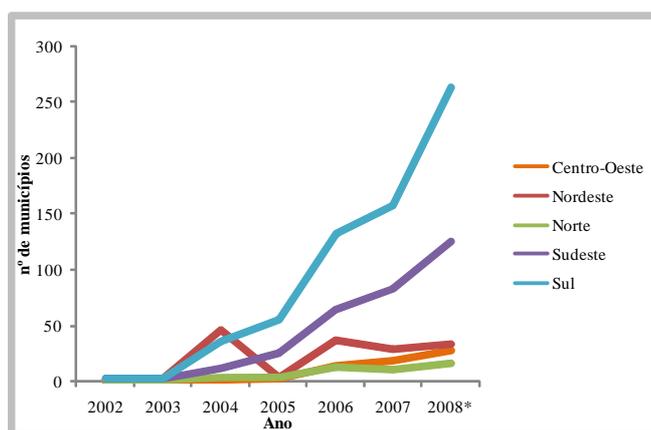
Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo  
\* - Informações de jan. a set. 2008

Nos estados das Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, percebe-se uma flutuação no número de municípios realizando atendimento desde a implantação da estratégia (Figura 3.2). Isso pode estar relacionado à instabilidade no repasse de informações ou à

fragilidade do Programa nesses estados. Em estados, por exemplo, como Pernambuco, Paraíba, Maranhão, Acre, Amazonas e Mato Grosso, a flutuação foi constante. Destaca-se que até o final de 2008 ainda existiam estados na Região Norte que não estavam com o tratamento do tabagismo implantado na rede de serviços de saúde, demonstrando uma instabilidade do Programa e da estratégia nessas regiões.

A figura 3.2 (assim como a tabela 3.1) mostra que a inflexão representada pela mudança da estratégia no ano de 2004 favoreceu a ampliação do tratamento do fumante na rede de serviços. No entanto, houve uma oscilação que se refletiu na entrada e saída de municípios de forma contínua ao longo dos anos.

Figura 3.2 – Número de municípios que realizaram atendimento de tratamento do tabagismo no período de 2002 a setembro de 2008, segundo regiões do país



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

\*- até setembro de 2008

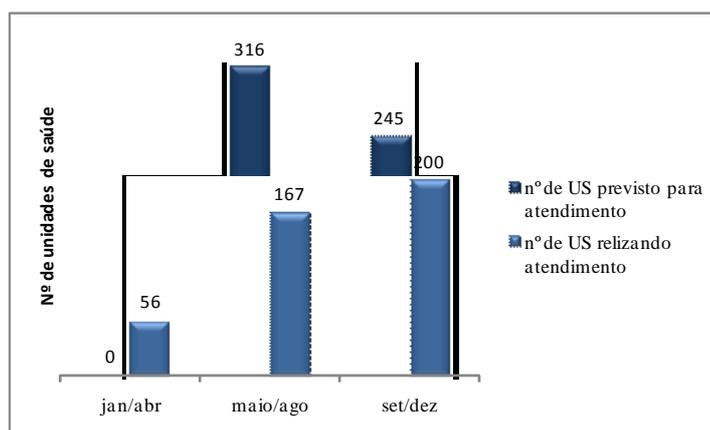
Cabe ressaltar que, no ano de 2007, o INCA considerou a baixa adesão dos municípios ao tratamento como um problema. Por isso o inseriu no Plano Nacional de Controle do Câncer e citou como desafio a necessidade de mobilizar os gestores municipais para implantação do tratamento para cessação de fumar na rede básica e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>viii</sup>. No entanto, até a elaboração deste texto, esse plano não havia sido aprovado nas instâncias deliberativas do INCA.

<sup>viii</sup> O Plano trouxe como propostas: a inclusão dos dados sobre tabagismo no módulo do Sistema de Atenção Básica (SIAB) e a adoção de um financiamento mais adequado ao tratamento do fumante, inserindo os medicamentos de apoio ao fumante na parte variável do Componente Básico do Bloco de Financiamento para a assistência farmacêutica.

É importante refletir sobre a instabilidade apresentada pelo tratamento do fumante no SUS e a relevância de se buscar estratégias específicas que apoiem o processo de implantação. Estas devem estar voltadas para as realidades locorregionais e ter ênfase na sensibilização dos gestores estaduais e municipais.

Segundo informações trimestrais enviadas pelas secretarias estaduais de saúde, no período de 2005 a 2007 houve muitas discrepâncias entre o número de unidades previstas para realizar atendimento e o número de unidades que realizaram atendimento no trimestre seguinte; (Figuras 3.3 a 3.5). Ressalta-se que o INCA não teve informações que identificassem as unidades de saúde.

Figura 3.3 - Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e de unidades de saúde com previsão de início de atendimento em 2005 no Brasil.

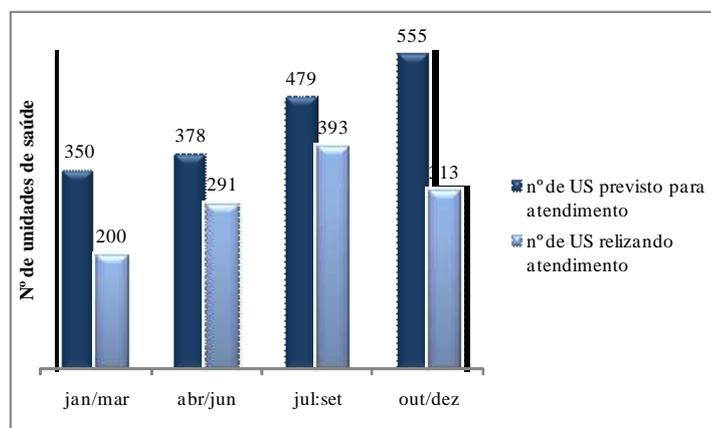


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

Observa-se um aumento significativo no número de unidades de saúde realizando atendimento durante o ano de 2005. Contudo, o número previsto de unidades de saúde para atendimento repassado pelos estados não corresponde ao número de unidades que realizaram atendimento no período subsequente.

Quando se analisam os dados do ano de 2006, percebe-se nos três primeiros trimestres um aumento no número de unidades de saúde que realizaram atendimento. No último trimestre, porém, há uma queda no número de unidades de saúde realizando atendimento. Quanto à estimativa de unidades novas para iniciar atendimento, ela ainda permaneceu distinta da realidade (Figura 3.4).

Figura 3.4 – Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e número de unidades com previsão de início de atendimento em 2006 no Brasil.



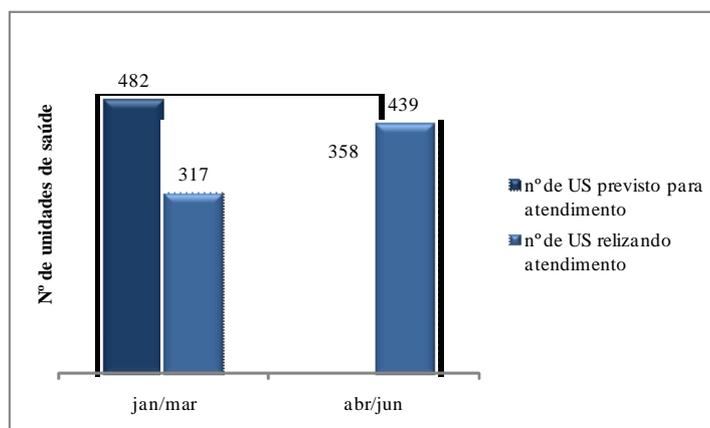
Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

No ano de 2007, verifica-se uma alteração no repasse de informações pelas secretarias estaduais de saúde. No local destinado à inserção do número previsto de unidades de saúde para iniciar atendimento foi acrescentado o aumento da capacidade instalada da unidade que já estava em atividade. Com isso, a partir do terceiro trimestre de 2007 não foi possível consolidar as informações referentes ao número de unidades de saúde com previsão para iniciar atendimento. Portanto, optou-se pela apresentação dos dados dos dois primeiros trimestres (Figura 3.5).

Um dado relevante pode ser observado na figura 3.5: o número de unidades de saúde, no segundo trimestre, que realizaram atendimento foi maior que o número previsto de unidades de saúde para atendimento. Isso sugere a fragilidade das informações que foram repassadas pelos estados.

Cabe lembrar que o número de unidades de saúde realizando atendimentos é uma ferramenta importante para gestão estadual e municipal no tocante à programação e estruturação da rede necessária para atendimento ao fumante. No entanto, esta não deve levar em conta somente a quantidade de unidades, mas também a sua distribuição geográfica, a fim de garantir o acesso à rede de atendimento.

Figura 3.5 – Número de unidades de saúde que realizaram atendimento e número de unidades com previsão de início de atendimento em 2007 no Brasil.



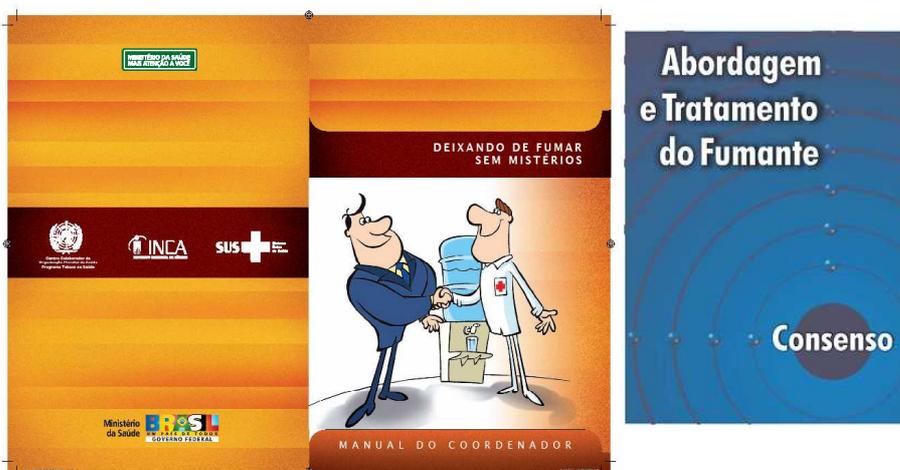
Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

### 3.2.2 Capacitação de profissionais de saúde

A capacitação de profissionais de saúde para abordagem intensiva do fumante deve estar apoiada no programa de ensino elaborado e preconizado pelo INCA. Este programa encontra-se embasado nas diretrizes clínicas do tratamento e os textos de apoio disponibilizados são: o *Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante*<sup>34</sup> e; o *Manual do Coordenador* (Figura 3.6).

É papel da esfera federal, por meio do INCA, capacitar os profissionais das secretarias estaduais de saúde. Coube às últimas, por meio das Coordenações Estaduais do Programa, capacitar os profissionais de saúde da rede municipal de saúde. No entanto, estas podem solicitar apoio do INCA na realização das capacitações. Os materiais para capacitação são disponibilizados mediante solicitação formal das coordenações. Isso se fez necessário para que o INCA tivesse acesso às informações sobre as capacitações realizadas nos estados e sobre os profissionais de saúde. Assim, é de responsabilidade da coordenação estadual enviar a ficha de inscrição de cada participante por meio eletrônico após a realização da capacitação.

Figura 3.6 – Manual do Coordenador e Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

Segundo informações enviadas pelos estados ao INCA, foram capacitados 5.532 profissionais de saúde no período de 2002 a 2006, distribuídos em 25 Estados (Tabela 3.2).

Ressalte-se que as informações sobre as capacitações realizadas no período de 2007 a 2008 ainda não foram consolidadas pelo INCA. Entretanto, este enviou 5.980 kits (compostos pelo *Consenso* e pelo *Manual do Coordenador*) para capacitação de profissionais de saúde. Cabe registrar aqui a grande dificuldade no que se refere ao registro e ao repasse de dados pelos estados, o que prejudica o monitoramento e a consolidação de informações.

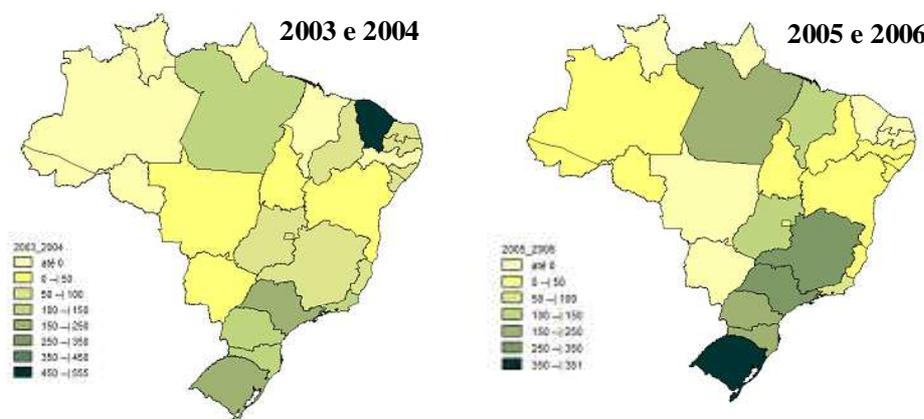
Tabela 3.2 – Quantidade de profissionais de saúde capacitados para abordagem intensiva ao fumante por Estado no período de 2002 a 2006.

UF	2002	2003	2004	2005	2006	Total p/ Estado
Acre	0	0	0	46	0	46
Alagoas	55	0	2	18	0	75
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	0	26	0	39	65
Bahia	2	17	0	33	0	52
Ceará	555	0	0	0	0	555
Distrito Federal	45	14	0	36	0	95
Espírito Santo	40	20	79	6	0	145
Goiás	0	67	116	86	39	308
Maranhão	0	0	0	46	88	134
Mato Grosso	1	0	43	0	0	44
Mato Grosso do Sul	0	21	97	0	0	118
Minas Gerais	77	22	66	181	110	456
Pará	46	79	0	182	1	308
Paraíba	0	92	0	0	0	92
Paraná	61	44	90	84	124	403
Pernambuco	0	0	57	26	0	83
Piauí	53	0	0	0	5	58
Rio Grande do Norte	0	72	81	19	0	172
Rio Grande do Sul	130	84	471	239	112	1036
Rio de Janeiro	61	73	16	1	62	213
Rondônia	0	0	1	0	45	46
Roraima	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	32	75	113	127	26	373
São Paulo	84	105	60	111	143	503
Sergipe	0	64	0	41	0	105
Tocantins	1	0	0	46	0	47
<b>Brasil</b>	<b>1243</b>	<b>849</b>	<b>1318</b>	<b>1328</b>	<b>794</b>	<b>5532</b>

Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

No período de 2003 a 2006, apesar das dificuldades encontradas no cadastramento das unidades de saúde como centro de referência em abordagem e tratamento do fumante, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde investiram nas capacitações por meio de convênios dos estados com o Fundo Nacional de Saúde (Figura 3.7). Um aumento considerável na quantidade de profissionais capacitados para abordagem intensiva do fumante foi observado após ampliação do tratamento para a rede básica e de média complexidade. Até o momento, somente os Estados de Roraima e do Amapá não possuem profissionais de saúde capacitados.

Figura 3.7 – Representação espacial da capacitação de profissionais de saúde no período de 2003 a 2006



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

A quantidade de profissionais de saúde capacitados no período de 2003 a 2006, quando comparada ao número de unidades de saúde que realizaram atendimento no mesmo período, mostrou que profissionais capacitados necessariamente não implicam a implantação do tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde. Isso se verificou, por exemplo, nos estados do Ceará e de Rondônia.

É importante destacar que entre os anos de 2004 e de 2007 as capacitações para a abordagem mínima ou aconselhamento breve deixaram de ser realizadas por estados e municípios. Em 2008, foram retomadas em alguns estados, porém os dados ainda não foram consolidados pelo INCA.

### 3.2.3. Financiamento

Como forma de incentivo à implantação do tratamento do fumante no SUS no ano de 2002, o financiamento das ações foi incorporado ao Fundo de Ações Estratégicas, com pagamento por meio de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

A mudança da estratégia ocorrida no ano de 2004, quando o tratamento do fumante passou a integrar a rede de serviços de saúde de atenção básica e de alta complexidade, alterou a forma de financiamento. Os procedimentos “Consulta de Avaliação Clínica” e “Abordagem Cognitivo-Comportamental” passaram a compor o Piso de Atenção Básica<sup>ix</sup>.

<sup>ix</sup> Na mesma ocasião, a aquisição dos medicamentos e a reprodução dos manuais do coordenador e do participante dos grupos passaram a ficar sob a responsabilidade direta do Ministério da Saúde, o que será abordado no próximo item.

No ano de 2006 foi instituído um segundo mecanismo de financiamento para as ações de tratamento no SUS, divulgado no Pacto pela Saúde. Este incluiu os medicamentos de apoio ao tratamento do fumante na parte variável do Componente Básico do Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica, sendo os valores *per capita* transferidos ao estado ou município, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), mediante a implementação e organização dos serviços.

Já no ano de 2007, ficou estabelecido em novo instrumento regulatório que os medicamentos e insumos para o controle do tabagismo passavam a integrar o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

O Quadro 3.2 sistematiza os diferentes mecanismos de financiamento federal adotados para a estratégia de tratamento do fumante no SUS, revelando a coexistência e sobreposição de alguns deles.

Quadro 3.2. Mecanismos de financiamento do tratamento do fumante no SUS.

<b>Instrumentos normativos</b>	<b>Mecanismo de financiamento</b>	<b>Vigência</b>
Portaria SAS/MS nº 1575/02	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) - Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC-SIA).	De agosto de 2002 a maio de 2004 Residual até dezembro de 2008
Portaria GM 1035/04	Atribuição de responsabilidade da compra direta dos medicamentos e da reprodução de manuais ao Ministério da Saúde.	Ainda em vigência
Portaria SAS/MS nº 442/04	Piso de Atenção Básica (PAB Fixo) e aquisição de insumos (manuais e medicamentos) pelo MS, e distribuídos aos municípios com unidades cadastradas no CNES para o tratamento do tabagismo.	Ainda em vigência
Portaria GM 399/06	Parte variável do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, sendo os valores per capita transferidos ao município e ao estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços para o tratamento do tabagismo.	Até a emissão da portaria GM 3237/07
Portaria GM 3237/07	Os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo passam a integrar o Componente Estratégico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.	Ainda em vigência

Fonte: elaboração própria.

Para o período de 2002 a 2004, o montante de recursos financeiros federais repassados durante a vigência dos centros de referência totalizou R\$ 230.255,10-(duzentos trinta mil, duzentos e cinquenta e cinco reais e dez centavos), distribuídos para seis municípios, localizados em seis estados e o Distrito Federal (Tabela 3.3). Devido a

problemas ocorridos no cadastramento, outros estados não apresentaram sua produção no SIA/SUS.

Tabela 3.3 – Valores aprovados por estado para os procedimentos do SIA/SUS referentes ao tratamento do fumante durante a vigência dos centros de referência, para o período de agosto 2002 a junho 2004.

UF	Valor Aprovado em reais (R\$)			
	ago/dez 2002	2003	jan/jun 2004	Total
Ceará	274,00	11.340,47	9.498,18	21.112,65
Distrito Federal	0,00	0,00	16.839,32	16.839,32
Paraíba	0,00	0,00	32,00	32,00
Paraná	0,00	2.270,10	3.399,86	5.699,96
Rio Grande do Sul	0,00	23.391,21	11.630,20	35.021,41
São Paulo	0,00	95.400,31	43.574,20	138.974,51
Tocantins	314,68	7.643,89	4.646,68	12.605,25
<b>Brasil</b>	<b>588,68</b>	<b>140.045,98</b>	<b>89.620,44</b>	<b>230.255,10</b>
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Municípios de Fortaleza, Sumé, Maringá, Porto Alegre, São Paulo e Marília.				

Observa-se na tabela 3.4 que mesmo após a revogação do primeiro instrumento normativo do tratamento que regulava o pagamento por produção dos procedimentos, estes continuaram a ser pagos até dezembro de 2007. Estados que não possuíam unidades de saúde cadastradas como centro de referência em abordagem e tratamento do fumante no período de 2002 a 2004 tiveram recursos financeiros aprovados no SIA/SUS para pagamento dos procedimentos até dezembro de 2007. Dentre esses, o Distrito Federal, que ficou com 78% do montante dos recursos financeiros repassados aos estados.

Tabela 3.4 – Valores aprovados por estado para os procedimentos do SIA/SUS referentes ao tratamento do tabagismo após vigência dos centros de referência para o período de julho de 2004 a dezembro de 2007.

Valor aprovado em reais (R\$)					
UF	jul/dez 2004	2005	2006	2007	Total
Acre	0,00	0,00	157,58	302,60	460,18
Amazonas	0,00	0,00	111,90	1.516,50	1.628,40
Bahia	0,00	0,00	0,00	1.316,00	1.316,00
Ceará	12.305,86	44.067,08	102.780,58	69.068,78	228.22,30
Distrito Federal	274.356,32	706.523,09	953.595,75	1.706.426,52	3.640.901,68
Espírito Santo	0,00	0,00	1.598,00	578,00	2.176,00
Goiás	0,00	0,00	1010,00	40,00	1.050,00
Maranhão	0,00	10,00	0,00	0,00	10,00
Minas Gerais	0,00	1.932,00	7.214,00	13.326,00	22.472,00
Mato Grosso do Sul	0,00	8,00	1.762,00	1.994,00	3.764,00
Pará	0,00	42,00	1.440,00	42,00	1.524,00
Paraíba	0,00	72,00	546,00	14.838,40	15.456,40
Pernambuco	0,00	0,00	114,00	0,00	114,00
Paraná	0,00	360,00	1.909,24	1.632,00	3.901,24
Rio de Janeiro	0,00	324,00	7.006,00	12.242,00	19.572,01
Rio Grande do Norte	0,00	0,00	0,00	5.752,00	5.752,01
Rio Grande do Sul	17.247,30	53.848,20	56.584,48	53.717,7	181.397,69
Santa Catarina	0,00	76,00	672,00	706,00	1.454,00
Sergipe	0,00	0,00	82,00	10.124,46	10.206,46
São Paulo	95.123,87	221.809,89	121.548,62	69.222,39	507.704,77
Tocantins	2.475,27	6.285,13	1.543,22	584,00	10.887,62
<b>Brasil</b>	<b>401.508,62</b>	<b>1.035.357,39</b>	<b>1.259.675,37</b>	<b>1.963.429,35</b>	<b>4.659.970,73</b>
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)					

### 3.2.4 Distribuição de insumos

Existem dois tipos de insumos na prestação de serviços: os manuais do participante dos grupos de apoio à cessação de fumar (Figura 3.8), que têm um papel educativo; e os medicamentos, que são utilizados para pacientes que apresentam um grau de dependência de médio a alto.

A distribuição dos insumos, como já foi dito, é de responsabilidade da esfera federal. No entanto, o processo que antecede a distribuição envolve os municípios e os estados. Isso porque para o envio de insumos são necessários repasses de informações sobre previsão de atendimento. Os dados coletados nas unidades de saúde, consolidados pelos municípios e pelos estados, são encaminhados ao INCA para subsidiar o cálculo de

insumos a serem enviados aos municípios pelo Serviço de Almoarifado do Ministério da Saúde.

Figura 3.8 – Manuais do participante dos grupos de apoio ao fumante na cessação de fumar.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

A distribuição de insumos requer também uma programação adequada por parte da esfera federal e para isso a adoção de algumas regras é fundamental. No ano de 2004, a programação foi baseada na capacidade instalada das unidades de saúde para atendimento ao fumante que deseja deixar de fumar. O INCA estimou o atendimento para 49.320 fumantes em 441 municípios. Os municípios que foram considerados na estimativa foram os municípios com porte populacional superior a 100.000 habitantes, municípios pólos de regionais e aqueles que já prestavam atendimento como centro de referência. Para a realização do tratamento, os municípios deveriam ter pelo menos uma unidade de saúde atendendo, com capacidade instalada para realizar um grupo com 10 participantes por mês (120 pacientes/ano).

Quanto à reprodução de manuais, o INCA estimou, para reprodução pela Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, 15.000 manuais do

coordenador e 150.000 manuais do participante do grupo de apoio (Figura 3.8) para repasse aos municípios.

Desde o ano de 2004, o INCA vem ajustando a programação de compras de medicamentos com base nas evidências científicas sobre o grau de dependência à nicotina dos fumantes, bem como nos dados sobre o consumo de medicamentos e de manuais enviados pelas Secretarias. No ano de 2005, estimou-se para a programação que os municípios com mais de 100.000 habitantes deveriam ter o dobro de unidades de saúde que atenderam em 2004, e para os municípios entre 50.000 e 100.000 habitantes, que tivessem pelo menos uma unidade de saúde atendendo. Dessa forma, ao final de 2005, foi previsto que haveria 822 unidades de saúde em 548 municípios realizando atendimento de tratamento do tabagismo. Dos fumantes atendidos, 39.456 teriam indicação de uso de medicamentos.

Até o ano de 2006, o INCA estimou que 40% dos fumantes atendidos necessitariam de apoio medicamentoso. Nos anos de 2007 e 2008, calculou que 60% dos fumantes necessitariam de apoio (Tabela 3.5). O padrão adotado na programação para uso de medicamentos para o período de 2004 a 2008 foi baseado nas evidências científicas, na capacidade instalada das unidades de saúde municipais e, posteriormente, na proporção de fumantes atendidos que usaram apoio medicamentoso.

A tabela 3.5 revela que a estimativa realizada para uso de medicamento atendeu às necessidades apresentadas pela rede de serviço de saúde municipal, visto que o percentual de fumantes que utilizaram apoio medicamentoso estava abaixo da estimativa inicial. Não obstante, é preciso registrar que as informações enviadas pelos estados apresentavam inconsistências tanto relacionadas à regularidade do repasse, quanto à verificação dos dados no nível municipal.

Os dados apresentados também sugerem dificuldades relacionadas à capacidade de prescrição médica ou de adesão dos fumantes ao tratamento disponibilizado. Isso por que o percentual de fumantes que utilizaram medicamentos foi baixo em relação ao previsto, mesmo nos momentos em que a distribuição foi regular.

Tabela 3.5 – Estimativa de fumantes e de medicamentos adotada na programação, fumantes atendidos nas unidades de saúde e percentual de fumantes que usaram medicamento no período de 2005 a 2008.

Ano	Estimativa para atendimento	Estimativa para apoio medicamentosos	Programação de apoio medicamentosos (%)	Fumantes atendidos no grupo de apoio	Fumantes com apoio medicamentosos	Utilização de apoio medicamentosos (%)
2005	98.640	39.456	40%	13.431	2.364	6,0%
2006	173.760	104.256	60%	34.004	17.342	16,6%
2007	NA	NA	NA	36.624	21.535	NA
2008	116.000	69.600	60%	44.35	14.261	20,5%

Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

\* - Informações referentes ao atendimento no período de janeiro a setembro de 2008

Nota: NA (Não se aplica) = Não houve compra para o ano de 2006.

Foi estimado que o saldo de medicamento seria suficiente para demanda até outubro de 2007. No entanto a estimativa para atendimento no ano de 2006 (173.780) foi mantida para o período de out. 2007 a março de 2008.

A primeira remessa de manuais ocorreu no último bimestre de 2004 e contemplou as unidades de saúde capacitadas para a abordagem intensiva do fumante, que haviam enviado às secretarias estaduais de saúde as informações de atendimento dos anos anteriores ou o projeto com o número previsto de atendimentos.

A segunda remessa de manuais contemplou os municípios que enviaram, por meio das planilhas eletrônicas, as informações de realização de atendimento do segundo semestre de 2004.

Devido a problemas ocorridos no processo de licitação dos três medicamentos, a primeira remessa de medicamentos ocorreu em novembro de 2005 e foi composta por adesivos transdérmicos de nicotina e de gomas de nicotina. Além disso, foram remetidos também os manuais dos participantes do grupo de apoio. Vale ressaltar que não houve remessa do medicamento cloridrato de bupropiona, pois o processo de licitação, iniciado em 2005, só foi finalizado em novembro de 2006.

Os vários problemas relacionados à distribuição de insumos observados pela equipe da Divisão e Controle do Tabagismo do INCA levaram à realização de contatos telefônicos com os municípios no período de setembro a outubro de 2005, com o objetivo de reconhecer os problemas enfrentados na implantação do tratamento do fumante e no recebimento dos insumos, visando avaliar o processo de distribuição. Os principais problemas identificados foram:

a) os muitos municípios que relataram o não recebimento dos manuais ou o recebimento de quantidades inferiores ao descrito nas planilhas de cálculo de insumos do INCA;

b) a grande maioria dos responsáveis pela assistência farmacêutica dos municípios desconhecia o Programa e o seu papel na implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no SUS;

c) o fluxo de informações ainda era incipiente entre os gestores federais envolvidos nas ações de tratamento do fumante no SUS e remessa de insumos (INCA, DAF, Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) para garantir a continuidade das ações.

No ano de 2006, ainda foram muitas as dificuldades com relação ao envio de insumos aos municípios. A distribuição dos manuais necessários à abordagem cognitivo-comportamental do fumante foi suspensa até novembro de 2006 devido ao processo eleitoral. Outro problema que merece destaque ocorreu no mês de julho, quando o estoque de medicamentos que dão apoio ao tratamento do fumante se esgotou devido ao não cumprimento do contrato por parte das empresas farmacêuticas que os forneciam. Isso demandou uma intervenção jurídica, com atrasos no processo de licitação da compra dos medicamentos necessários e falta de um fluxo de informações mais ágil entre os setores do Ministério da Saúde envolvidos com a remessa de insumos, de modo a garantir a continuidade do processo.

Esses problemas fizeram com que muitos municípios paralisassem o atendimento ao fumante, uma vez que praticamente contaram com apenas uma remessa de medicamentos (por não haver saldo suficiente nos estoques do MS) e duas de manuais (a segunda somente ocorreu após o período eleitoral). Mesmo assim, foi possível enviar manuais dos participantes e adesivos transdérmicos de nicotina aos municípios no ano de 2006.

No ano de 2007, após o período eleitoral, o Ministério da Saúde definiu que a ASCOM não seria mais responsável pela reprodução dos manuais dos participantes cabendo a esta somente a reprodução de materiais educativos para ações de comunicação social. Diante dessa situação, a estratégia utilizada pelo INCA foi a de disponibilizar os manuais dos participantes do grupo de apoio por meio de *CD ROM* para que os municípios os reproduzissem. Assim, com a reprodução realizada pelo município, foi possível garantir a continuidade do atendimento ao fumante que desejava parar de fumar.

Desde a ampliação do tratamento ao fumante para a rede de serviços de unidades básicas e de média complexidade, ocorreu pela primeira vez no ano de 2007 a distribuição completa de todos os medicamentos que compõem o tratamento do fumante no SUS, porém sem os manuais dos participantes.

No ano de 2008 foi suspensa a distribuição de goma de nicotina, visto que sua validade era inferior a seis meses. Portanto, nesse ano foram distribuídos manuais dos participantes do grupo de apoio, adesivos transdérmicos de nicotina e cloridrato de bupropiona.

Os dados sobre a remessa e a distribuição de insumos que ocorreram no período de 2005 a 2008 (apresentados na tabela 3.6) basearam-se nas planilhas de programação enviadas pelo INCA à Coordenação-Geral de Suporte às Ações de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde para distribuição dos insumos. Contudo, muitos municípios relataram o recebimento de quantidades diferentes das calculadas pelo INCA, ou o não recebimento, comprometendo a expectativa de atendimento dos municípios.

Tabela 3.6 – Distribuição de insumos, no período de 2005 a 2008, realizada pelo Ministério da Saúde aos estados com tratamento implantado.

UF	2005				2006				2007				2008*			
	Manuais para abordagem do fumante (4 sessões)	Unidades de adesivos de nicotina (7, 14 e 21 mg)	Unidades de goma de nicotina	Unidades de comprimido de bupropiona de 150mg	Manuais para abordagem do fumante (4 sessões)	Unidades de adesivos de nicotina (7, 14 e 21 mg)	Unidades de goma de nicotina	Unidades de comprimido de bupropiona de 150mg	Manuais para abordagem do fumante (4 sessões)	Unidades de adesivos de nicotina (7, 14 e 21 mg)	Unidades de goma de nicotina	Unidades de comprimido de bupropiona de 150mg	Manuais para abordagem do fumante (4 sessões)	Unidades de adesivos de nicotina (7, 14 e 21 mg)	Unidades de goma de nicotina	Unidades de comprimido de bupropiona de 150mg
Acre	NA	NA	NA	NA	360	2.016	1.620	ND	ND	56.238	24.510	30.120	4.480	39.228	ND	4.500
Alagoas	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	ND	12.054	6.900	7.980	1.520	13.860	ND	0
Amapá	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	0	0	0	NA	0
Amazonas	240	462	360	ND	NA	NA	NA	NA	ND	3.024	660	0	0	0	NA	0
Bahia	4.464	7.224	5.580	ND	NA	NA	NA	NA	ND	67.242	32.280	19.440	12.840	94.668	ND	7.200
Ceará	13.512	28.098	21.210	ND	859		0	ND	ND	116.592	36.900	48.360	10.440	70.644	ND	11.460
Distrito Federal	11.520	46.998	38.100	ND	0	20.118	9.090	ND	ND	123.018	51.960	33.960	11.240	69.468	ND	9.120
Espírito Santo	15.960	29.904	23.940	ND	4.135	0	0	ND	ND	70.308	29.760	24.000	21.000	155.904	ND	36.840
Goias	2.022	30.324	2.430	ND	1.900	9.282	7.530	ND	ND	51.786	21.720	21.900	5.400	38.514	ND	7.740
Maranhão	2.032	5.880	4.620	ND	0	0	0	NA	NA	0	0	0	720	6.300	ND	2.160
Mato Grosso	240	462	360	ND	0	0	0	NA	NA	0	0	0	26.400	243.306	ND	1.980
Mato Grosso do Sul	19.784	37.380	26.670	ND	320	0	0	NA	ND	86.604	41.460	43.320	37.360	282.156	ND	33.360
Minas Gerais	11.920	23.925	17.820	ND	7.814	7.518	6.240	ND	ND	192.486	79.950	74.940	47.400	352.128	ND	53.460
Pará	1.689	1.050	810	ND	1.190	2.646	1.800	ND	ND	20.496	7.080	8.520	2.680	19.782	ND	1.740
Paraíba	5.280	10.122	7.920	ND	1.350	0	0	ND	ND	26.838	12.330	14.760	0	0	NA	0
Paraná	4.456	7.434	5.790	ND	10.953	25.410	20.010	ND	ND	268.002	108.810	129.180	32.120	207.984	ND	42.600
Pernambuco	5.248	6.678	5.280	ND	0	0	0	NA	ND	25.578	10.290	11.280	4.080	35.154	ND	0
Piauí	NA	NA	NA	NA	0	0	0	NA	ND	4.368	720	2.580	320	1.722	ND	420
Rio Grande do Norte	240	462	360	ND	1.060	422	342	ND	NA	0	0	0	0	0	NA	0
Rio Grande do Sul	43.890	55.230	43.890	ND	22.144	71.190	58.140	ND	ND	368.340	128.460	122.160	59.040	405.678	ND	86.460
Rio de Janeiro	30.735	57.330	46.110	ND	27.577	41.063	30.202	ND	ND	432.684	156.840	95.760	81.320	697.452	ND	59.460
Roraima	NA	NA	NA	NA	0	0	0	NA	NA	0	0	0	0	0	NA	0
Rondônia	NA	NA	NA	NA	0	0	0	NA	NA	0	0	0	0	0	NA	0
Santa Catarina	19.256	33.348	25.980	ND	23.544	13.230	10.980	ND	ND	242.046	75.960	89.700	33.640	246.540	ND	35.160
São Paulo	2.704	4.788	5.370	ND	14.750	30.870	26.280	ND	ND	128.142	53.190	61.920	24.600	178.038	ND	26.460
Sergipe	4.800	9.240	7.200	ND	2.680	0	0	ND	ND	39.060	14.700	16.800	3.720	24.234	ND	2.640
Tocantins	1.119	2.394	1.800	ND	1.116	5.418	4.800	ND	ND	8.568	300	2.100	1.960	12.474	ND	3.600
<b>Brasil</b>	<b>191.522</b>	<b>371.433</b>	<b>292.800</b>		<b>121.752</b>	<b>229.183</b>	<b>177.034</b>			<b>2.343.474</b>	<b>894.780</b>	<b>858.780</b>	<b>422.280</b>	<b>3.195.234</b>		<b>426.360</b>

Fonte: INCA – Divisão de Controle do Tabagismo.

\*Dados até setembro de 2008

NA - Não se aplica (estados sem atendimento ao fumante)

ND - Não disponível (Sem medicamento ou sem Manual do participante)

Outro aspecto que merece destaque na organização do tratamento pela esfera federal foi o fato de os medicamentos não seguirem a mesma lógica de distribuição de outros medicamentos estratégicos que estão sob a responsabilidade de compra do Ministério da Saúde, ou seja, não estarem sob a responsabilidade da assistência farmacêutica estadual no que concerne ao controle do uso racional e à distribuição ao município. Quanto aos manuais dos participantes do grupo de apoio, identificou-se a necessidade de seu reconhecimento como parte do tratamento do tabagismo, além da alocação de recursos financeiros para a sua reprodução.

Os dados registrados sugerem que a morosidade nos processos de compra e que a irregularidade de distribuição de insumos dificultaram a garantia da continuidade do atendimento ao fumante. Com base nos dados financeiros e na experiência da aluna, é possível sugerir que isso ocorreu mesmo quando havia disponibilidade de recursos financeiros para a expansão da estratégia.

Atente-se para o fato de que muitos estados não receberam medicamentos ou manuais dos participantes do grupo de apoio devido aos municípios apresentarem saldo suficiente para atender a sua demanda, conforme as informações enviadas pelos estados.

A descontinuidade na remessa de insumos do tratamento do fumante ocorreu desde a sua inserção no SUS até o ano de 2008. Ressalte-se que, transcorridos cinco anos de implantação do tratamento do fumante no SUS, os municípios ainda não receberam simultaneamente, em nenhuma das remessas, os medicamentos adesivos transdérmicos de nicotina, goma de mascar de nicotina, cloridrato de bupropiona e os manuais dos participantes do grupo de apoio. Isto, é importante sinalizar, pode estar influenciando a adesão dos municípios ao tratamento do fumante.

O fato de essas dificuldades terem ocorrido mesmo em uma situação de disponibilidade de recursos sugere que, além de recursos financeiros para aquisição de insumos, é necessária a adoção de medidas relacionadas com a logística e com a comunicação entre as esferas de governo. Isto porque é preciso garantir a continuidade no repasse de insumos e o atendimento das necessidades de cada local.

### **3.2.5. Indicadores de processo e de resultado**

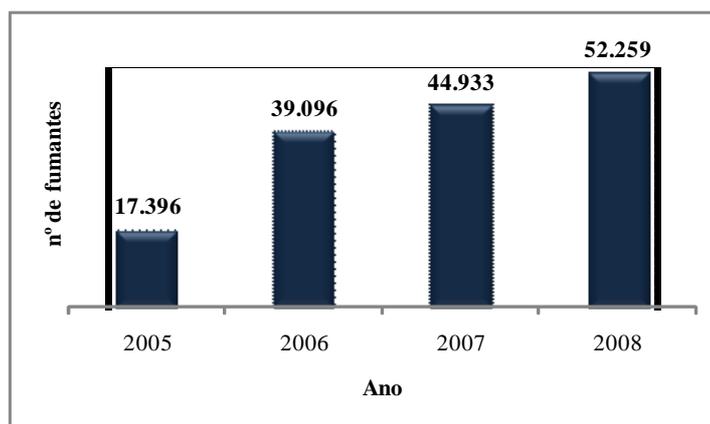
A fim de monitorar e avaliar o tratamento do fumante no SUS, o INCA definiu alguns indicadores. Estes permitem acompanhar: (1) a evolução do número de fumantes atendidos na primeira consulta de avaliação clínica; (2) a evolução do número de pacientes

que participaram da primeira e da quarta sessão estruturada; (3) a proporção entre o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada e que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada; (4) e o percentual de fumantes que fizeram uso de algum tipo de medicamento.

Cabe lembrar que, para o acompanhamento desses indicadores, o INCA depende do repasse das informações pelos municípios e estados, já que não possui um sistema de informação oficial específico para o tratamento do tabagismo.

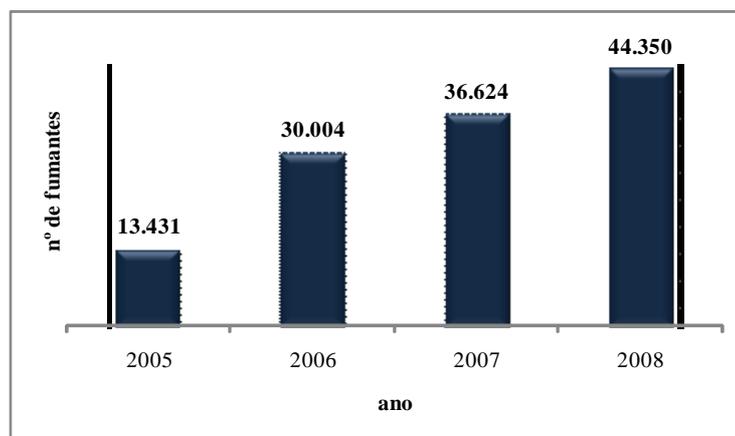
Os dados obtidos no conjunto do país no período de 2005 a 2008 mostram que houve um aumento progressivo no número de fumantes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica a cada ano (Figura 3.9) e no número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada de tratamento (Figura 3.10).

Figura 3.9 – Número de fumantes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

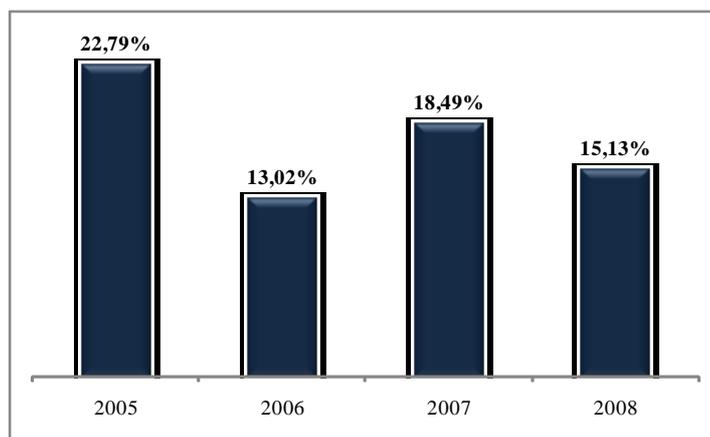
Figura 3.10 – Número de fumantes que participaram da 1ª sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

Apesar de flutuante, o percentual de perda entre o número de fumantes que participaram da primeira consulta de avaliação clínica e o número de fumantes que participaram da primeira sessão estruturada vem, no decorrer dos anos, apresentando quedas significativas (Figura 3.11).

Figura 3.11 – Percentual de perda de fumantes entre a consulta de avaliação clínica e a 1ª sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008 no Brasil.

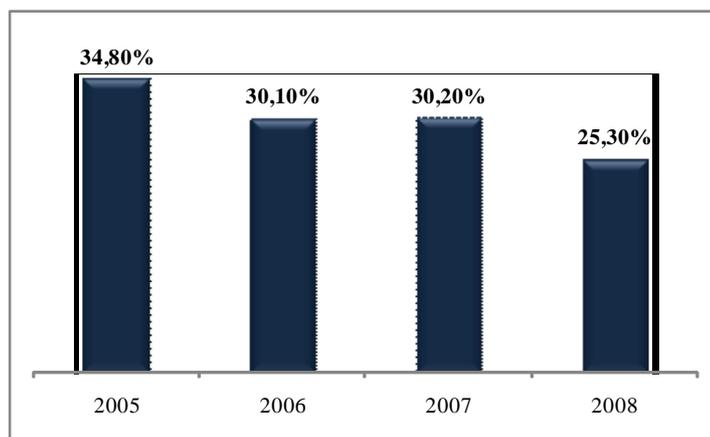


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

Como pode ser observado na Figura 3.12, ocorreu também uma queda no percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar no período de 2005 a 2008 no Brasil. Contudo é necessário ainda buscar estratégias que minimizem esse abandono. É importante que as unidades de saúde realizem uma busca ativa de pacientes

por meio telefônico ou por meio de agentes comunitários de saúde a fim reintegrá-los ao tratamento.

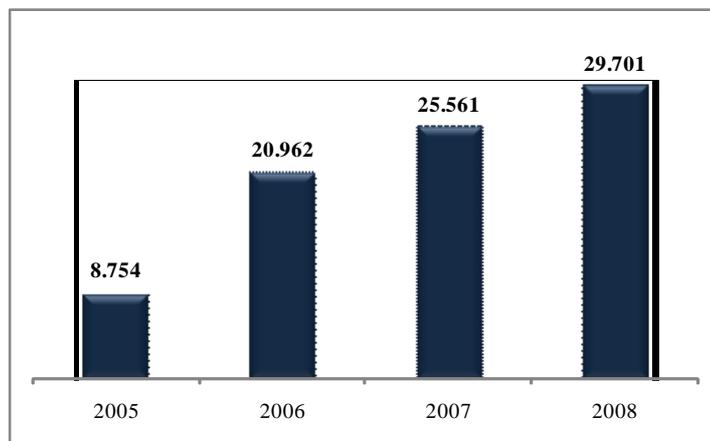
Figura 3.12 – Percentual de fumantes que abandonaram o tratamento para deixar de fumar no período de 2005 a setembro de 2008 no Brasil.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

A figura 3.13 mostra o aumento significativo no número de fumantes que participaram da quarta sessão do tratamento entre 2005 a 2006, o que pode estar relacionado à disponibilização de medicamentos aos municípios. Nos anos seguintes, esse aumento é contínuo, porém não tão expressivo. Cabe lembrar que até o final de 2008 ainda não estavam disponíveis de maneira regular os medicamentos que compõem o tratamento do fumante no SUS.

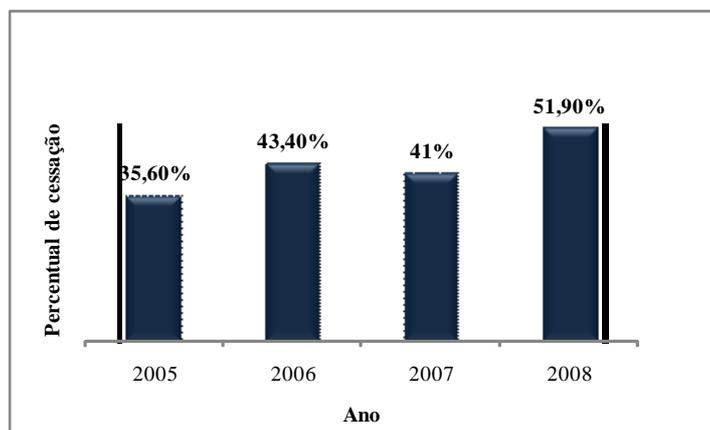
Figura 3.13. Número de fumantes que participaram da quarta sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo

A figura 3.14 evidencia o aumento no percentual de fumantes sem fumar na 4ª sessão estruturada. No entanto, faz-se necessário que o INCA estimule a realização de estudos sobre a eficácia do tratamento após um ano de abstinência de fumar.

Figura 3.14 – Percentual de fumantes que estavam sem fumar na quarta sessão estruturada no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.

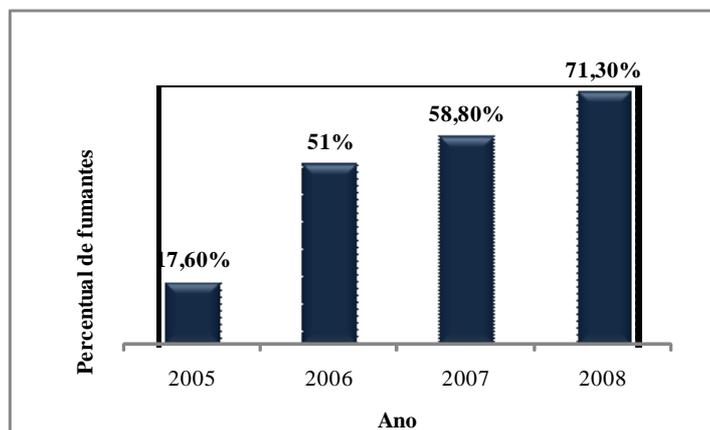


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

A figura 3.15 confirma as informações contidas nos estudos científicos realizados no Brasil sobre o perfil de fumantes que procuraram os serviços de saúde para deixar de fumar (Ver capítulo 1). Isto porque o grau de dependência à nicotina dos fumantes que buscaram tratamento nos serviços de saúde se mostrou de médio a elevado, sugerindo um aumento na indicação de apoio medicamentoso durante o tratamento para deixar de fumar.

Todavia é importante também buscar outras estratégias de abordagem para os fumantes que apresentam baixa dependência à nicotina no país.

Figura 3.15 – Percentual de fumantes que necessitaram de apoio medicamentoso no período de 2005 a setembro de 2008, no Brasil.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo.

### 3.3. Análise dos problemas na gestão federal na estratégia do tratamento do tabagismo no SUS

Apesar da prioridade e da inserção do Programa em várias políticas de Estado, ainda é necessário definir claramente os papéis e as atribuições de cada esfera de governo na condução do tratamento do fumante no SUS quanto aos aspectos de planejamento, financiamento, regulação, coordenação, controle e avaliação, e execução das ações.

Com base nas diversas estratégias metodológicas adotadas na pesquisa (análise de dados e de documentos, realização de entrevistas e experiência profissional da aluna) procurou-se mapear os problemas da gestão adotada pelo INCA no âmbito do tratamento do fumante no SUS. Tais problemas foram sintetizados no Quadro 3.3, considerando as categorias e variáveis relevantes para o estudo.

Quadro 3.3 – Identificação e caracterização de problemas na gestão do tratamento do tabagismo na esfera federal.

Tipos de problemas	Caracterização dos problemas
Estrutura de Gestão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- número reduzido de profissionais do INCA para a gestão da estratégia de tratamento;</li> <li>- fragmentação da gestão em várias instâncias do Ministério da Saúde;</li> <li>- distanciamento da infraestrutura do INCA (Rio de Janeiro, RJ), em relação às outras áreas técnicas do MS(Brasília, DF);</li> <li>- instabilidade do quadro funcional do Programa com vínculo empregatício diferenciado (estatutários e prestadores de serviço celetistas).</li> </ul>
Prioridade da estratégia na agenda governamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dificuldade de reconhecimento da prioridade estratégica do tratamento do fumante;</li> <li>- baixa adesão à estratégia por parte dos gestores estaduais e municipais do SUS.</li> </ul>
Coordenação da esfera federal de governo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inexistência de instância comum para negociação e deliberação entre as áreas técnicas;</li> <li>- baixa articulação com outros programas estratégicos do governo federal;</li> <li>- dificuldade na realização de ações conjuntas com outras áreas técnicas do MS;</li> <li>- ausência de uma agenda sistemática entre as áreas técnicas.</li> </ul>
Coordenação federal junto a estados e municípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mecanismos de divulgação deficitários;</li> <li>- insuficiência de recursos (humanos e materiais ) para apoio ao desenvolvimento de ações gerenciais junto às SES e SMS.</li> </ul>
Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fragilidade no planejamento a médio e longo prazo;</li> <li>- pouco reconhecimento das realidades locorregionais quanto ao acesso ao tratamento.</li> </ul>
Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insuficiente alocação de recursos financeiros em ações de apoio à estratégia, além da compra de medicamento;</li> <li>- baixo incentivo financeiro à adesão dos municípios;</li> <li>- fragmentação do financiamento do tratamento entre vários órgãos e em vários mecanismos (sobreposição, etc.).</li> </ul>
Monitoramento, mecanismos de controle e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pouco registro de dados no SIA/SUS sobre os procedimentos (avaliação clínica e abordagem cognitivo-comportamental);</li> <li>- ausência de um subsistema do SIA/SUS para qualificar a informação sobre a estratégia;</li> <li>- insuficiência de pesquisa de prevalência de fumantes e de resultados do tratamento;</li> <li>- deficiência no processo de avaliação;</li> <li>- fragilidade dos indicadores de resultado;</li> <li>- irregularidade no acompanhamento da estratégia em nível estadual e municipal.</li> </ul>
Gestão de insumos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- distribuição logística de medicamentos diferenciada dos demais programas estratégicos;</li> <li>- morosidade no processo de compra de medicamentos;</li> <li>- distribuição de insumos deficitária para os municípios.</li> </ul>
Execução das ações	<ul style="list-style-type: none"> <li>- baixa oferta do tratamento ao fumante nos municípios;</li> <li>- dificuldades dos profissionais de saúde na aplicação da abordagem cognitivo- comportamental quanto ao uso racional de medicamentos;</li> <li>- alta rotatividade dos profissionais de saúde no desenvolvimento da estratégia.</li> </ul>

Fonte: elaboração própria

A partir da identificação e da caracterização de problemas na esfera federal é possível constatar que:

- a estrutura de gestão esfera federal apresenta-se como um elemento importante na análise da situação atual. As atribuições das diferentes áreas federais envolvidas na política, apesar de a princípio estarem definidas e explicitadas na estrutura organizacional, apontaram fragilidades para o desenvolvimento de suas funções, como o planejamento a médio e longo prazos e a avaliação;
- o INCA tem pouco poder de decisão como coordenador da estratégia. Todas as áreas técnicas envolvidas têm poder de decisão, no entanto, estas não são compartilhadas;
- a ocorrência de constantes mudanças no quadro funcional do Ministério da Saúde, o vínculo empregatício diferenciado e o número reduzido de profissionais da área da saúde para o desenvolvimento de suas competências trazem dificuldades à condução do tratamento do tabagismo no SUS;
- a distribuição de recursos financeiros entre as áreas federais e a sobreposição de mecanismos de financiamento trazem limitações para a gestão do INCA na condução e no tratamento do tabagismo no SUS;
- a divulgação do tratamento foi incipiente e ainda não foi incorporada como uma estratégia necessária para a sensibilização de gestores e da população em geral;
- o fluxo de informações referentes à capacitação de profissionais de saúde para o tratamento do tabagismo não permitiu a obtenção de dados confiáveis do processo de capacitação e também não foram identificados estudos que avaliassem a metodologia de capacitação adotada pelo INCA junto aos profissionais de saúde que atuaram no tratamento do tabagismo;
- a programação dos insumos vem sendo ajustada ao longo dos anos. Contudo, a irregularidade na distribuição de insumos e os problemas relacionados aos processos de compra dificultam a adesão dos municípios ao tratamento;
- a falta de um subsistema de informação oficial para o tratamento do tabagismo não permite qualificar as informações atuais, dificulta o monitoramento e a avaliação do tratamento no SUS. Com isso, ainda não foi possível avaliar a sua efetividade após um ano da cessação de fumar. Os dados podem induzir a informações que não reflitam a efetividade do tratamento, visto que o fluxo de informações é irregular.

Os problemas identificados podem ser mais bem enfrentados a partir da análise da situação de gestão do tratamento do fumante no SUS no âmbito de estados e municípios, dadas as características do federalismo brasileiro e da estratégia adotada pelo INCA. Esta análise está configurada nos dois próximos capítulos.

## Capítulo 4 – A gestão estadual na implementação do tratamento do tabagismo

A descentralização das ações do controle do tabagismo para estados e municípios tem como objetivo dar maior capilaridade às ações que vêm sendo desenvolvidas e promover a melhoria na qualidade de vida da população. Assim, estados e municípios são fundamentais para alcance dos objetivos propostos pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, em especial para o tratamento do tabagismo.

As ações relativas ao tratamento são eminentemente realizadas pelos municípios e sua implantação depende, a princípio, do apoio e do acompanhamento por parte dos estados. Com isso, o INCA espera que exista sempre uma coordenação responsável pelas ações de controle do tabagismo nos vinte e seis estados e no Distrito Federal, com o papel de divulgar e sensibilizar gestores, promover a adesão, capacitar profissionais de saúde, coordenar a implantação, acompanhar e avaliar o tratamento do tabagismo no âmbito estadual.

Este capítulo faz um breve diagnóstico situacional das condições de gestão do tratamento do tabagismo nos estados, por meio de informações de questionários organizados segundo as categorias de análise da pesquisa. As informações relativas à situação de gestão do tratamento do tabagismo na área de atuação do estado foram obtidas, em sua maior parte, de dois questionários enviados às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), nos anos de 2006 e de 2008<sup>x</sup>.

Procurou-se organizar as questões dos questionários em cinco eixos: (a) estrutura da SES para condução do Programa de Controle do Tabagismo; (b) financiamento; (c) estratégias das SES voltadas para a adesão de municípios e para a articulação intragovernamental; (d) mecanismos de articulação da rede; (e) mecanismos de monitoramento, controle e avaliação.

Vale lembrar que os questionários, devido ao fato de terem sido aplicados antes desta pesquisa, não apresentaram a mesma densidade para os cinco eixos. Além disso, não dispunham de muitas questões relativas ao planejamento, por exemplo. Isso trouxe

---

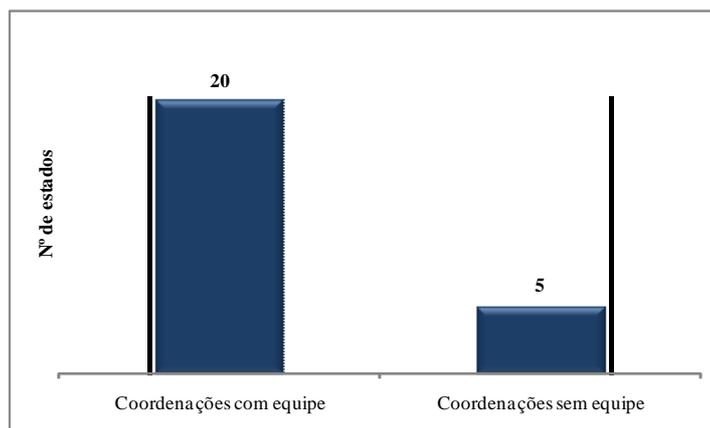
<sup>x</sup> Conforme consta na metodologia adotada neste estudo, o questionário aplicado no ano de 2006 versou sobre a implantação do tratamento e vinte estados remeteram suas respostas ao INCA. No ano de 2008, o questionário enfocou as ações do Programa de Controle do Tabagismo, e vinte e quatro estados encaminharam suas respostas.

limitações para a análise de alguns aspectos relevantes para a compreensão da capacidade de gestão no âmbito dos estados.

No que diz respeito à estrutura da SES, algumas variáveis foram consideradas relevantes: (1) a existência de coordenação estadual; (2) a existência de uma equipe para atuar no Programa; (3) a capacitação das equipes; (4) a existência de exclusividade das equipes; (5) o tempo de atuação do coordenador no Programa; (6) e o conhecimento do coordenador sobre a Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco.

A figura 4.1 mostra que a grande maioria dos estados possui uma equipe para atuar no Programa de Controle do Tabagismo. Por outro lado, observa-se que em cinco estados só existe um coordenador, que trabalha sozinho no Programa.

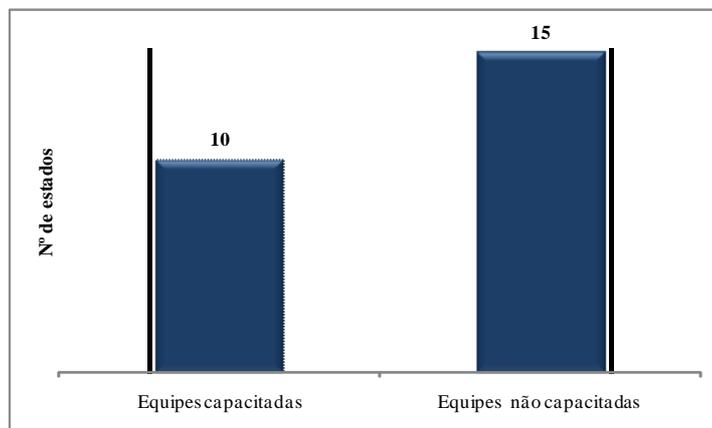
Figura 4.1 – Número de estados que apresentam equipe para desenvolver as ações para controle do tabagismo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado em 2008.

Apesar da existência de equipes, a figura 4.2 revela que quinze destas ainda não foram capacitadas para as ações do Programa. Sabe-se que para a equipe apresentar as condições necessárias à condução de todas as estratégias do Programa é importante que estejam devidamente capacitadas. A alta rotatividade dos profissionais apresenta-se como um dificultador na gestão das ações de saúde e exige várias rodadas de capacitação de profissionais.

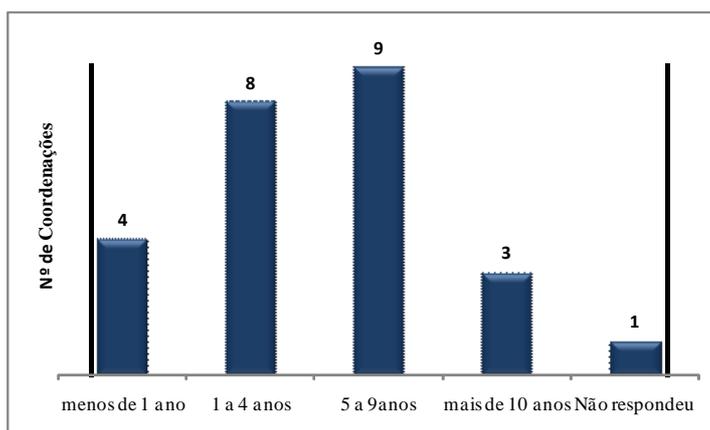
Figura 4.2 – Número de estados com equipes capacitadas para as ações de controle do tabagismo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo- Banco de dados do questionário aplicado em 2008.

Na figura 4.3 é possível observar a distribuição dos coordenadores estaduais segundo o tempo na condução do Programa. É notada uma grande variação no tempo de atuação dos coordenadores na gestão do Programa, mas a figura mostra que as coordenações, na sua grande maioria, estão à frente do Programa tempo suficiente para preparar os profissionais que compõem sua equipe. Verifica-se que na metade dos estados o tempo de gestão é superior a cinco anos.

Figura 4.3 – Distribuição dos coordenadores segundo seu tempo de atuação no Programa.



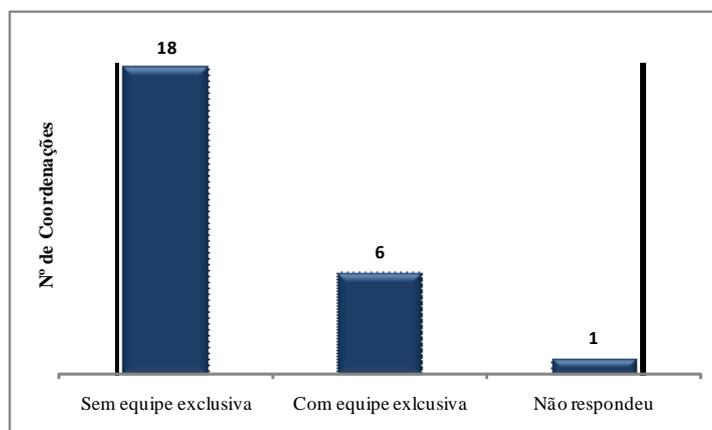
Fonte: INCA/Divisão de Controle de Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

Quanto à escolaridade e formação, as respostas ao questionário mostram que os profissionais da equipe, incluindo o coordenador, possuem terceiro grau. São profissionais

da área da saúde e da área da educação, além de profissionais de nível médio, que atuam no apoio administrativo.

A figura 4.4 mostra que em dezoito coordenações as equipes de trabalho não são exclusivas para o desenvolvimento das ações do Programa. Apenas seis estados apresentam equipes com esta função específica. A falta de profissionais com dedicação exclusiva ao Programa pode prejudicar o processo de implantação de ações para o controle do tabagismo nos municípios.

Figura 4.4 – Número de coordenações estaduais com ou sem equipes exclusivas para as ações do Programa.

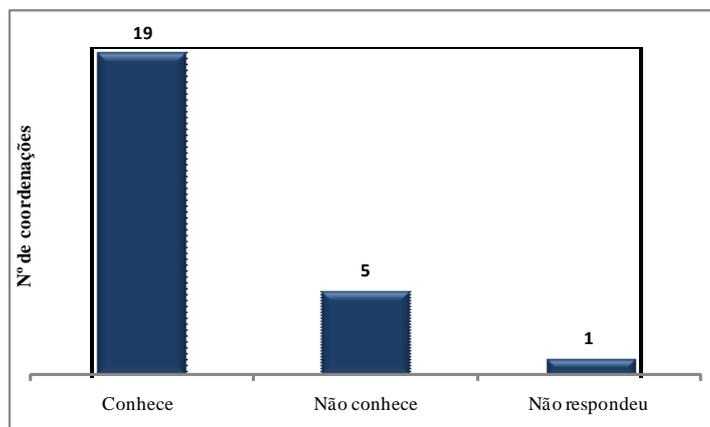


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

Outra variável considerada para avaliar o grau de estruturação da coordenação do Programa foi o conhecimento do coordenador sobre a Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco. Isso porque o INCA utiliza a Rede como uma forma de divulgar estudos científicos e ações do Programa que se destacam, a fim de compartilhar experiências e atentar para os últimos acontecimentos relacionados ao controle do tabaco no Brasil e nos países que a integram. Assim, é muito importante que as coordenações participem e interajam com os outros membros dessa rede.

A figura 4.5 mostra que a grande maioria das coordenações conhece a rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco. No entanto, cinco coordenações ainda a desconhecem, o que parece indicar falhas nos mecanismos de comunicação da RIACT.

Figura 4.5 – Número de estados com coordenações estaduais que conhecem ou não a Rede Ibero-Americana para Controle do Tabaco.

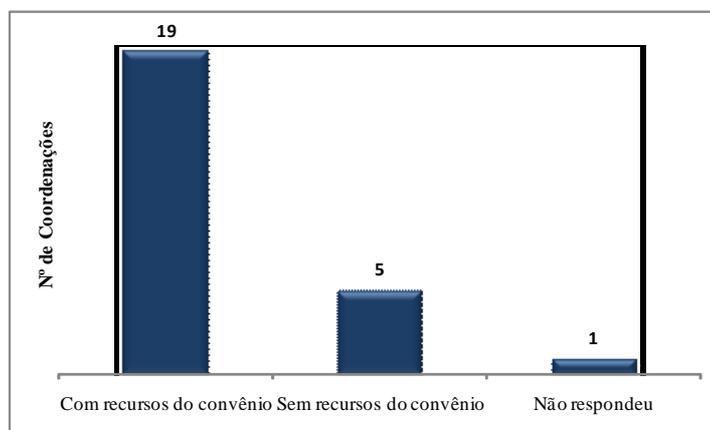


Fonte: NCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

Não houve uma pergunta específica sobre a inserção do Programa na estrutura administrativa do governo. No entanto, com base na experiência profissional da aluna, sabe-se que em alguns estados (Amazonas, Acre e Santa Catarina, por exemplo), o Programa se encontra fora da estrutura física das secretarias, estando ligado a fundações.

O financiamento para as ações de controle do tabagismo foi o segundo eixo considerado neste estudo. Pôde ser observado que o Fundo Nacional de Saúde disponibilizou recursos financeiros aos estados como uma forma de estruturar as ações de controle do tabagismo. Assim, foram repassados recursos financeiros por meio de um convênio com as SES, em cujo processo o INCA teve o papel de interveniente. O convênio continha várias rubricas, dentre estas: capacitação de profissionais de saúde, comemoração de datas pontuais e realização de supervisão. Atualmente, dezenove estados ainda contam com apoio do convênio para realizar ações de controle do tabagismo (Figura 4.6).

Figura 4.6 – Número de estados que possuem recursos do convênio com o Fundo Nacional de Saúde para as ações de controle do tabagismo.

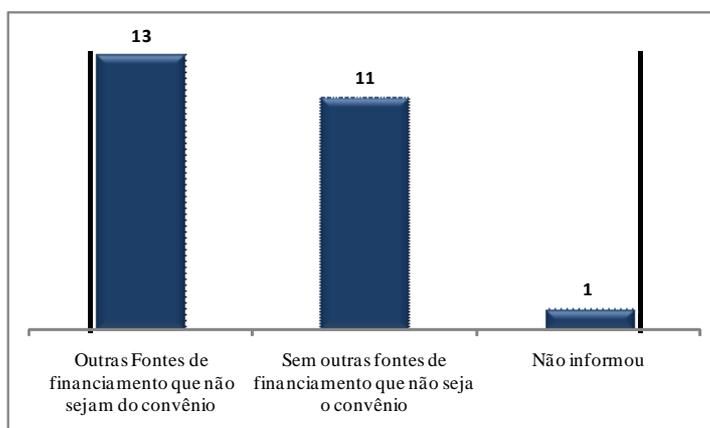


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

Vale ressaltar ainda que existem outras fontes de financiamento disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. Esses recursos podem ser utilizados para ações de controle do tabagismo, como por exemplo, os disponibilizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde para capacitação das vigilâncias sanitárias municipais em procedimentos para ambientes livres de fumo. Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde pode aportar recursos para ações que julgue prioritária.

A figura 4.7 mostra que em treze estados as coordenações informaram outras fontes de recursos além do convênio com o Fundo Nacional de Saúde. Isso pode favorecer a continuidade do Programa nesses estados e sugere que essas coordenações estão atentas às fontes de recursos que podem contribuir para melhoria de sua gestão e com isso favorecer a capilaridade de ações para o controle do tabagismo.

Figura 4.7 – Número de estados que possuem outras formas de financiamento para ações de controle do tabagismo.



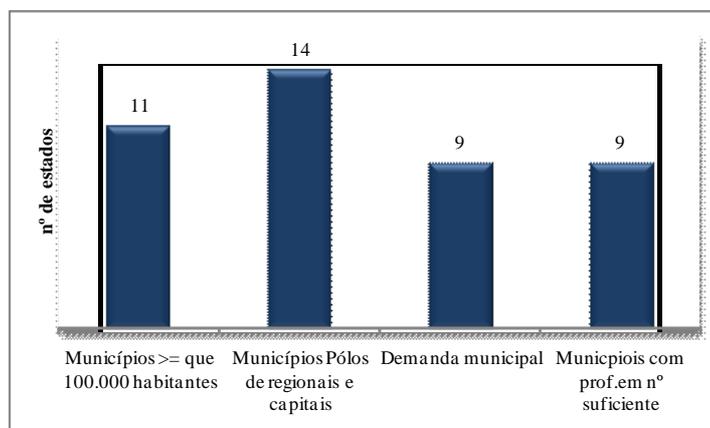
Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

Um terceiro grupo de questões se relaciona às estratégias adotadas pelas SES para sensibilização e busca da adesão aos municípios para a implantação do tratamento, bem como às estratégias de negociação e de coordenação intergovernamental. Nesse âmbito, uma primeira variável considerada foi a existência de estratégias para seleção de municípios com vistas à implantação do tratamento.

A figura 4.8 mostra a existência de estratégias variadas entre os estados para identificação e captação de municípios. Onze estados destacam que priorizam os municípios de 100.000 ou mais habitantes; quatorze adotam como critério o município ser pólo de regional e capital; nove adotam a própria demanda do município para implantação da estratégia.

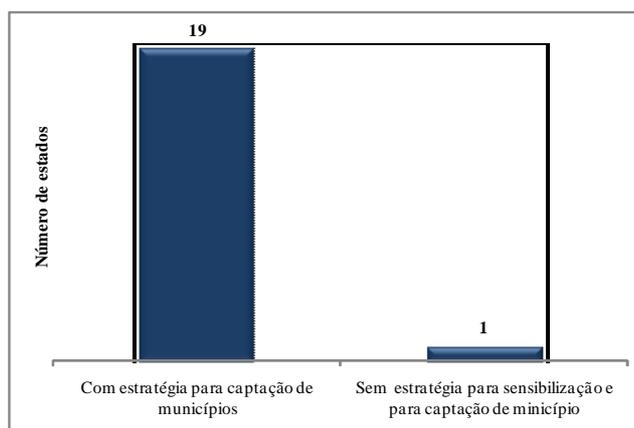
Uma questão fundamental para os gestores estaduais é o desenvolvimento de estratégias para captação de municípios. Desse modo, conforme mostra a figura 4.9, as coordenações do Programa vêm, com base em estratégias definidas, sensibilizando gestores e profissionais de saúde para implantação das ações de controle do tabagismo nas redes municipais de saúde.

Figura 4.8 – Distribuição dos estados segundo os critérios para selecionar municípios para implantação do tratamento do tabagismo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Figura 4.9 – Número de estados com coordenações estaduais que utilizam estratégias para sensibilização e captação de municípios.



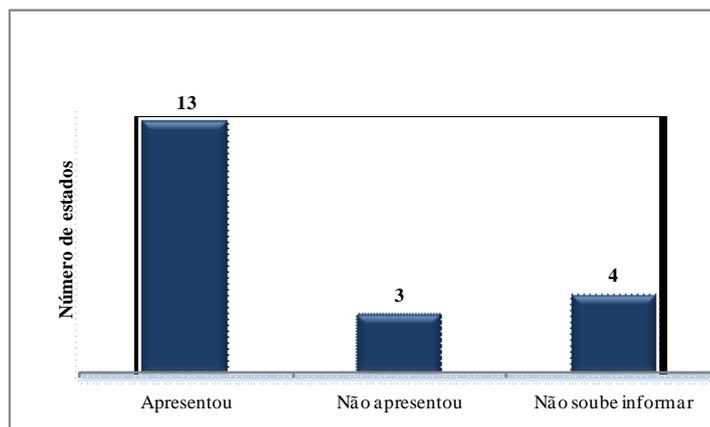
Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Outra variável relevante diz respeito à valorização da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como uma instância de divulgação e de negociação. A pactuação na CIB pode contribuir para a implantação das ações de controle do tabagismo nos estados. O número de municípios que pactuaram o tratamento do tabagismo na CIB é da mesma forma, um dado importante para garantia da implantação do tratamento na rede municipal de saúde.

Nesse sentido, procurou-se observar se os estados, por meio das coordenações, apresentaram o instrumento normativo relativo ao tratamento do tabagismo nas CIBs.

Treze coordenações apresentaram nessa instância o instrumento regulatório do tratamento, objetivando sensibilizar os gestores para implantação do tratamento na rede municipal de saúde (Figura 4.10).

Figura 4.10 – Número de coordenações estaduais que apresentaram o instrumento normativo do tratamento do fumante na CIB.

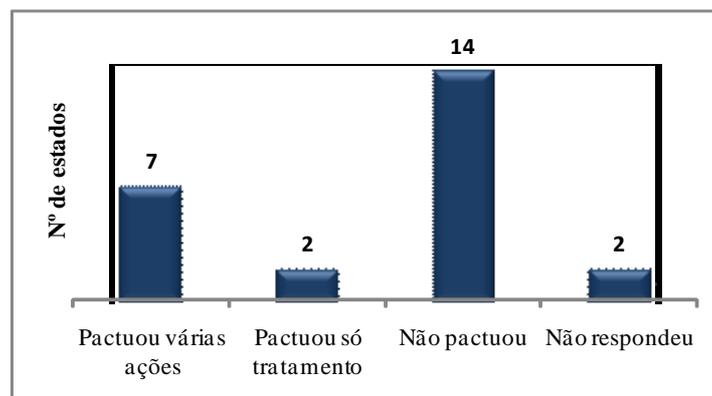


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo -- Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Assim verifica-se a ocorrência de um primeiro movimento realizado pelas coordenações estaduais de debate das ações para controle do tabagismo na CIB. Contudo, sete estados pactuaram as ações gerais do Programa, sendo que dois pactuaram somente o tratamento, enquanto quatorze estados ainda não conseguiram pactuar nenhuma das ações do programa (Figura 4.11).

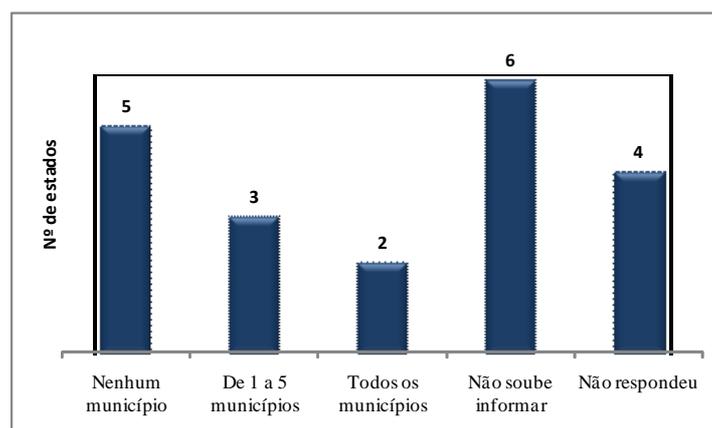
A figura 4.12 mostra que somente dois estados informaram ter pactuado o tratamento com todos os municípios e que dois estados pactuaram com somente um ou com até cinco municípios. Se somarmos os estados cujos municípios não pactuaram o tratamento com os que não souberam informar, mais os que não responderam, totalizam-se quinze estados sem registro de pactuação municipal, o que pode explicar, em parte, a baixa adesão ao tratamento no SUS e conseqüentemente sua fragilidade nessas instâncias de governo

Figura 4.11 – Distribuição dos estados segundo a pactuação das ações de controle do tabagismo na CIB.



Fonte: INCA/Coordenação de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008.

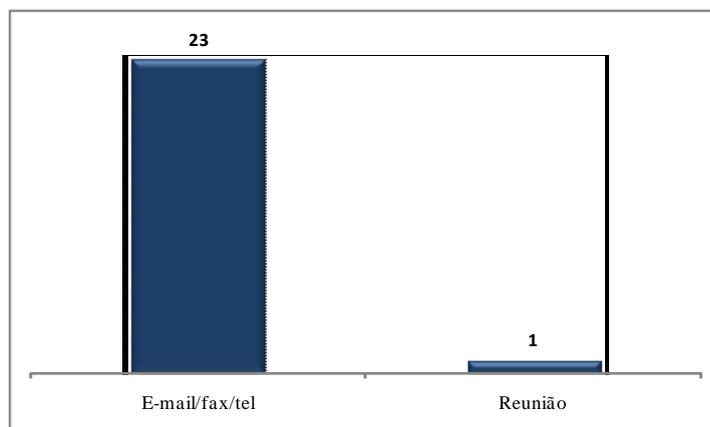
Figura 4.12 – Distribuição dos estados segundo a quantidade de municípios que pactuaram o tratamento do tabagismo na CIB.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Várias são as formas de comunicação entre as esferas de governo. A figura 4.13 indica que os meios mais comuns para comunicação são o correio eletrônico, o fax e o telefone.

Figura 4.13 – Distribuição dos estados segundo as formas de comunicação adotadas entre as esferas de governo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

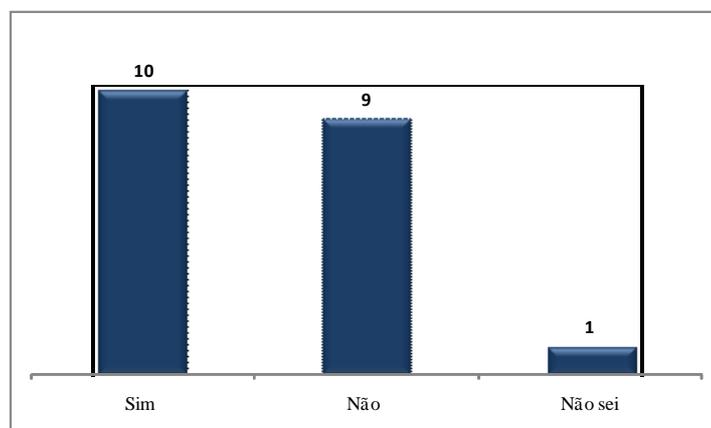
Essa comunicação virtual sugere agilidade para transmitir e para interagir entre estados e municípios. Observa-se, porém, que um único estado se diferencia por utilizar as reuniões presenciais. Sabe-se que essa forma de comunicação favorece a interação e a troca de experiências através de um contato direto e, por esse motivo, precisa ser cada vez mais estimulada por todas as esferas de governo.

O quarto eixo de análise diz respeito aos mecanismos de articulação da rede nos municípios, ou seja, às formas de organização da rede para referenciar o fumante que deseja deixar de fumar.

A figura 4.14 revela que dez estados informaram estar organizados para encaminhamento dos fumantes que desejam parar de fumar aos municípios com rede de atendimento estabelecida. No entanto, existe um mesmo número de estados que ainda não buscaram formas para identificação e encaminhamento dos fumantes.

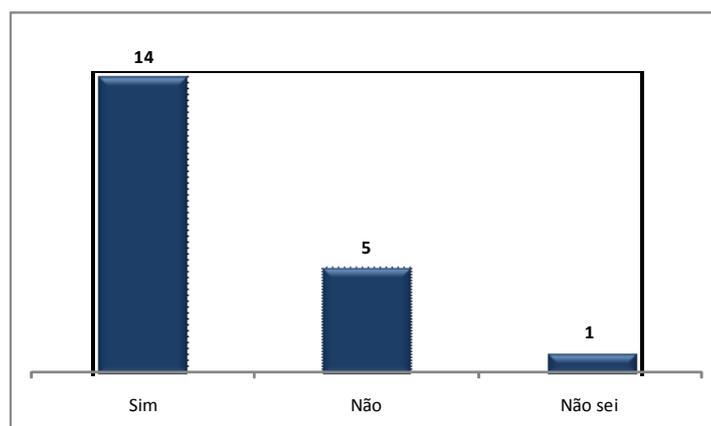
Outro mecanismo importante na organização da rede de atendimento ao fumante é o estabelecimento de referência para exames no auxílio diagnóstico e ou atendimento especializado, visto que muitos destes fumantes podem apresentar doenças relacionadas ao uso do tabaco e necessitar de tratamento especializado. A figura 4.15 sugere, segundo informações dos coordenadores, que em quatorze estados existe uma rede de referência estabelecida para atendimento especializado.

Figura 4.14 – Distribuição dos estados segundo a existência de mecanismos para identificação e encaminhamento ao tratamento para cessação de fumar.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

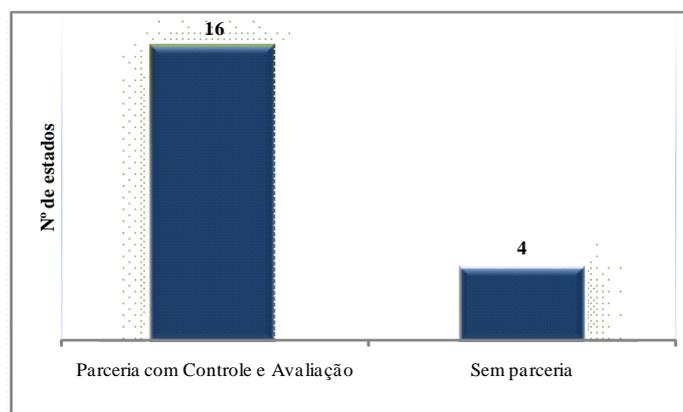
Figura 4.15 – Distribuição dos estados segundo a existência de referência para exame diagnóstico e ou atendimento especializado.



Fonte: INCA/Divisão de Controle de Tabagismo - Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

O quinto eixo envolveu questões relacionadas aos mecanismos de monitoramento, controle e avaliação. O INCA tem valorizado as práticas estaduais do controle e avaliação. Isso é fundamental tanto para condução do Programa, em especial do tratamento do fumante, quanto para o credenciamento das unidades de saúde. O serviço de controle e avaliação pode ser um parceiro ativo no processo de capacitação de profissionais de saúde e das coordenações municipais do Programa e, dessa forma, tem um papel relevante na implantação do tratamento na rede municipal de saúde. A figura 4.16 mostra que dezesseis coordenações trabalham em parceria com o serviço de Controle e Avaliação da SES.

Figura 4.16 – Número de coordenações estaduais que trabalham em parceria com o Serviço de Controle e Avaliação.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

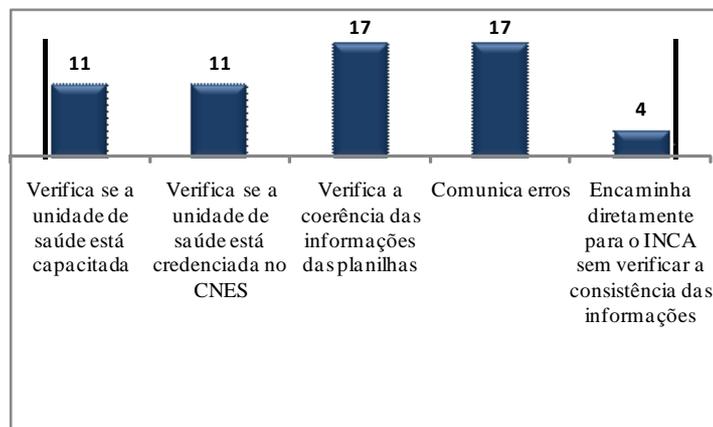
Uma atividade desenvolvida pelas coordenações estaduais é a verificação de informações enviadas pelos municípios sobre: (a) a capacitação dos profissionais da unidade de saúde; (b) o credenciamento da unidade de saúde no CNES em código específico para tratamento do tabagismo; e (c) a coerência dos dados informados nas planilhas. Isso envolve também tomadas de decisões sobre os dados encaminhados que não estão em conformidade com o desenvolvimento da estratégia no município.

Assim, observa-se na figura 4.17 que vários estados verificam as informações referentes ao tratamento do tabagismo enviadas pelos municípios. Contudo, quatro estados informam encaminhá-las diretamente ao INCA, sem verificar o conteúdo das informações recebidas.

Apesar de as coordenações informarem a verificação e a análise das informações contidas nas planilhas referentes ao tratamento antes de encaminhá-las ao INCA, observa-se que a grande maioria das informações recebidas trimestralmente apresenta-se de forma inconsistente, o que faz com que a equipe do INCA as reenvie para uma nova verificação.

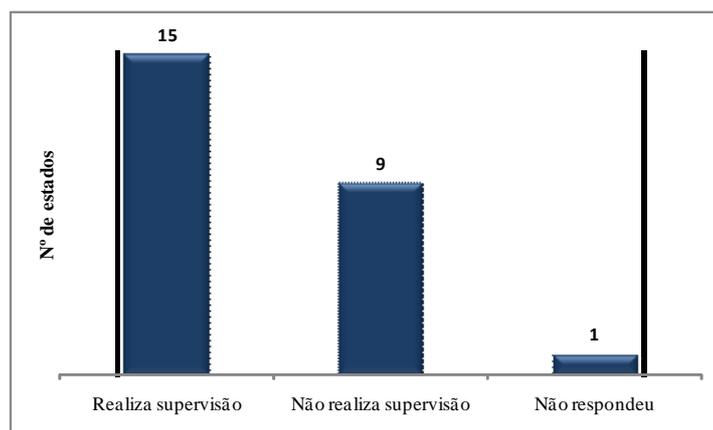
Outra forma de acompanhar o processo de implantação e de implementação das ações consiste na realização de supervisão direta nos municípios. A figura 4.18 mostra que quinze estados informaram a realização de supervisão junto aos municípios para acompanhar e subsidiar a implantação das ações de controle do tabagismo. No entanto, nove estados ainda não utilizam essa forma de monitoramento

Figura 4.17 – Distribuição das coordenações estaduais segundo as informações de procedimentos realizados para verificação das informações referentes ao tratamento do tabagismo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Figura 4.18 – Distribuição dos estados segundo a realização de supervisão nos municípios.

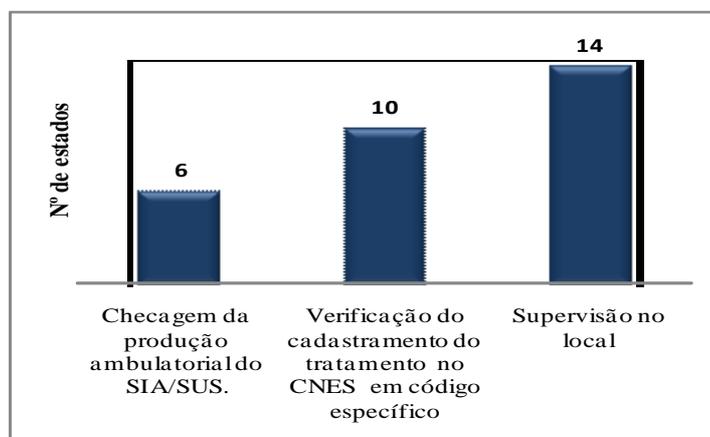


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2008

Vale salientar que os dados obtidos por meio de supervisão devem compor o monitoramento e avaliação do tratamento do tabagismo no SUS.

A figura 4.19 indica que as coordenações fazem uso de uma variedade de recursos para monitorar o tratamento no município.

Figura 4.19 – Distribuição dos estados segundo os recursos utilizados para monitoramento do tratamento no município.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo - Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Outro aspecto que merece destaque é a subnotificação dos procedimentos relativos ao tratamento do tabagismo no SUS. Isso requer das coordenações um monitoramento e uma ação constante junto aos municípios para melhoria no processo de notificação. O quadro 4.1 mostra que somente em nove estados existem estratégias para melhorar a subnotificação dos procedimentos.

Quadro 4.1 – Ações informadas pelos estados para melhoria das notificações dos procedimentos do tratamento do tabagismo no SUS.

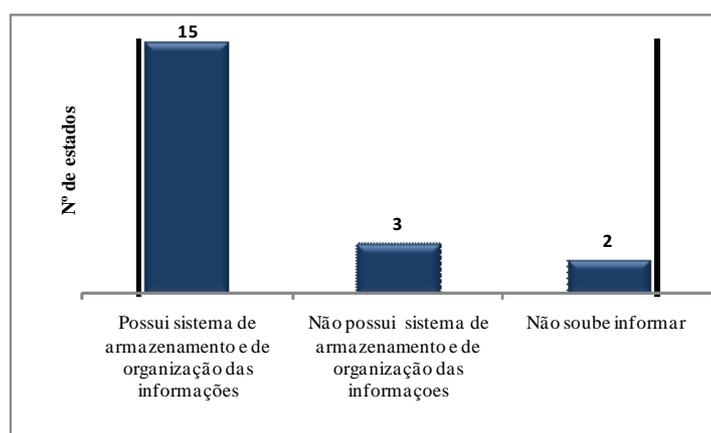
Ações para melhoria da notificação dos procedimentos do tratamento do fumante no SUS	UF
Realiza reuniões com coordenadores municipais ou representantes das Regionais.	AL, AM, CE, DF, MG.
Notifica por meio de ofício, email ou telefone.	BA, TO, SC, RS.
Necessita discutir com outros estados.	PB
Não está com a estratégia implantada.	RO, AP, AC.
Não sabe como proceder.	AC
Nenhum município notifica.	ES
Não respondeu.	MT, MS, PI, SP, PR.

Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006

Não menos relevante é o fato de que a maioria dos coordenadores desconhece a importância de se registrar os procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS.

É fundamental que as coordenações estaduais tenham um sistema de armazenamento para organização das informações relacionadas ao tratamento. Isso permitirá o monitoramento da implantação do tratamento nos municípios e uma intervenção adequada no momento que se fizer necessário. A figura 4.20 mostra que a grande maioria das coordenações (quinze) possui um sistema para armazenamento das informações de atendimento do tratamento do fumante.

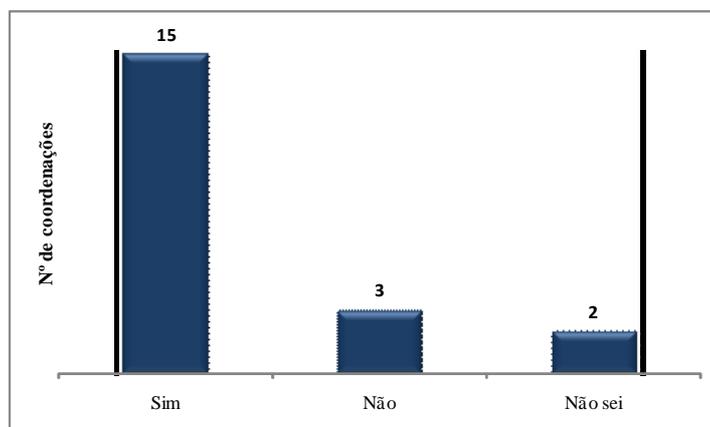
Figura 4.20 – Distribuição dos estados segundo a existência de sistema de armazenamento ou de organização das informações de atendimento do tratamento do tabagismo.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006

Dentre as informações que necessitam estar registradas e monitoradas está o recebimento de insumos (medicamentos e manuais dos participantes do grupo de apoio) pelos municípios. A figura 4.21 mostra que em quinze estados existe um mecanismo para buscar informações nos municípios sobre recebimento de insumos referentes ao tratamento. Com isso, as coordenações estaduais possuem subsídios para exigir do gestor federal uma ação mais efetiva no que se refere à distribuição de insumos. Verifica-se ainda que algumas coordenações ainda desconhecem ou não desenvolvem mecanismos para obter informações fidedignas sobre o recebimento de insumos.

Figura 4.21 – Número de coordenações estaduais que informaram possuir registro sobre o recebimento de insumos nos municípios.

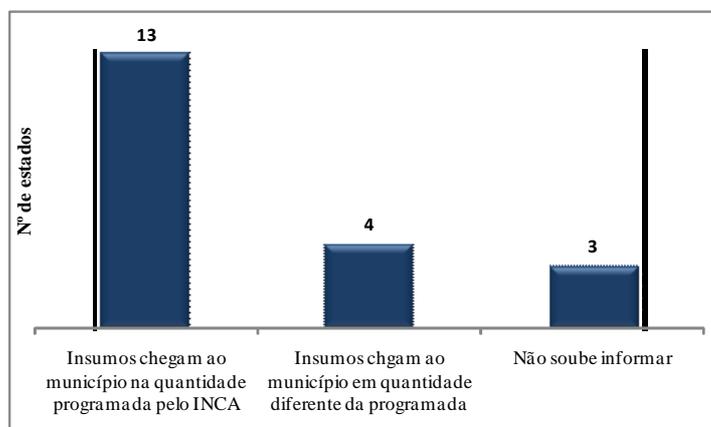


Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo - Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Vale ressaltar que o INCA, conforme abordado no capítulo anterior, baseia-se nas informações enviadas pelos estados sobre os insumos (medicamentos e manual de participante do grupo de apoio) para calcular a quantidade de insumos que enviará aos municípios. Assim, é fundamental obter informações dos municípios sobre a quantidade de insumos que recebem. Estas informações precisam ser em número igual ao que o INCA enviou ao Departamento de Assistência Farmacêutica.

Onze estados informam que a quantidade de insumos recebidos pelos municípios foi igual às quantidades calculadas pelo INCA. No entanto, vários são os registros por correio eletrônico de municípios informando que as quantidades de manuais são muito irregulares, chegando até a não receber quantidade de manuais de uma determinada sessão ou a receber um número de manuais bem maior do que a sua capacidade instalada para atendimento. A figura 4.22 mostra que em treze estados a quantidade informada pelo INCA ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) foi a mesma que chegou aos municípios. Esse é um dado importante e requer das coordenações estaduais um monitoramento constante a fim de subsidiar a gestão federal.

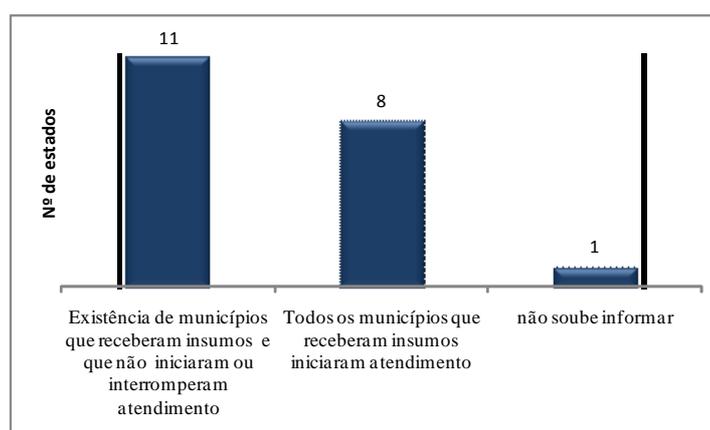
Figura 4.22 – Distribuição dos estados segundo as informações de chegada de insumos nos municípios.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Um último grupo de questões se relacionou às dificuldades registradas pelas coordenações estaduais para a implantação do tratamento nas unidades de saúde. O número de estados que informam dificuldades nesse âmbito é bastante significativo. Um dos indicadores disso é o fato de onze estados relatarem que vários municípios não iniciaram ou interromperam o atendimento, mesmo tendo recebido insumos para o tratamento do tabagismo e possuindo registro de profissionais capacitados (Figura 4.23).

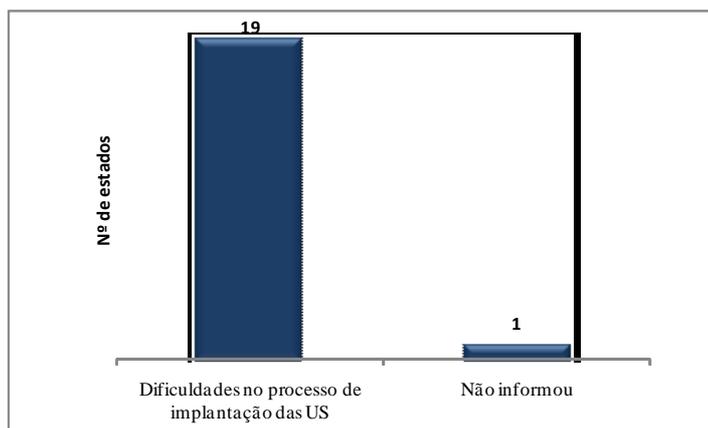
Figura 4.23 – Distribuição por estados segundo relação entre recebimento de insumos e realização de atendimentos.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

Além disso, dezenove coordenações informaram problemas no processo de implantação do tratamento nas unidades de saúde (Figura 4.24).

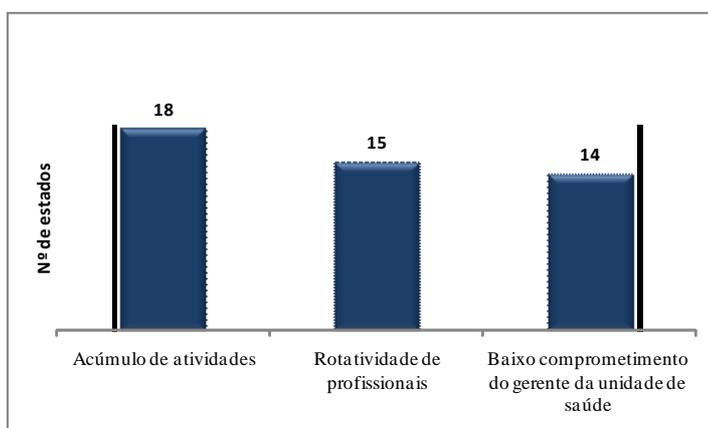
Figura 4.24 – Distribuição dos estados segundo a apresentação de dificuldades no processo de implantação do tratamento do tabagismo nas unidades de saúde.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006

Vários podem ser os motivos pelos quais os estados abordam dificuldades na implantação. Conforme demonstra a figura 4.25, três dificuldades principais são destacadas pelas coordenações estaduais: (a) o acúmulo de atividades pelos profissionais de saúde; (b) a rotatividade desses profissionais; e (c) o baixo comprometimento do gerente da unidade de saúde.

Figura 4.25 – Distribuição dos estados segundo as dificuldades encontradas na implantação do tratamento do tabagismo nas unidades de saúde.



Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo - Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006

Diante das respostas apresentadas nos questionários sobre o processo de implantação do tratamento do tabagismo foi elaborado o quadro 4.2, que revela potencialidades e dificuldades identificadas pelas coordenações estaduais no processo de implantação do tratamento na rede do SUS.

Quadro 4.2 – Algumas potencialidades e dificuldades identificadas pelas coordenações estaduais na implantação do tratamento do tabagismo no SUS.

Potencialidades	Dificuldades
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de fóruns gestores (Congressos e reuniões).</li> <li>- Comissão Intergestores Bipartite.</li> <li>- Supervisões em geral.</li> <li>- Interesse das áreas técnicas municipais em implantar o Programa.</li> <li>- Demanda do gestor municipal.</li> <li>- Utilização de outras estratégias do Programa como forma de sensibilização de gestores.</li> <li>- A existência de Coordenações Municipais instituídas.</li> <li>- Distribuição de materiais do Programa por mala direta da União dos Prefeitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade na conformação de equipe multidisciplinar no Programa, para desenvolver de forma mais integral as ações propostas pela política.</li> <li>- Falta de sensibilidade e de comprometimento do gestor municipal na implantação do tratamento.</li> <li>- Rotatividade de profissionais de saúde na rede de serviços municipais.</li> <li>- Rotatividade de Secretários Municipais de Saúde e de coordenador municipal do PCT.</li> </ul>

Fonte: INCA/Divisão de Controle do Tabagismo – Banco de dados do questionário aplicado no ano de 2006.

O quadro mostra que as coordenações estaduais estão atentas à importância dos espaços políticos como uma forma de divulgar e sensibilizar gestores para a implantação do tratamento do tabagismo no SUS. A utilização das reuniões da CIB é vista como outro meio que permite a negociação e que favorece a pactuação das ações, podendo, assim, ajudar na implantação do tratamento nos municípios.

Observa-se que foram relatadas algumas dificuldades que são mais gerais e que estão relacionadas às questões estruturais do sistema de saúde.

Os dados presentes neste capítulo sugerem que as estruturas das coordenações estaduais estão fragilizadas e com isso a capacidade de gestão apresenta-se de forma incipiente em alguns estados para conduzir um Programa com tantas vertentes. Por isso mesmo, a comunicação entre as áreas de governo é fundamental, já que viabiliza a atualização, repasse das informações e o acompanhamento das atividades do Programa. Além disso, os dados revelam que poucas são as equipes capacitadas para atuar em todas as estratégias que envolvem o controle do tabagismo no país.

Não obstante, existem condições para que as dificuldades sejam sanadas ou minimizadas. Para isso, é preciso haver um comprometimento dos gestores estaduais e municipais. Cabe à coordenação estadual sensibilizar e apoiar os municípios na organização da rede de serviços e ao gestor municipal priorizar a organização da rede de serviços. Caso contrário, o atendimento ao fumante ficará prejudicado e, conseqüentemente, isto se refletirá na adesão dos municípios.

A seguir será apresentado um resumo do diagnóstico da situação dos estados na condução do tratamento do tabagismo no SUS (Quadro 4.3).

Quadro 4.3. Resumo do diagnóstico situacional da gestão estadual no tratamento do tabagismo.

Região	UF	Estruturação da SES para condução do Programa de Controle do Tabagismo				Estratégias das SES voltadas para a adesão de municípios e para a articulação inter-governamental.				Organização da rede.		Mecanismos de monitoramento, controle e avaliação.		Dificuldade na implantação	Pontuação/ Estado (máximo= 14 pontos)
		Indicadores				Indicadores				Indicadores		Indicadores		Indicador	
		Existência de equipe para desenvolvimento das ações do PNCT	Equipes capacitadas para as ações do PNCT	Equipes exclusivas para o PNCT	Outras fontes de financiamento as ações de controle do tabagismo	Estratégias p/ sensibilização de gestores	Pactuação do Programa na CIB	Apoio as coordenações municipais nas reuniões da CIB	Realização de reuniões periódicas com a coordenação municipal	Existência de mecanismos para identificação e encaminhamento ao tratamento	Existência de rede p/ encaminhamento do fumante para tratamento especializado	Realização de supervisão	Existência de procedimentos para verificação das informações enviadas pelos município	Existência de municípios que receberam insumos e não iniciaram tratamento	
Norte	Acre	1	0	0	1	1	0	NR	1	0	0	1	1	0	6
	Amapá	0	0	0	0	1	0	NR	NR	0	NS	0	0	NS	1
	Amazonas	1	1	1	1	1	1	NR	NR	1	0	1	1	1	10
	Pará	1	0	1	0	NR	0	1	1	NR	NR	0	NR	NR	4
	Roraima	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	6
	Roraima	1	0	0	0	NR	0	NR	NR	NR	NR	0	NR	NR	1
	Tocantins	1	0	1	0	1	1	NR	0	0	1	1	1	1	8
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		
Nordeste	Alagoas	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8
	Bahia	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	7
	Ceará	1	1	0	1	1	NR	NR	0	1	1	1	1	0	8
	Maranhão	1	1	0	1	NR	0	1	0	NR	NR	1	NR	NR	5
	Paraíba	1	1	0	1	0	1	NR	0	1	1	1	1	1	9
	Pernambuco	NR	NR	NR	NR	1	NR	1	0	1	1	NR	NR	0	4
	Piauí	1	0	0	1	1	0	NR	1	1	1	0	1	1	7
	Rio Grande do Norte	0	0	0	0	NR	1	0	0	NR	NR	0	NR	NR	1
	Sergipe	0	0	0	1	NR	0	NR	0	NR	NR	1	NR	NR	2
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	
Centro-Oeste	Distrito Federal	1	1	1	0	1	NR	NR	NR	1	1	0	1	1	8
	Goiás	1	1	0	0	NR	1	1	0	NR	NR	1	NR	NR	5
	Mato Grosso	1	1	0	0	1	0	NR	NR	0	0	0	1	0	4
	Mato Grosso do Sul	1	1	0	1	1	0	NR	NR	0	1	1	1	0	7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		
Sudeste	Espírito Santo	1	0	0	1	1	1	NR	1	0	1	0	1	0	7
	Minas Gerais	1	0	0	0	1	0	NR	0	0	1	NR	1	0	4
	Rio de Janeiro	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	0	NR	NR	0	NR	NR	0
	São Paulo	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		
Sul	Paraná	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	8
	Rio Grande do Sul	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	8
	Santa Catarina	1	0	0	0	1	0	NR	0	0	1	0	1	0	4
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	
<b>Brasil</b>	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	

Fonte: banco de dados dos questionários aplicados as coordenações estaduais em 2006 e 2008 e banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais em 2008.

Nota: Para todos os indicadores (com exceção do último "Existência de municípios que receberam insumos e não iniciaram o tratamento"), 0=Não, 1=Sim e NR= Não respondeu ao questionário ou à questão. Somente para o indicador "Existência de municípios que receberam insumos e não iniciaram o tratamento", 0= sim, 1= Não e NR=Não respondeu ao questionário ou a questão.

Ressalte-se que a situação estadual de implantação do tratamento do tabagismo não é somente fruto da gestão estadual, dada a corresponsabilidade da União e o importante papel dos municípios na implantação da estratégia. A pontuação conferida não visou comparar os estados entre si, mas ter elementos para analisar os motivos das dificuldades de implantação do tratamento no SUS, objetivando o aprimoramento da condução nacional do PNCT.

O total de pontos que ficou estabelecido diante das variáveis escolhidas foi o de quatorze pontos (correspondente a 100%). Observa-se que nenhum estado alcançou o máximo de pontos e que três estados alcançaram de 64% a 78% da pontuação máxima. O estado que obteve maior pontuação foi São Paulo (78%), que mesmo assim apresentou dificuldades na estrutura do Programa por não possuir equipe capacitada e nem exclusiva para as ações.

Constata-se que dez estados alcançaram de 50% a 58% da pontuação máxima. No entanto, a capacidade de governo desses estados se revela fragilizada para conduzir um Programa com tantas linhas de ações, visto que requer conhecimentos e habilidades bastante diversificados para a compreensão da magnitude que envolve o controle do tabagismo.

Treze estados obtiveram um percentual entre 14% e 42% da pontuação máxima. Isso demonstra que para vinte e três estados há necessidade de a esfera federal sensibilizar os dirigentes estaduais a fim de que possam compreender a relevância da promoção da cessação de fumar para enfrentamento da alta prevalência do tabagismo no país. O apoio federal também deve ser efetivo na capacitação das equipes que atuam na condução do Programa e na construção do planejamento do tratamento do tabagismo com o objetivo de alcançar maior sustentabilidade na implantação, no acompanhamento e na avaliação do tratamento âmbito estadual.

Verificou-se também que, na grande maioria dos estados e em quase todas as regiões do país, pouco se buscou a CIB como fórum para negociação e para viabilização da implantação das ações de controle do tabagismo. Talvez isso explique, em parte, a dificuldade encontrada pelos estados para implantação do tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde. Faz-se necessário que as coordenações estaduais revejam as estratégias adotadas para a adesão dos municípios.

As informações relativas à situação da gestão municipal nas capitais serão apresentadas no capítulo seguinte.

## Capítulo V – A gestão municipal na implementação do tratamento do tabagismo

No que concerne ao papel dos municípios no tratamento do tabagismo, a expectativa é que preparem os profissionais de saúde para atendimento, organizem a rede de serviços, credenciem as unidades de saúde, monitorem e avaliem o tratamento no âmbito municipal.

Este capítulo faz um breve diagnóstico situacional das condições de gestão do tratamento nos municípios, por meio de informações de questionários organizados segundo as categorias de análise da pesquisa<sup>xi</sup>. Face ao volume de municípios habilitados para o tratamento do tabagismo e à variação do porte populacional dos municípios, optou-se por buscar informações sobre as condições da gestão municipal somente nas capitais.

As informações sobre a atuação dos municípios no tratamento foram obtidas por meio de questionários enviados eletronicamente para as 26 coordenações municipais das capitais. Destes, vinte e dois foram respondidos<sup>xii</sup>.

Procurou-se organizar as questões dos questionários em sete eixos: (a) estrutura e normas do Programa de Controle do Tabagismo no município; (b) adesão, prioridade e base de apoio ao tratamento do fumante no SUS; (c) conhecimento das atribuições e articulação entre as três esferas de governo; (d) financiamento; (e) monitoramento e avaliação; (f) prestação de serviços; e (g) organização da rede.

No que diz respeito ao primeiro eixo foram consideradas variáveis que permitissem verificar em que estrutura da Secretaria Municipal de Saúde a coordenação está inserida, o tempo de atuação do coordenador no Programa, se a sua atuação é exclusiva, se foi capacitado e se existe uma equipe para atuar no Programa.

O quadro 5.1 mostra que as Secretarias Municipais de Saúde inseriram o Programa em diferentes áreas técnicas.

---

<sup>xi</sup> Para obter detalhes ver a metodologia apresentada na introdução desse estudo.

<sup>xii</sup> Dois municípios informaram não ter a estratégia de tratamento implantada; em um, o coordenador havia sido exonerado e sem substituição até o prazo final de coleta dos questionários e outro alegou não ter disponibilidade de tempo para responder.

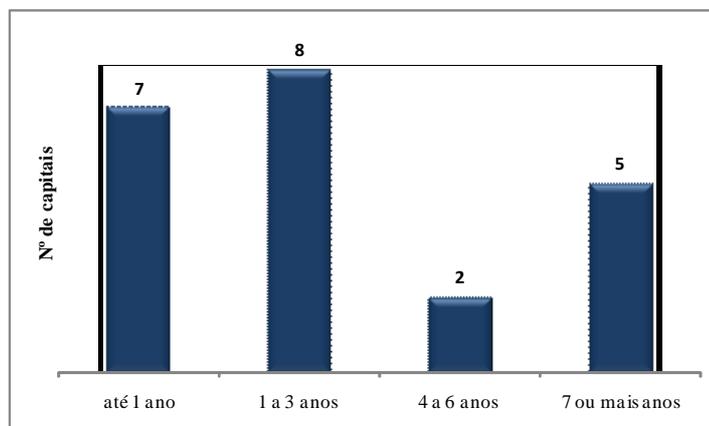
Quadro 5.1 – Localização do Programa de Controle do Tabagismo nas Secretarias Municipais de Saúde.

<b>Localização do Programa na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde</b>	<b>Número de coordenações</b>
Núcleo de Promoção da Saúde/Doenças e Agravos Não Transmissíveis.	11
Gerência de Ações Programáticas.	1
Atenção Básica/Atenção ao Adulto e ao Idoso.	4
Atenção Básica/Saúde Mental.	3
Assessoria de Planejamento.	1
Gabinete do Secretário.	1
Departamento de Assistência a Saúde - Gerência de Saúde Comunitária.	1

Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

O tempo de permanência das coordenações municipais no Programa se apresentou de forma bem variada. Sete coordenações vêm conduzindo o Programa há menos de um ano; oito apresentam um tempo de atuação de um até três anos. Constata-se que mais da metade das coordenações tem pouco tempo de atuação nas ações para controle do tabagismo. Apesar disso, há coordenações em sete capitais com um tempo de atuação superior a quatro anos (Figura 5.1).

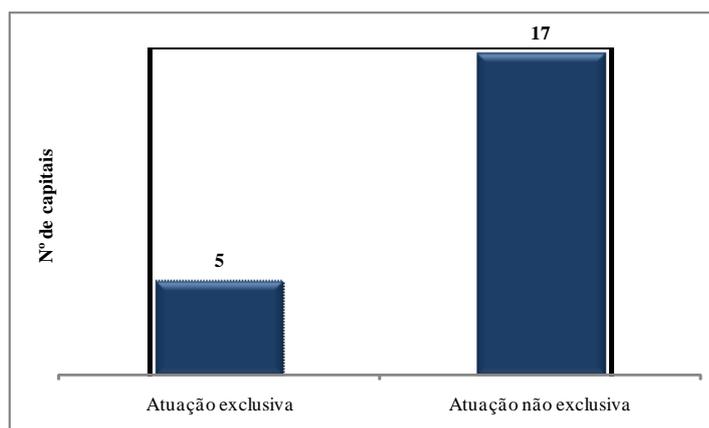
Figura 5.1 – Distribuição das coordenações municipais segundo O tempo de atuação na condução do Programa de Controle do Tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A atuação exclusiva do coordenador no Programa foi considerada uma variável importante nesse eixo. A figura 5.2 apresenta cinco coordenações com atuação exclusiva para o Programa. No entanto, em dezessete capitais o coordenador atua em mais de um programa de saúde.

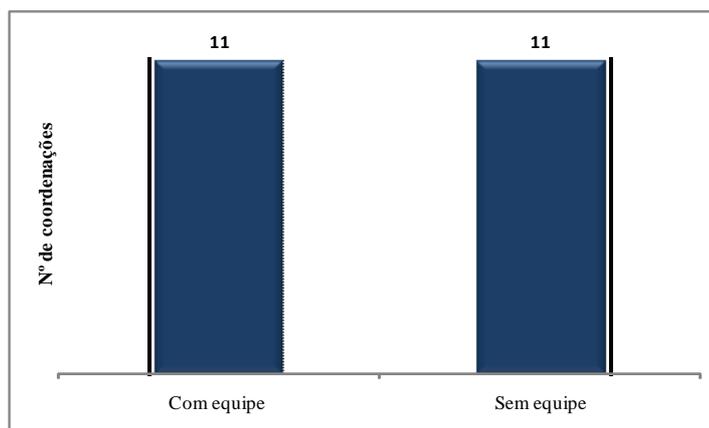
Figura 5.2 – Distribuição de coordenadores segundo o tipo de atuação no Programa de Controle do Tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A figura 5.3 mostra que em onze capitais existe uma equipe para atuar nas ações do Programa, enquanto em mesmo número de municípios só existe o coordenador.

Figura 5.3 – Distribuição de coordenação segundo a constituição de equipe no PNCT.

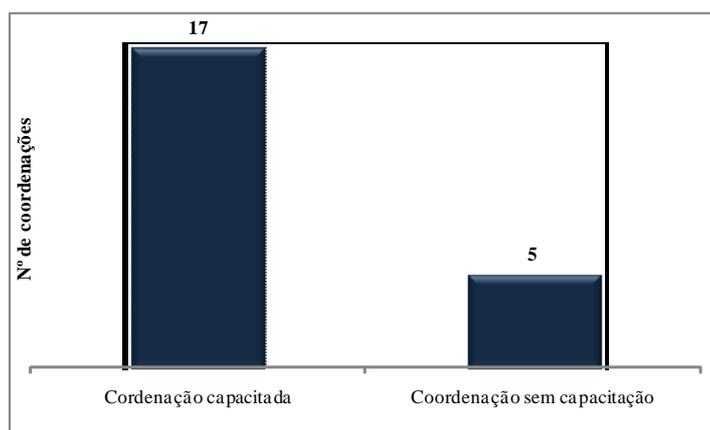


Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A capacitação dos profissionais que atuam no Programa, mais especificamente no tratamento do tabagismo, é outra variável desse eixo.

A figura 5.4 apresenta dezessete capitais com coordenações capacitadas e cinco com coordenações conduzindo o tratamento no município sem capacitação. Esses dados sugerem que os gestores não têm informações sobre a complexidade do Programa e do tratamento do tabagismo. É fundamental que a esfera federal apoie essas coordenações realizando as capacitações necessárias.

Figura 5.4 – Distribuição de coordenações municipais segundo a capacitação para atuação no PNCT.

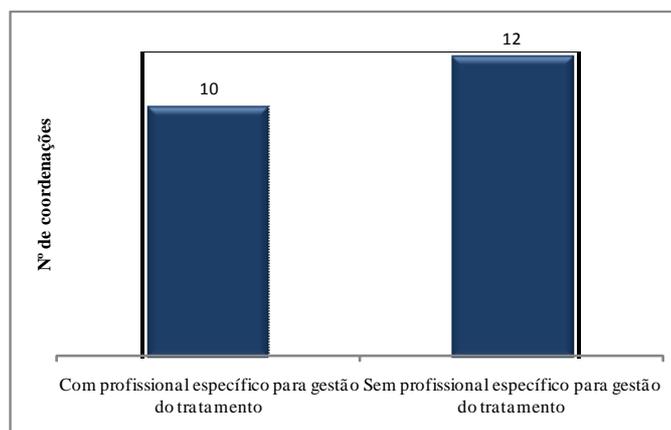


Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A última variável do eixo procurou identificar a existência de equipe profissional com atuação específica na gestão do tratamento do tabagismo. Como se pode observar na

figura 5.5, mais da metade das coordenações municipais das capitais que responderam ao questionário não possui profissionais específicos para a gestão do tratamento.

Figura 5.5 – Distribuição das coordenações segundo a existência de profissionais específicos para a gestão do tratamento do fumante nos municípios capitais.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Os dados apresentados sugerem fragilidades na inserção do Programa na estrutura da Secretarias de Saúde das capitais. Essa inserção apresenta-se de forma bastante variada dentro da estrutura organizacional. Não há um número expressivo de coordenadores exclusivos para desenvolver as ações do Programa, assim como grande parte das coordenações não possui profissionais específicos para a gestão do tratamento.

O segundo eixo de questões referiu-se à adesão, prioridade e base de apoio para o tratamento do tabagismo no município. Assim, foram consideradas as seguintes variáveis: (a) fatores que favorecem a adesão; (b) inserção do controle do tabagismo no Plano Municipal de Saúde; (c) consideração dos dados epidemiológicos na formulação da estratégia; (d) prioridade da estratégia no município; (e) existência de um plano ou projeto para o tratamento no município; (f) consideração da estrutura de oferta na organização da rede; e (g) aporte financeiro para o tratamento do tabagismo.

O quadro 5.2 resume os fatores que podem favorecer a adesão dos municípios. Observa-se que dezenove municípios (quase a totalidade) informaram que os dados sobre a prevalência de fumantes, sobre as doenças tabaco-relacionadas e sobre a demanda dos usuários desejando deixar de fumar foram muito importantes para o município aderir ao tratamento do tabagismo.

Dezessete coordenações afirmaram que o apoio do INCA favorece a estruturação da estratégia no município e treze registram que o apoio da Secretaria Estadual de Saúde também contribui para a estruturação. Onze capitais revelaram que a demanda dos profissionais de saúde, a priorização por dirigentes e o aporte de recursos federais também favorecem a adesão dos municípios. Já o aporte de recursos estaduais não foi apontado como elemento que tem auxiliado a implantação da estratégia de tratamento do tabagismo nas capitais.

Quadro 5.2 – Fatores que favorecem a adesão dos municípios ao tratamento do tabagismo.

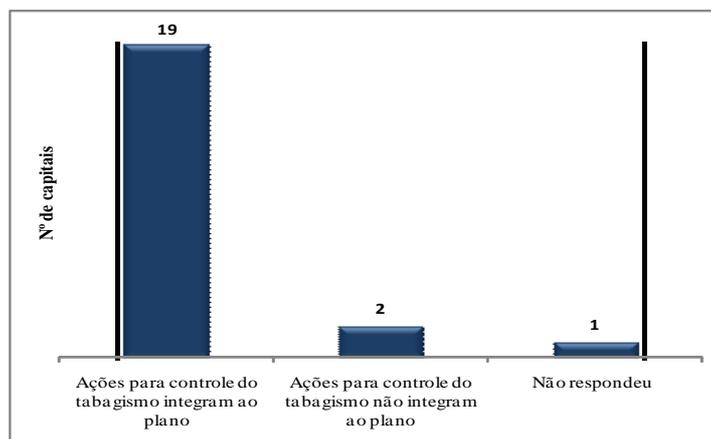
Município/ Capital	A constatação de existência prévia no município de demanda para o tratamento do tabagismo (dados epidemiológicos ou demandas dos usuários).	A existência prévia no município de demandas/pressões dos profissionais de saúde para a implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS	A priorização do problema por dirigentes municipais.	Aporte de recursos federais	Aporte de recursos estaduais	Apoio do INCA	Apoio da SES
Aracaju	F	N/F	N/F	F	N/F	F	N/F
Belém	N/F	N/F	N/F	F	F	F	F
Belo Horizonte	F	F	F	F	F	F	F
Curitiba	F	F	F	F	N/F	F	F
Florianópolis	F	N/F	N/F	N/F	N/F	F	F
Fortaleza	F	N/F	N/F	F	N/F	F	F
Goiânia	F	N/F	N/F	F	N/F	N/F	N/F
João Pessoa	F	F	F	F	N/F	F	F
Macapá	N/F	N/F	N/F	N/F	N/F	N/F	N/F
Maceió	F	F	F	N/F	N/F	N/F	F
Natal	F	F	N/F	N/F	N/F	F	F
Palmas	F	F	F	F	F	F	F
Porto Alegre	F	F	N/F	N/F	N/F	F	N/F
Porto Velho	F	F	F	F	N/F	F	F
Recife	F	F	F	F	N/F	F	N/F
Rio Branco	F	F	F	N/F	N/F	F	N/F
Rio de Janeiro	F	N/F	F	N/F	N/F	N/F	N/F
Salvador	F	N/F	N/F	F	N/F	F	N/F
São Luiz	N/F	N/F	N/F	N/F	N/F	F	N/F
São Paulo	F	N/F	F	N/F	N/F	N/F	F
Teresina	F	F	N/F	N/F	N/F	F	F
Vitória	F	N/F	N/F	N/F	N/F	F	F
<b>Total</b>	N/F=3 F=19	N/F=11 F=11	N/F=11 F=11	N/F=11 F=11	N/F=19 F=3	N/F=5 F=17	N/F=9 F=13

Fonte: banco de dados do questionário aplicados às coordenações das capitais em 2008.

Nota: N/F = Não Favorece F= Favorece.

Observa-se na figura 5.6 que dezenove municípios informaram que as ações para controle do tabagismo integram o Plano Municipal de Saúde.

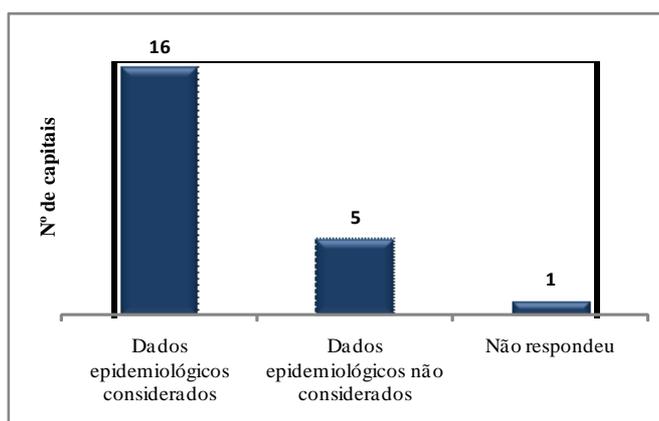
Figura 5.6 – Distribuição dos municípios segundo a presença de ações para controle do tabagismo no Plano Municipal de Saúde.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Os dados epidemiológicos sobre o tabagismo são considerados na elaboração do Plano Municipal de Saúde em dezesseis municípios. No entanto, em cinco capitais essas informações não são consideradas, conforme exposto na figura 5.7.

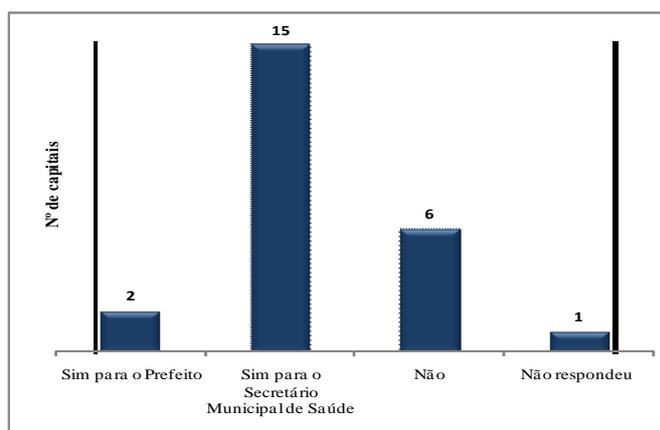
Figura 5.7 – Distribuição das capitais segundo a consideração dos dados epidemiológicos sobre o tabagismo na construção do Plano Municipal de Saúde.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Segundo os respondentes do questionário, o tratamento do tabagismo tem destaque na agenda municipal de saúde da maior parte das capitais. A figura 5.8 mostra que em quinze capitais o tratamento é visto como prioritário pelo Secretário Municipal de Saúde e em dois municípios, pelo Prefeito. Apesar disso, em seis capitais o tratamento não é considerado prioritário pelos dirigentes municipais.

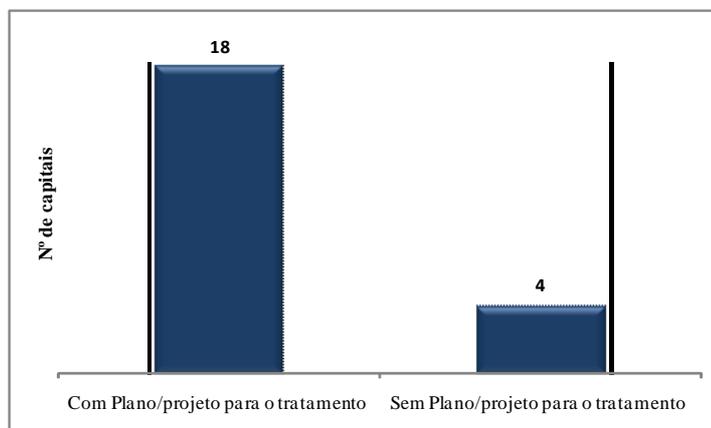
Figura 5.8 – Distribuição das capitais segundo a priorização do tratamento do tabagismo pelos dirigentes municipais.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A existência de um plano ou projeto para implementação do tratamento do tabagismo é fundamental para se alcançar uma redução de prevalência e de doenças tabaco-relacionadas no município. Pode-se observar na figura 5.9 que em dezoito municípios foram elaborados planos ou projetos para a estratégia do tratamento. Em quatro municípios não foram elaborados planos ou projetos específicos para o tratamento. Dos dezoito municípios que elaboraram o plano ou projeto (num total de vinte e dois), quase a totalidade não o fez em parceria com outras áreas técnicas da secretaria, indicando uma fragilidade na construção participativa e transversalizada do tema.

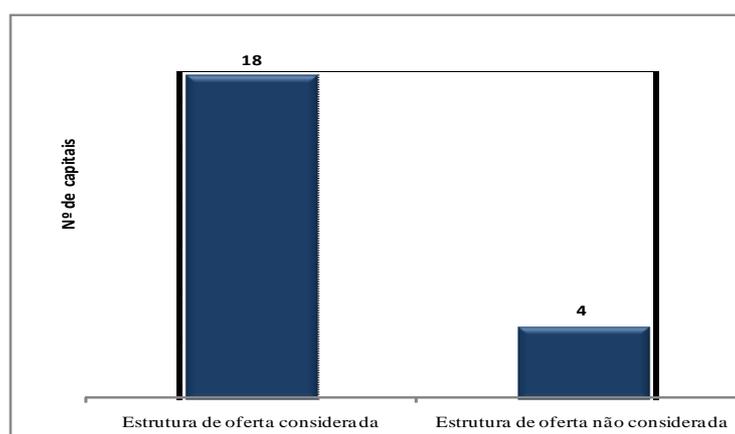
Figura 5.9 – Distribuição das capitais segundo a existência de planos ou projetos para tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Uma variável desse eixo é a consideração da estrutura de oferta no momento da organização da rede de serviços para o tratamento do tabagismo. Esta última deve estar contemplada na construção do plano ou projeto a fim de garantir maior acesso da população de fumantes que desejam deixar de fumar. A figura 5.10 mostra que em dezoito capitais as coordenações municipais levam em consideração a estrutura de acesso à rede municipal de saúde no momento de construção do plano para tratamento do tabagismo.

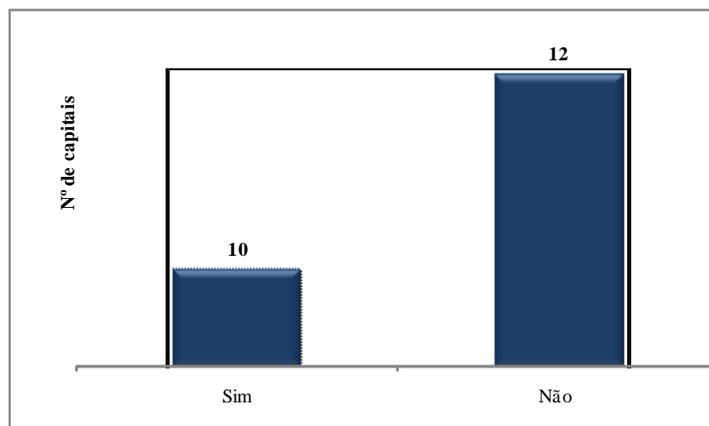
Figura 5.10 – Distribuição das capitais segundo a consideração da estrutura de oferta na elaboração do plano ou projeto para o tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A existência de aporte financeiro próprio dos municípios para o tratamento do fumante é outra variável desse eixo. Como se observa na figura 5.11, dez municípios informaram aportar recursos financeiros para o tratamento na rede municipal de saúde.

Figura 5.11 – Distribuição dos municípios segundo o aporte de recursos financeiros próprios para o tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Os recursos financeiros são utilizados de forma variada pelos municípios. No entanto, é observado no quadro 5.3 que na metade deles (cinco) os recursos alocados destinam-se à aquisição de medicamentos. Outros municípios indicaram que utilizam recursos financeiros próprios para reprodução de materiais educativos, capacitação de profissionais de saúde, pagamento de profissionais de saúde e para aquisição e manutenção de equipamentos.

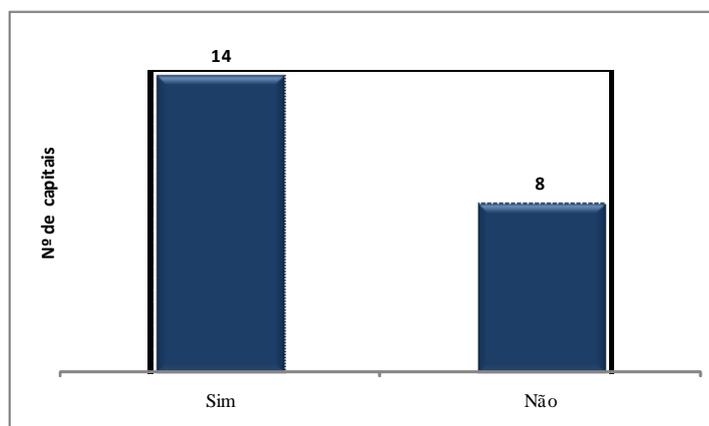
Quadro 5.3 – Tipo de aporte financeiro para o tratamento do tabagismo em dez capitais.

Municípios/ capitais	Tipo de aporte financeiro do município para o tratamento do tabagismo
Curitiba	- Elaboração de materiais educativos (um ex. o manual da SMS para a abordagem básica do tabagismo); - Custos com treinamento de equipes para a Abordagem Mínima e Intensiva do Tabagismo.
Florianópolis	- Aquisição de medicamentos.
Fortaleza	- Pagamento dos profissionais de saúde e manutenção das unidades de saúde.
Goiânia	- Aquisição de medicamentos de forma suplementar.
João Pessoa	- Aquisição de medicamentos; - Custos com capacitação de profissionais de saúde; - Reprodução de materiais educativos e pedagógicos.
Palmas	-Pagamento de profissionais de saúde; -Reprodução materiais educativos, brindes, etc.
Porto Velho	-Pagamento de recursos humanos; - Estrutura física e para realização das capacitações.
Recife	-Pagamento de recursos humanos; -Produção e reprodução de materiais educativos ( <i>folders</i> , cartazes, adesivos, apostilas, publicações).
São Paulo	- Aquisição de medicamento.
Vitória	- Aquisição de medicamentos de forma suplementar a do Ministério da Saúde; - Aquisição e manutenção com equipamentos (medidor de monóxido de carbono, boneca altina); - Elaboração e reprodução de material de divulgação para o tratamento.

Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A existência de dificuldades na adesão dos profissionais de saúde à estratégia de tratamento do tabagismo é mais uma variável desse eixo. A figura 5.12 mostra que mais da metade das capitais (quatorze) apresentou problemas relacionados à adesão dos profissionais de saúde à estratégia.

Figura 5.12 – Número de capitais com dificuldades na adesão de profissionais de saúde ao tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Dentre as dificuldades relatadas pelas coordenações municipais das capitais, destacam-se: (a) sobrecarga de trabalho dos profissionais; (b) falta de incentivo financeiro; (c) despreparo profissional da categoria médica para utilizar uma metodologia baseada na abordagem cognitivo-comportamental; (d) resistência e/ou dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a cessação de fumar junto aos fumantes; (e) medicalização em detrimento da abordagem cognitivo-comportamental; (f) rotatividade de profissionais.

As coordenações apontaram a necessidade de aperfeiçoamento na formação dos profissionais de saúde para que adquiram conhecimentos sobre a metodologia proposta pelo INCA. Contudo, elas também precisam esclarecer os gerentes de unidades de saúde e os profissionais de saúde sobre as diretrizes clínicas adotadas no país, a fim de favorecer o uso racional do medicamento no tratamento do tabagismo.

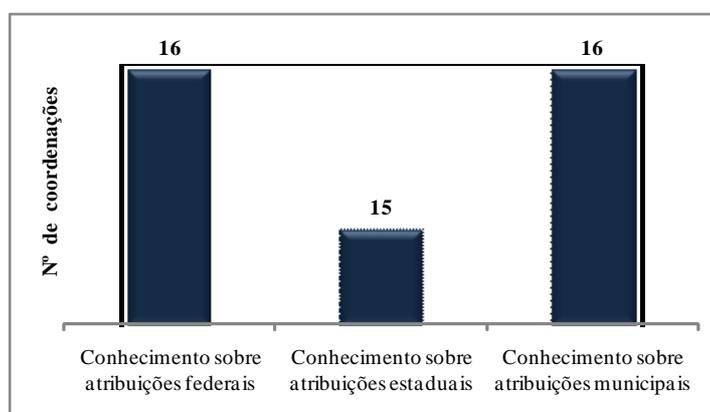
O terceiro eixo relaciona-se ao conhecimento das coordenações municipais sobre a definição das atribuições das três esferas de governo, bem como sobre as estratégias de articulação intergovernamental.

A figura 5.13 revela que dezesseis coordenações municipais do Programa reconheceram as atribuições do gestor federal na condução do tratamento do tabagismo e consideraram que estas são bem definidas. As coordenações reconheceram também o papel do INCA como o responsável pela condução do tratamento no país e apontaram-no como responsável pela atualização acerca das discussões sobre o tabagismo, pelo apoio às capacitações, pela normalização do Programa, pela veiculação publicitária, pelos insumos e outros. Além disso, a figura mostra que para quinze capitais as atribuições do gestor

estadual são bem definidas e para dezesseis, também são claras as atribuições do gestor municipal na condução do tratamento do tabagismo.

Os dados apresentados abaixo evidenciam que de seis a sete coordenações das capitais não conhecem as atribuições de alguma das esferas de governo. Ressalte-se ainda que seis coordenações ainda desconhecem suas próprias atribuições.

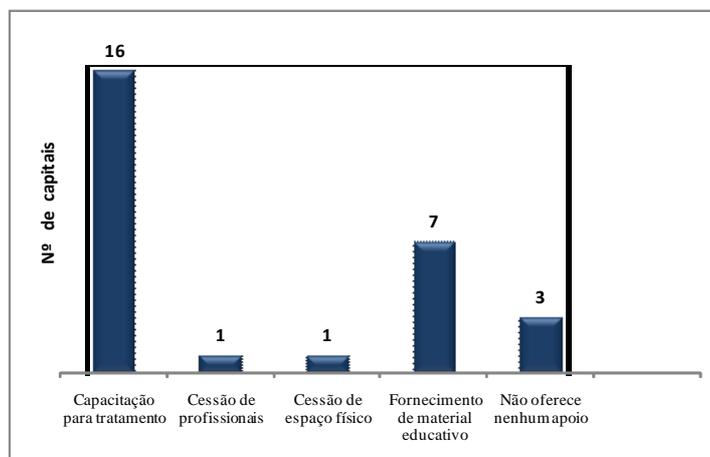
Figura 5.13 – Distribuição de coordenações municipais segundo o conhecimento das atribuições dos gestores das três esferas de governo na condução do tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

O apoio da coordenação estadual na implantação do tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde é outra variável do eixo. A figura 5.14 mostra que o maior apoio da coordenação estadual foi dado à capacitação de profissionais de saúde e ao fornecimento de material educativo. Ressalte-se que para três coordenações municipais não foi oferecido nenhum tipo de apoio pela coordenação estadual.

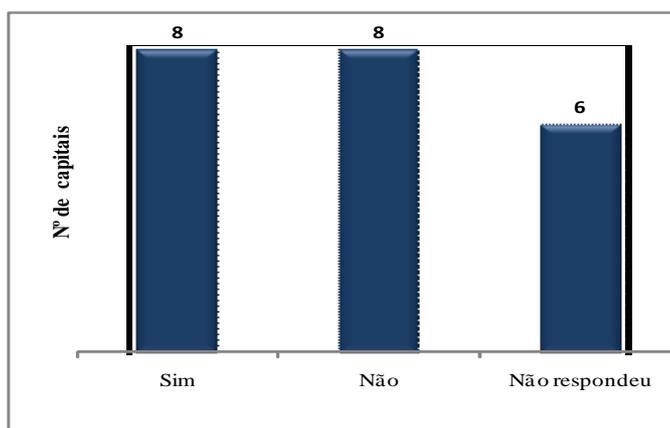
Figura 5.14 – Distribuição das capitais segundo o tipo de apoio dos estados à implantação do tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Outra variável é a pactuação do tratamento do tabagismo na Comissão Intergestores Bipartite. Como se pode observar na figura 5.15, somente oito municípios afirmaram ter pactuado o tratamento na CIB. Somados os municípios que não pactuaram com os que não responderam, obteve-se um total de quatorze municípios. Isso representa o dobro dos que informaram a pactuação.

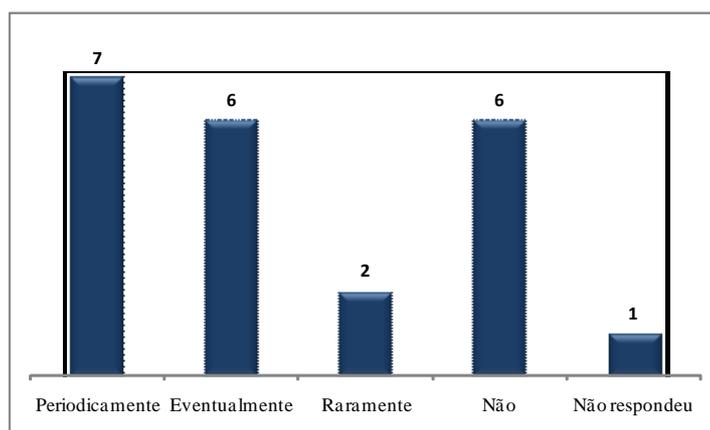
Figura 5.15 – Distribuição das capitais segundo a pactuação do tratamento do tabagismo na CIB.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Como uma das estratégias para articulação, pode-se considerar a realização de reunião entre as coordenações estaduais e municipais do Programa. Verifica-se na figura 5.16 que são poucas as coordenações estaduais que efetuam reuniões sistematicamente. A grande maioria das coordenações realiza reuniões eventuais ou não realiza reuniões.

Figura 5.16 – Distribuição das capitais segundo participação em reuniões intergovernamentais (com os estados) para implementação do tratamento do tabagismo.

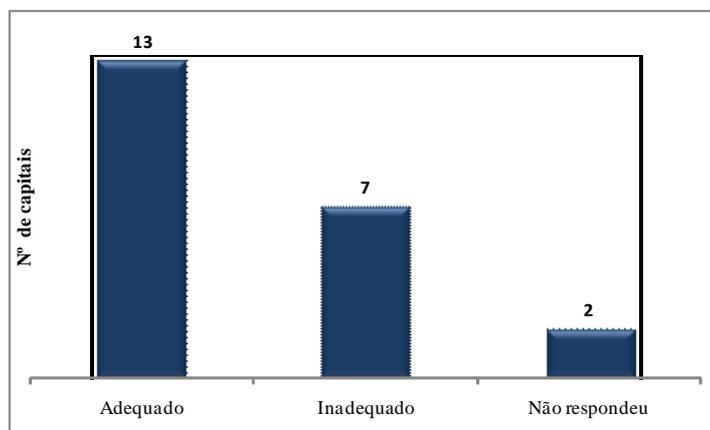


Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Os dados apresentados nos dois últimos eixos sugerem que as coordenações das capitais deparam-se com dificuldades relacionadas ao apoio no desenvolvimento das ações. Além disso, a articulação entre as esferas de governo ainda se encontra bastante fragilizada.

Outro eixo apresentado é o financiamento. A figura 5.17 mostra que treze capitais, representadas aqui pelas coordenações municipais do Programa, consideram a forma de financiamento adotada (Piso de Atenção Básica) adequada, ao passo que sete coordenações não consideraram adequadas essa forma de financiamento.

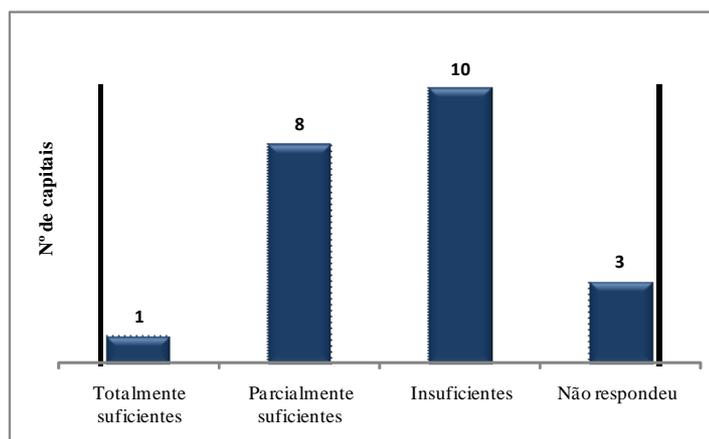
Figura 5.17 – Distribuição das capitais segundo a visão das coordenações sobre a forma de financiamento dos procedimentos do tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A percepção dos coordenadores sobre a suficiência de recursos destinados à implantação do tratamento do tabagismo na rede municipal de serviços de saúde é outra variável considerada. Observa-se na figura 5.18 que os recursos para implantação são tidos como suficientes para apenas um município. Em dezoito municípios os recursos para implantação são considerados parcialmente suficientes ou insuficientes.

Figura 5.18 – Distribuição das capitais segundo os recursos destinados para implantação do tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

As informações se referiam eminentemente à percepção de insuficiência de recursos alocados pela esfera federal. No entanto, algumas capitais informaram aporte de recursos para garantir a continuidade do atendimento no seu âmbito de ação.

O quadro 5.4 mostra que todas as esferas de governo destinam recursos financeiros diretos ou indiretos para o tratamento do tabagismo e que houve um destaque para o reconhecimento da atuação do Ministério da Saúde na compra de medicamentos; dos estados, na capacitação; e dos municípios, no pagamento dos profissionais de saúde e na capacitação.

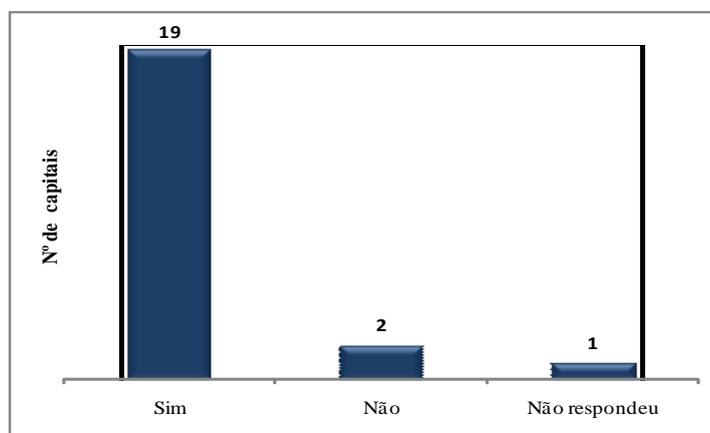
Quadro 5.4 – Distribuição das respostas das coordenações das capitais segundo a finalidade de aplicações de recursos para o tratamento do tabagismo pelas três esferas de governo.

Financiamento para o tratamento do tabagismo nas esferas de governo			
Aplicação de recursos	Federal	Estadual	Municipal
Pagamento dos salários dos profissionais	1	3	18
Capacitação dos profissionais	4	11	14
Compra de medicamentos	20	0	5
Reprodução de manuais	13	5	9

Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Por sua relevância para a gestão pública, o monitoramento e a avaliação integram outro eixo deste estudo. A figura 5.19 revela que dezenove coordenações das capitais conhecem os indicadores do tratamento do fumante. Contudo, ainda existem duas capitais com o tratamento implantado na rede municipal de saúde que desconhecem os indicadores, confirmando que existe uma fragilidade no processo de capacitação desses gestores.

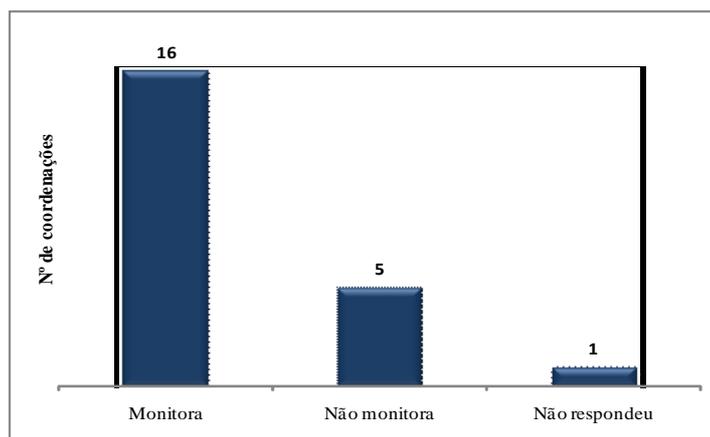
Figura 5.19 – Distribuição das coordenações das capitais segundo conhecimento dos indicadores do tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A figura 5.20 mostra que dezesseis coordenações municipais afirmaram monitorar as ações que envolvem a estratégia de tratamento. Cinco, porém, não utilizam o monitoramento como ferramenta no processo de implantação do tratamento na rede municipal de saúde. Observa-se que, das coordenações que monitoram, nove informaram que o fazem trimestralmente e quatro, mensalmente.

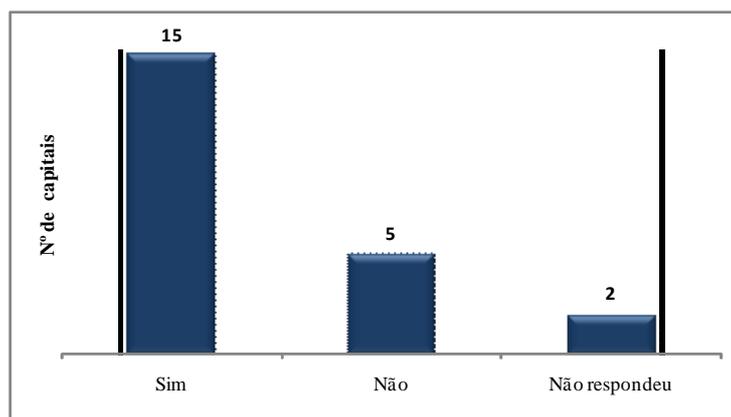
Figura 5.20 – Distribuição das coordenações das capitais segundo informações sobre monitoramento das ações do tratamento.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A figura 5.21 mostra que quinze coordenações reconhecem a necessidade de ajustes no tratamento do tabagismo, apontando para a importância de se monitorar o tratamento na rede de saúde.

Figura 5.21 – Distribuição das coordenações das capitais segundo o reconhecimento de necessidade de ajuste na estratégia de tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Algumas coordenações municipais relacionaram proposições de ajustes a partir do monitoramento das ações nas capitais. Abaixo, estão listados os itens preconizados para o ajuste do tratamento do tabagismo na visão municipal:

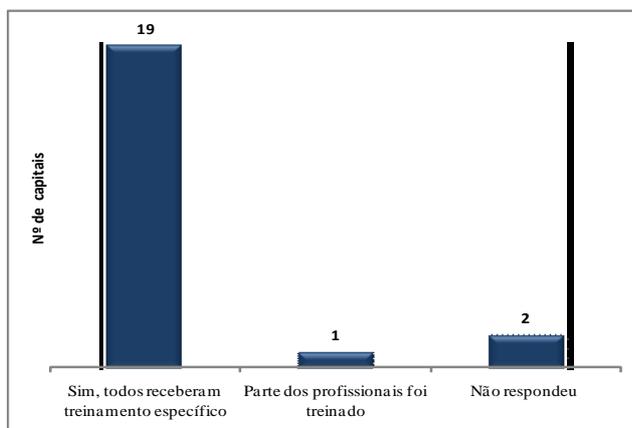
- Pactuar permanentemente as responsabilidades, as metas com as equipes e com municípios limítrofes;
- Incluir mais um código de procedimento para que a entrevista inicial possa ser feita por não médicos;
- Propor ajuste no prazo de entrega das medicações;
- Realizar atualização dos profissionais de saúde;
- Oferecer aprimoramento para melhorar a motivação para a condução das reuniões e assim diminuir o número de abandono dos fumantes ao grupo;
- Incluir novas categorias profissionais no trabalho com tabagismo;
- Criar um horário alternativo para os trabalhadores (3º turno) a fim de aumentar a adesão;
- Ampliar a rede de atendimento ao fumante que deseja deixar de fumar;
- Propor avaliação sobre eficácia dos medicamentos;
- Propor estratégias diferenciadas para a abordagem cognitivo-comportamental;

- Adotar novas metodologias de grupo, em alguns serviços (tipo grupo operativo, grupo de reflexão, atendimento duas vezes na semana, dentre outros);
- Criar novos grupos informativos na grade de tratamento de co-morbidades de álcool e outras drogas sobre o tabagismo, com objetivo de dar uma visão total e integral sobre as dependências químicas;
- Incluir estratégias para redução de danos.

A prestação de serviços é outro eixo considerado no estudo. Uma das variáveis apresentadas foi a capacitação do profissional de saúde no tratamento, conforme preconizado pelo INCA.

A figura 5.22 mostra que em dezenove capitais os profissionais de saúde recebem treinamento específico para abordagem intensiva do fumante. Os dois coordenadores que não responderam, ainda não apresentavam o tratamento implantado nas capitais.

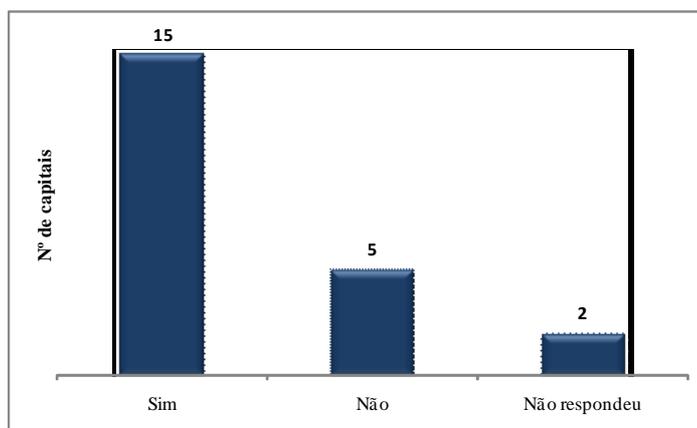
Figura 5.22 – Distribuição das capitais segundo treinamento específico dos profissionais para o tratamento do tabagismo.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

Observa-se na figura 5.23 que os coordenadores de quinze municípios consideram que os profissionais são adequadamente preparados. Entretanto, cinco coordenações municipais informaram que os profissionais de saúde não são devidamente preparados.

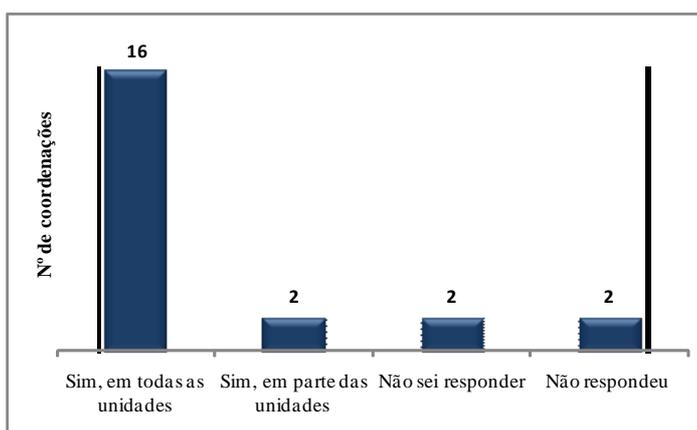
Figura 5.23 – Distribuição das capitais segundo o preparo do profissional de saúde para atendimento ao fumante que deseja deixar de fumar.



Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A figura 5.24 mostra que dezesseis coordenadores das capitais afirmaram que os profissionais de saúde das unidades baseiam seu atendimento no protocolo clínico para o tratamento do tabagismo. Em dois municípios, porém, sua adoção ocorre apenas em parte das unidades de saúde, e outros dois não souberam responder.

Figura 5.24 – Distribuição das coordenações segundo informações de adoção do protocolo clínico do tratamento do tabagismo pelas unidades de saúde.

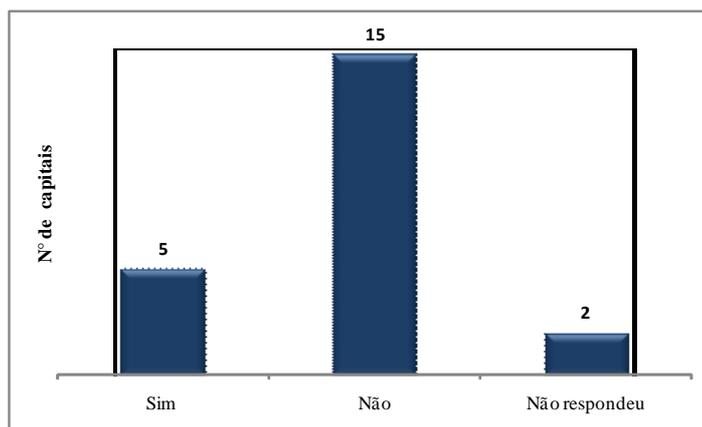


Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

A última variável desse eixo diz respeito ao fornecimento de insumos. Nesse ponto, é importante considerar a possibilidade de escolha terapêutica e a oportunidade de dispensação.

Constata-se na figura 5.25 que a grande maioria das capitais considerou que o fornecimento de insumos ocorre de forma inadequada. Somente para cinco municípios a forma de fornecimento é apropriada.

Figura 5.25 – Distribuição das capitais segundo informações sobre adequação do fornecimento de insumos.

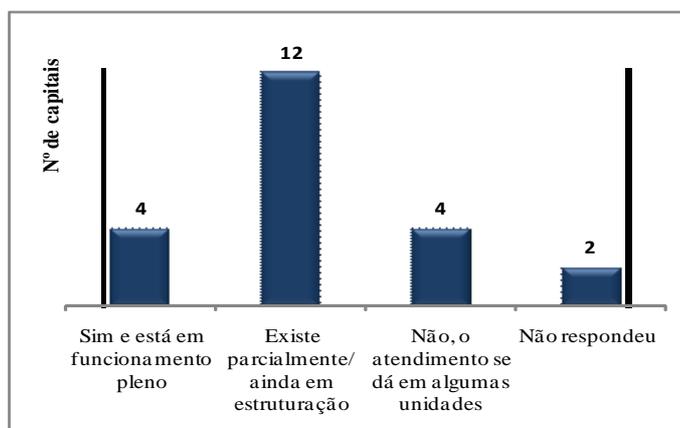


Fonte: banco de dados do questionário aplicado às coordenações das capitais no ano de 2008.

O último eixo refere-se à organização da rede de serviços, visto a importância de se definir o fluxo para atendimento e encaminhamento do fumante que deseja deixar de fumar.

A figura 5.26 apresenta a distribuição de municípios no que se refere à existência de um fluxo de encaminhamento do fumante no município e à forma como este funciona. Assim, observa-se que em doze capitais o fluxo de encaminhamento para atendimento dos fumantes que desejam deixar de fumar entre as unidades de saúde da rede de serviços existe de forma parcial ou ainda está em estruturação.

Figura 5.26 – Distribuição das capitais segundo a existência de fluxo de encaminhamento dos fumantes para tratamento entre as unidades de saúde do município.



Fonte: Banco de dados do questionário aplicado às coordenações municipais das capitais no ano de 2008

O quadro 5.5 resume as principais dificuldades relatadas pelos coordenadores das capitais na implantação do tratamento do tabagismo na rede do SUS.

As informações apresentadas no quadro 5.5 mostram que as dificuldades são maiores ou menores de acordo com a região do país. No entanto, algumas destas foram apontadas em todas as regiões do país, tais como insuficiência de recursos financeiros e falta ou instabilidade no fornecimento dos insumos indicados.

Quadro 5.5 – Distribuição das capitais segundo os problemas apresentados na implementação do tratamento do tabagismo.

Região	Município	Principais problemas para implementação e organização do tratamento do tabagismo na rede SUS													
		Insuficiência de recursos financeiros	Inadequação dos mecanismos de financiamento	Instabilidade no fornecimento de insumos	Insuficiência de profissionais para atendimentos	Inadequada formação dos profissionais e para o atendimento	Insuficiência de material para orientação dos profissionais	Insuficiência de material de divulgação	Fragmentação / Insuficiente coordenação entre unidades	Baixa priorização pelos dirigentes municipais	Baixa adesão dos profissionais de saúde	Dificuldades na gestão municipal	Dificuldades de gestão no âmbito das unidades de saúde	Insuficiência de informações sobre o funcionamento da estratégia no município	Insuficiência de apoio de outras esferas de governo
Norte	Palmas	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X
	Belém	X	-	-	X	-	-	-	-	X	X	X	X	X	-
	Porto Velho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Rio Branco	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X	-
	Macapá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Boa Vista	Não respondeu													
	Manaus														
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
Nordeste	Aracaju	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-
	Fortaleza	X	X	X	X	-	-	-	X	X	-	X	-	X	X
	João Pessoa	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-
	Maceió	X	-	X	X	-	X	X	-	X	-	X	X	-	-
	Natal	X	X	X	-	-	X	X	X	X	-	X	X	X	X
	Recife	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-
	Salvador	X	X	X	X	-	-	X	-	X	X	X	X	X	-
	São Luís	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-
	Teresina	X	-	-	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>
Centro-Oeste	Goiânia	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	X
	Mato Grosso	Não respondeu													
	Mato Grosso do Sul														
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Quadro 5.5 – Distribuição das capitais segundo os problemas apresentados na implementação do tratamento do tabagismo.

Continuação																
Região	Município	Principais problemas para implementação e organização do tratamento do tabagismo na rede SUS														
		Insuficiência de recursos financeiros	Inadequação dos mecanismos de financiamento	Inestabilidade no fornecimento de insumos	Insuficiência de profissionais para atendimentos	Inadequada formação dos profissionais para o atendimento	Insuficiência de material para orientação dos profissionais	Insuficiência de material de divulgação	Fragmentação / Insuficiente coordenação entre unidades da rede.	Baixa priorização pelos dirigentes municipais	Baixa adesão dos profissionais de saúde	Dificuldades na gestão municipal	Dificuldades de gestão no âmbito das unidades de saúde	Insuficiência de informações sobre o funcionamento da estratégia no município.	Insuficiência de apoio de outras esferas de governo	
Sudeste	Belo Horizonte	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-
	Rio de Janeiro	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	São Paulo	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
	Vitória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	-	-
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Sul	Curitiba	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Florianópolis	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
	Porto Alegre	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Brasil</b>	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	

Fonte: Banco de dados dos questionários aplicados às coordenações das capitais em 2008

Nota: X= quem respondeu ao indicador

- = a quem não respondeu ao indicador

Não respondeu = município que não respondeu ao questionário

As coordenações das capitais da Região Norte informaram a insuficiência e a inadequada formação de profissionais de saúde para realização do atendimento, e a baixa adesão dos profissionais de saúde como fatores dificultadores para a implantação do tratamento na rede de serviços nas capitais dessa região.

Já as capitais da Região Nordeste apontaram como problemas a dificuldade na gestão municipal da estratégia; a insuficiência de material para divulgação do tratamento no SUS; e as dificuldades na gestão da estratégia e das unidades de saúde.

A pesquisa na Região Centro-Oeste obteve apenas resposta de uma capital, Goiânia, que destacou, além das dificuldades já apontadas por todas as regiões, a insuficiência de recursos financeiros, a baixa adesão dos profissionais de saúde, a dificuldade na gestão municipal da estratégia e a insuficiência de apoio de outras esferas de governo na fase de implantação como fatores que dificultam a implementação e a organização do tratamento do tabagismo na capital.

As capitais da Região Sudeste apontaram poucos problemas na implementação e na organização da estratégia de tratamento na rede de serviços. No entanto metade das capitais dessa região mencionou entraves na gestão municipal do tratamento e na gestão específica das unidades de saúde.

As dificuldades informadas pela maioria das capitais da Região Sul foram a inadequação dos mecanismos de financiamento da estratégia de tratamento e a insuficiência de apoio de outras esferas de governo na fase de implementação do tratamento.

Diante dos dados apresentados neste capítulo, foi elaborado um quadro que resume o diagnóstico da situação de gestão das capitais no tratamento do tabagismo (Quadro 5.6).

A organização dos dados foi feita por capitais e por região. Atribuiu-se um (1) para as coordenações que responderam positivamente às variáveis dos eixos que compõem o quadro; meio (0,5) para repostas parciais e zero (0) para quem não respondeu “não” à questão. O somatório de pontos obtidos (21) permitiu realizar um diagnóstico situacional das condições de gestão das capitais junto ao tratamento do tabagismo no SUS.

Quadro 5.6 – Resumo do diagnóstico situacional da gestão municipal no tratamento do tabagismo

Região	UF	Eixos/Dimensões																				Pontuação	
		Estruturação do Programa de Controle do Tabagismo no município				Adesão, prioridade e base de apoio ao tratamento do tabagismo no SUS						Definição de atribuições e articulação entre esferas de governo						Monitoramento e avaliação		Prestação de serviços			Organização da rede
		Indicadores				Indicadores						Indicadores						Indicadores		Indicadores			Indicadores
		Atuação da coordenação com exclusividade para o Programa	Coordenação do Programa capacitada para o tratamento do tabagismo	Existência de equipe para atuar no Programa	Existência de profissionais da equipe com atuação específica na gestão do tratamento	Inclusão de ações para controle do tabagismo no Plano Municipal de Saúde	Consideração dos dados epidemiológicos na construção do Plano Municipal de Saúde	Priorização do tratamento no município	Existência de Planos/projetos elaborados para o tratamento	Existência de aporte recursos financeiros para o tratamento	Dificuldades na adesão de profissionais de saúde ao tratamento	Clareza nas atribuições do gestor federal na condução do tratamento	Clareza das atribuições do gestor estadual na condução do tratamento	Clareza nas atribuições do gestor municipal na condução do tratamento	Existência de algum tipo de apoio da coordenação estadual na implantação	Pactuação do tratamento na CIB	Existência de apoio das coordenações estaduais na reunião de pactuação na CIB	Conhecimento dos indicadores do tratamento	Monitoramento das ações do tratamento	Existência de profissionais com treinamento específico para o tratamento	Adoção pelos profissionais do protocolo clínico do tratamento		Existência de rede e de fluxo organizado para atendimento e encaminhamento o ao fumante que deseja deixar de fumar
Norte	Rio Branco	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	NR	1	1	1	1	0,5	10,5	
	Macapá	0	0	0	0	NR	NR	NR	0	0	NR	NR	NR	NR	1	NR	NR	NR	NR	NR	NR	1	
	Manaus	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	-	
	Belém	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,5	17,5	
	Porto Velho	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	1	0	1	NR	NR	15	
	Boa Vista	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	-	
	Palmas	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0,5	15,5	
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1,5</b>			
Nordeste	Maceió	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	NS	0,5	11,5
	Sabador	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	8	
	Fortaleza	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	NC	NC	NC	1	NR	NS	0	1	0	1	0	8
	São Luís	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0,5	12,5	
	João Pessoa	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NR	NS	1	1	1	1	0,5	17,5	
	Recife	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	20,5
	Teressina	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	NR	1	1	1	1	0,5	14,5	
	Natal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	7
	Aracajú	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	NR	NR	1	1	1	NS	0,5	9,5
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>3</b>		
Centro-oeste	Campo Grande	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	-	
	Goiânia	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	
	Cuiabá	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	-	
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
Sudeste	Viçória	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NS	1	1	1	0,5	16	
	Belo Horizonte	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	NS	1	1	1	1	0	15
	Rio de Janeiro	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	NS	1	1	1	1	0,5	14,5
	São Paulo	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3,5</b>	<b>1,5</b>	
Sul	Curitiba	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	NS	1	1	1	1	1	17	
	Porto Alegre	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0,5	14	
	Florianópolis	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	NS	1	1	1	1	1	1	16
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>47</b>	
<b>Brasil</b>	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>8,5</b>	

Fonte: Banco de dados dos questionários aplicados em 2008 às coordenações do Programa nas capitais

Nota: 1=Sim, 0=Não, NR=Não respondeu ao questionário ou a questão, NC= Não conhece e NS= Não soube informar

No indicador "Existência de rede e de fluxo organizado para atendimento e encaminhamento ao fumante que deseja deixar de fumar" foi considerado 1= existência de fluxo e 0,5= parcial ou em estruturação

Ressalte-se que a situação das capitais na implantação do tratamento do tabagismo não resulta somente de sua gestão, visto que tanto a esfera estadual quanto a esfera federal coparticipam do processo de implantação da estratégia de tratamento. A pontuação conferida não objetivou comparar as capitais entre si, mas ter elementos que permitissem identificar os obstáculos na implantação do tratamento no SUS, esperando com isso, contribuir para o aprimoramento da condução nacional do PNCT, em especial do tratamento do tabagismo.

O total de pontos que ficou estabelecido diante das variáveis escolhidas foi o de vinte e um pontos (correspondente a 100%). Observa-se que segundo respostas dadas ao questionário, cinco capitais obtiveram entre 81% e 97% da pontuação máxima. Recife e Goiânia obtiveram as maiores pontuações. Destaca-se que somente em cinco capitais, os coordenadores são exclusivos para as ações de controle do tabagismo.

Doze capitais distribuídas por todas as regiões alcançaram de 50 % a 76% da pontuação máxima. Também se observa aqui grande fragilidade na estrutura de gestão do programa. Poucas são as coordenações que apresentam equipes para a estratégia de tratamento do tabagismo e que possuem profissionais exclusivos para conduzir as ações. São registradas dificuldades na adesão dos profissionais de saúde ao tratamento, principalmente nas capitais das regiões sul e sudeste.

Cinco capitais pontuaram entre 33% e 45% das respostas. Verifica-se que quatro destas capitais estão na região nordeste e uma capital, na região norte, a qual obteve 5% de pontuação. Vale ressaltar que esta ainda não se encontra com a estratégia implantada, da mesma forma que outras duas capitais da mesma região, as quais não responderam ao questionário. Evidencia-se uma baixa adesão dos dirigentes, em alguns casos reflexo da não existência de um plano ou de um projeto para o tratamento, o que também pode justificar o baixo número de pactuações das ações informadas pelos coordenadores. O aporte de recursos próprios para a estratégia é inexpressivo entre as capitais.

A grande maioria das capitais, assim como os estados de todas as regiões do país, pouco buscou a CIB como fórum para negociação e para viabilização da implantação das ações de controle do tabagismo.

Resguardando as diferenças entre secretarias estaduais e secretarias municipais das capitais, os dados apresentados aqui demonstram que a esfera federal deve intensificar a divulgação do Programa, a fim de sensibilizar os gestores e profissionais de saúde quanto à relevância do desenvolvimento de ações educativas para prevenção da iniciação; para

restrição de fumar em locais públicos e para apoio à cessação de fumar, visto que essas ações podem impactar na redução do consumo e, conseqüentemente, na redução da prevalência de fumantes e na melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

## Considerações Finais

As evidências científicas sobre os malefícios do tabagismo fizeram com que este fosse considerado mundialmente como um sério problema de saúde pública. Várias políticas foram formuladas para o seu controle. No entanto, foi a partir da instituição da Convenção–Quadro para Controle do Tabaco, que um conjunto de medidas foi adotado para conter a expansão do consumo e o seu prejuízo à saúde por mais de 160 países. O Brasil é um dos “países-parte” desse tratado. Com isso, tem como uma das obrigações a cooperação intergovernamental para alcance dos objetivos da Convenção e dos protocolos adotados. Para tal, vem direcionando, nos últimos anos, esforços para construção e fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, que apresenta ações nas dimensões social, política e econômica.

As medidas adotadas no país por meio do PNCT para conter o tabagismo motivam cada vez mais o fumante a deixar de fumar. Assim, apoiar o fumante na cessação de fumar passa a ser uma estratégia fundamental no controle do tabagismo e uma questão de direito de cidadania. No Brasil, com a instituição do Sistema Único de Saúde, a oferta pública de serviços que apoiem o fumante que deseja parar de fumar é um dever do Estado e um reconhecimento do direito à saúde e deve estar fundamentada nos princípios de universalidade de acesso, de integralidade e de equidade.

O tratamento do tabagismo traz para os profissionais da área da saúde, que estão diretamente ligados à promoção e aos cuidados da saúde da população, uma maior compreensão da complexidade das ações envolvidas no controle do tabaco, tais como, a adoção de medidas regulatórias e econômicas dos produtos fumígenos e a combinação de estratégias de promoção da saúde com medidas de tratamento da dependência ao fumo.

Ao mesmo tempo em que o tratamento do tabagismo mostra-se eficaz na redução de doenças tabaco-relacionadas e na redução da demanda por derivados do tabaco, ele é bastante complexo. A própria literatura revela que eficácia do tratamento tem limites, seja na abordagem comportamental, seja na abordagem medicamentosa ou na associação das duas. O tabagismo é fruto da dependência à nicotina e, além disso, traz várias associações de comportamento e de hábitos individuais, sociais e culturais.

No contexto de um sistema público de saúde como o SUS, que apresenta problemas estruturais importantes, a implantação do tratamento do tabagismo esbarra em várias limitações. Uma delas é a própria dificuldade de inserção como prioridade na agenda dos

governantes, em face de muitos problemas que os gestores estaduais e municipais de saúde têm de enfrentar. Ademais, existem limitações reais, em termo de capacidades institucionais de estados e municípios para expansão de vários tipos de programas de saúde.

O tratamento ainda não se encontra implantado em três estados da região norte do país. Nos outros estados da mesma região verifica-se uma baixa oferta dessas ações na rede de serviços. São observadas dificuldades para a condução do tratamento na esfera estadual em todo país o que evidencia a necessidade de fortalecimento das capacidades técnico-administrativas das secretarias de saúde. As relações intergovernamentais apresentam-se fragilizadas e constata-se pouca articulação com outras áreas técnicas de governo e com instâncias de negociação do SUS, fato que dificulta a transversalização do tema e a pactuação de ações.

Considerando que num sistema federativo os municípios se apresentam como entes autônomos e que respondem de forma direta pela execução das ações de saúde, os resultados deste estudo sugerem que, em muitas capitais, as ações para controle do tabagismo, e em especial do tratamento do tabagismo, apresentam-se com baixa prioridade para os gestores e com baixa adesão dos profissionais de saúde.

Ao longo desta década, o INCA buscou aumentar a adesão de estados e municípios à estratégia de tratamento do tabagismo por meio de capacitação dos profissionais de saúde e de sensibilização dos gestores. Contudo, a pesquisa realizada mostrou que ainda é limitada a implantação do tratamento do tabagismo no SUS e que isso tem relação com dificuldades na gestão federal, estadual e municipal. Revelou também que a situação da implantação no âmbito de estados e municípios pode estar relacionada à fragilidades na gestão federal.

As informações obtidas na pesquisa foram relevantes para a compreensão da complexidade das ações relacionadas à gestão nacional do programa, a qual exige intensa articulação intra e intergovernamental. A partir daí, foram observados, no âmbito federal, fatores que prejudicam a condução da estratégia, assim como a ausência de uma agenda sistemática para a discussão e o compartilhamento das decisões. Os entraves encontrados na esfera federal dificultam a adesão e a implantação do tratamento do tabagismo nos estados e nos municípios.

Existe uma preocupação com mudanças na gestão federal, motivada pela necessidade de superar as dificuldades de acesso, que são observadas no território

brasileiro. Por isso, o diagnóstico situacional é importante para a construção de propostas, para a análise de sua viabilidade e para o acompanhamento da sua implantação.

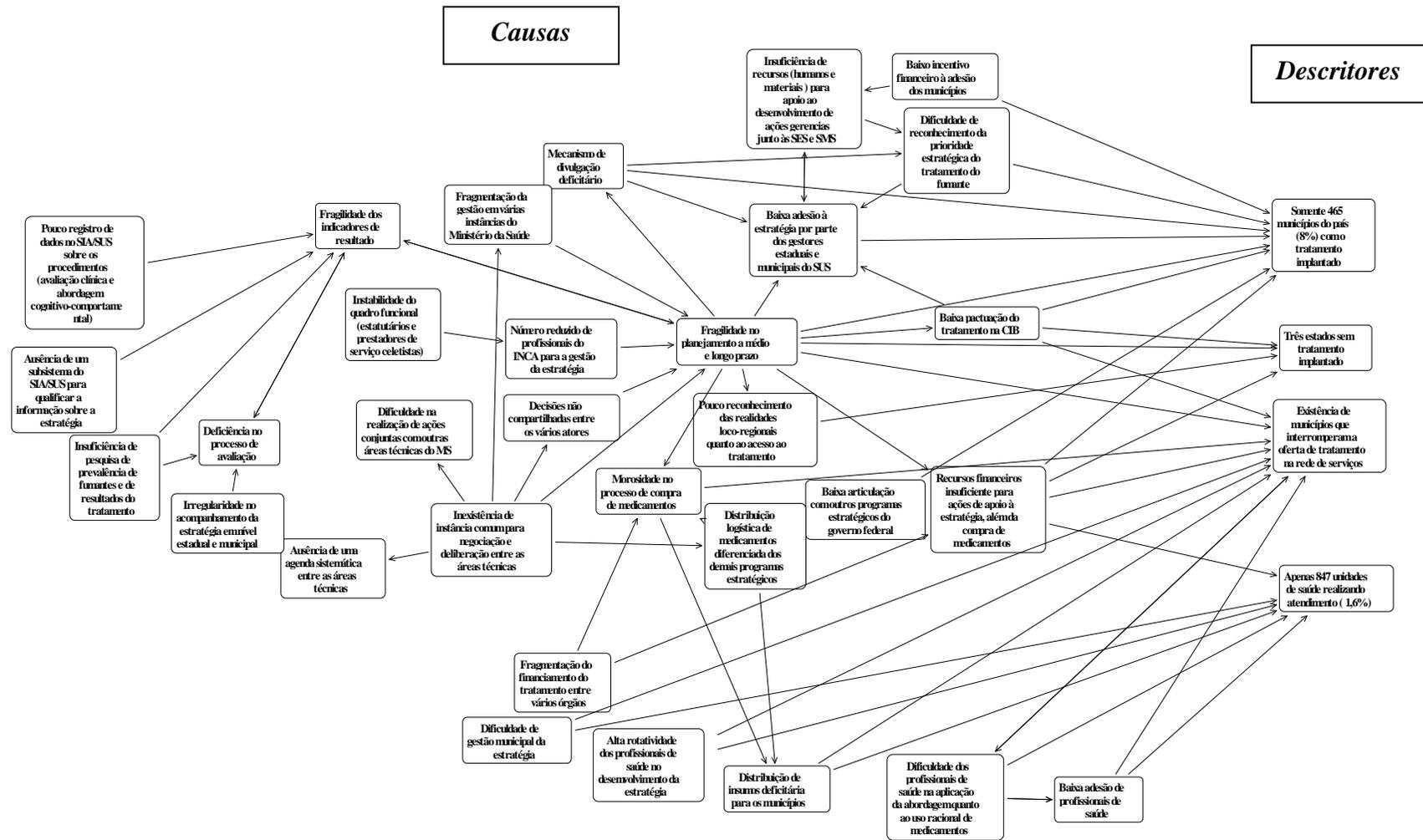
A partir da investigação e da experiência da aluna identificou-se como problema central relacionado ao objeto de estudo a *limitada implantação do tratamento do tabagismo no SUS*. Procurou-se elaborar um fluxograma explicativo do referido problema, que explicitasse e ordenasse as suas principais causas, com destaque para aquelas relacionadas direta e indiretamente com a gestão federal.

Após a elaboração do fluxograma<sup>xiii</sup>, apresentado na figura a seguir foram identificados alguns nós críticos, cuja seleção considerou tanto a sua possibilidade de efeito sobre os descritores do problema, quanto a governabilidade para seu enfrentamento.

---

<sup>xiii</sup> Sua elaboração se deu por meio do *Software Decision Explorer*.

Figura 6 – Fluxograma explicativo do Problema – “Limitada implantação do tratamento do tabagismo no SUS”.



Fonte: elaboração própria

A partir do diagnóstico situacional do tratamento do tabagismo no SUS e do fluxograma elaborado para explicação do problema central, foi possível identificar os seguintes nós críticos relevantes para o enfrentamento do problema: (a) fragilidade no planejamento a médio e longo prazo; (b) inexistência de uma instância comum para negociação e para deliberação entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde; (c) deficiência no abastecimento de insumos (morosidade na compra e distribuição deficitária) e; (d) insuficiência de recursos financeiros em ações de apoio à estratégia, além de recursos destinados à compra de medicamentos. Como se pode observar, eles impactam diretamente nos descritores apresentados para o problema “limitada implantação do tratamento do tabagismo no SUS”.

Portanto, recomenda-se que o INCA priorize a realização de um planejamento participativo, que envolva todos os atores que conduzem a estratégia nos três níveis de gestão e que leve em consideração as dificuldades locais. Isto porque é importante para a organização das ações ter clareza sobre as responsabilidades pela condução e sobre a utilização de métodos e de habilidades que permitam alcançar a melhoria do tratamento do tabagismo no SUS. Também é preciso considerar as decisões que englobam as ações propostas e a governabilidade sobre estas. Assim sendo, apoiar os estados e municípios na realização do diagnóstico situacional faz-se indispensável para a efetividade do tratamento.

Uma possível instância para potencializar a articulação no âmbito da esfera federal é a Comissão Intraministerial para Implementação da Convenção-Quadro (CIMICQ). Ela foi criada com objetivo de promover a internalização das medidas da CQCT no âmbito do SUS. O fortalecimento dessa Comissão poderia favorecer a negociação e participação de todas as áreas técnicas do Ministério da Saúde no compartilhamento das decisões para o tratamento do tabagismo no SUS.

Outro nó crítico apresentado no fluxograma foi insuficiência de alocação de recursos financeiros para ações de apoio à estratégia, além de recursos destinados à compra de medicamentos. Propõe-se que a CIMICQ seja o fórum de discussão e de negociação para esse problema, visto que todas as áreas técnicas que participam da gestão do tratamento do fumante no SUS compõem a comissão.

A compra centralizada de insumos mostra-se como um grande desafio num país imenso e num sistema federativo que impõe intensa coordenação intergovernamental. O Programa possui uma dinâmica diferente dos outros programas estratégicos, no que se refere à questão de insumos. Está claro que o arranjo atual apresenta problemas que estão impactando na adesão dos municípios. Portanto, é necessário que seja incorporado à

agenda de discussão dos dirigentes federais com intuito de que sejam elaboradas soluções mais efetivas.

Os dados apresentados neste estudo compartilham das considerações feitas pela Organização Mundial de Saúde por ocasião de uma avaliação conjunta realizada no ano de 2008 sobre a capacidade do Brasil de implantar políticas eficazes de controle do tabaco a pedido do governo brasileiro. As principais recomendações na ocasião foram: uniformização das ações; aumento de apoio político ao Programa; formalização e implementação dos planos estaduais e do plano nacional (pactuados na Comissão Intergestora Tripartite e Bipartite); e avaliação da efetividade e análise da prioridade da cessação de fumar como estratégia.

Durante anos, o PNCT se estruturou numa lógica de promoção da saúde com ações voltadas para sensibilização e informação da população e dos formadores de opinião sobre o tabagismo. Atuou junto a escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde na promoção de ações continuadas, buscando criar uma massa crítica para o tema. Essa atuação se deu por meio de parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde, o que se mostrou efetivo, pois alcançou grande aceitação social, conseguiu a redução da prevalência de fumantes no Brasil, como também um reconhecimento internacional do Programa. No período recente, tem recebido ainda mais ênfase na agenda federal com um movimento de expansão de medidas regulatórias.

No entanto, a estratégia de tratamento do tabagismo possui uma história mais recente, e apresenta especificidades quanto a sua inserção na rede de serviços de saúde, sendo mais influenciada pelo arranjo federativo e pelas condições da gestão descentralizada. Nesse contexto, é necessário priorizar a estratégia de tratamento e considerar os processos de negociação e de articulação intragovernamental, além de aprimorar os mecanismos de planejamento, de distribuição de recursos e de gestão sistêmica, visando alcançar uma maior cobertura e efetividade do tratamento dos fumantes no SUS.

## Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica; promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências da três esferas de gestão. Diário Oficial da União [ da Republica Federativa Do Brasil]. Brasília, 9 dez. 2005.
2. Matus C. O plano como aposta. São Paulo em Perspectiva. [internet]. 1991 [citado 2009 Jun 08];5(4):28-42. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_como\\_aposta-matus.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_como_aposta-matus.pdf).
3. Giovanella L. A proposta de Mario Testa para planejamento em Saúde. In: Forte DN V, Giovanella L, Machado MH, Sá MC, Taveira M, Porto SM, et al. Planejamento estratégico, programação e orçamentação em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1992. p. 14-66.
4. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre Tabagismo. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 1998.
5. Pan American Health Organization. Tobacco or health: Status in the Americas: A report of the Pan American Health Organization. Washington: PAHO; 1992. (Scientific Publication n. 546).
6. Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: SES; 2002.
7. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Costa VLS, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. Washington, DC: HNP; 2007.
8. Organização Mundial de Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10). 4ª ed. São Paulo: Edusp; 1997.
9. Cinciprini PM, Hecht SS, Henningfield JE, Manley MW, Kramer BS. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. J Natl Cancer Inst. 1997;89(24):1852-67.
10. Efroymsen D, Ahmed S, Townsend J, Alam SM, Dey AR, Saha R, et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. Tob Control. 2001;10: 212-17.

11. Ussuf S. Regional Summary for the African Region. Tobacco Control Country Profiles. [online]. 2000. [ capturado 03 junh. 2009]; Disponível em: [http://www.cancer.org/downloads/TOB/AFRO\\_Summary.pdf](http://www.cancer.org/downloads/TOB/AFRO_Summary.pdf).
12. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi DF, editors. Tobacco control: country profiles. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2000.
- 13 Mackay J, Eriksen M, Shafey O. El Atlas del Tabaco. 2 ed. Atlanta ( GA): American Câncer Society; 2006.
- 14 Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath CW. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimates from national vital statistics. Lancet. 1992;339: 1268-78.
- 15 Lee A H, Jiang Y. Tobacco Control Programs in China. In Tobacco Control Policy Analysis in China: Economics and Health. 2007. Ed. Hu TW. Berkeley, Ca.tobaccofreecenter.org/files/en/forMedia/china/BI\_Factsheet\_Tobacco\_and\_Tobacco\_Control\_in\_China\_EN.pdf)
16. National Preventative Health Taskforce. Australia: the healthiest country by 2020: A discussion paper prepared by the National Preventative Health Taskforce. Preventative Health Taskforce; [s. d.].
17. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER. et al. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline. Public Health Service; 2008.
18. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1989.
19. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa mundial de saúde no Brasil, 2003. Car Saúde Pública. 2005; 21: s4-5.
20. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.
21. International Agency of Reaserch in Cancer. Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking. Vol 9. Lyon (France): IARC; 1987. (Scientific Publications n.31).
22. Figueredo VC. Fumo passive mata sete por dia. Jornal Folha de São Paulo. 2008 Agost 25.

23. Collins DJ, Lapsley H. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992 [Internet]. Canberra: Australian Government Publishing Service; 1996. [citado 2009 Jun 08]. (Monograph Series, n. 30). Disponível em: [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-publicat-document-mono30-cnt.htm/\\$file/mono30.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-publicat-document-mono30-cnt.htm/$file/mono30.pdf).
24. Pinto MFT. Custos de doenças tabaco - Relacionadas: uma análise sob a perspectiva da economia e da epidemiologia. [Tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2007.
25. Machado CV. Direito universal política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Museu da Republica; 2007.
26. Freeman R, Moran M. A saúde na Europa. In: Negri B, Viana A L d'Á. (Orgs). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag; 2002. p. 45-64.
27. Viana ald'á, Silva HP, Elias PEM. Economia política da saúde: introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2007 jan; (37): 7-20.
28. Gadelha CAG. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma utopia. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005; 29(71): 327-38.
29. Rosemberg J. Tabagismo sério problema de saúde pública. 2ª ed. São Paulo: Almed; 1987.
30. Ontario Tobacco Research Unit. The Tobacco Control Environment: Ontario and Beyond. [internet]. Toronto: Ontario Tobacco Research Unit; 2005. [citado 2009 Jun 09]. 29 p. (Special Reports: Monitoring and Evaluation Series, 2004-2005 V. 11, N. 1). Disponível em: [http://www.otru.org/pdf/11mr/11mr\\_no1\\_final.pdf](http://www.otru.org/pdf/11mr/11mr_no1_final.pdf).
31. Instituto Nacional de Câncer. Cigarro brasileiro: análises e proposta par redução do consumo. Rio de Janeiro: INCA; 2000.
32. Health Canadá [homepage na Internet]. Canadá. Disponível em: [http://www.hc\\_sc.gc.ca/hl\\_vs/tobac\\_tabac/legislation/federal/tobac\\_tabac\\_eng.php](http://www.hc_sc.gc.ca/hl_vs/tobac_tabac/legislation/federal/tobac_tabac_eng.php)
33. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco? [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2004. [citado 2009 Jun 09]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>.
34. Viegas CA. A abordagem breve. In: Gigliotti A, Presmsm S. Atualização no tratamento do tabagismo, Org. Rio de Janeiro: ABP; 2006.
35. Rosemberg J. Nicotina droga universal. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
36. American Cancer Society. Freshstart : staying quit and enjoying it forever.ACS; 1982.

37. Fiore MC. Clínicas médicas da América do norte. Rio de Janeiro: Interlivros; 1992.
38. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline. United States; Public Health Service; 2000.
39. Otero UB. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Publica. 2006; 22(2):439-49.
40. Organização Mundial da Saúde. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva: OMS; 2003.
41. National Health Service. Statistics on NHS Stop Smoking Services in England, April 2006 to March 2007. Inland: The Information Centre; 2007.
42. Serious Gains: reducing tobacco use improves productivity and profit. Disponível em: [http://www.cdc.gov/tobacco/quit\\_smoking/cessation/00\\_pdfs/reimbursement\\_brochure.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/cessation/00_pdfs/reimbursement_brochure.pdf)
43. Organização Mundial da Saúde. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Geneva: WHO; 2003.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 655 de 19 de setembro de 2005. Cria o grupo assessor ao Ministério da Saúde para o controle do tabagismo no Brasil.
45. Brasil. Lei Federal nº 7.488, 11 de junho de 1986. Diário Oficial da União [ da República Federativa do Brasil]. Brasília, 12 jun. 1986,p.8531.
46. Brasil. Lei Federal nº 9294, 15 de julho de 1996. Diário Oficial [ da República Federativa do Brasil]. Brasília, 16 ago.1996; seção 1, p.13074.
47. Brasil. Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. Institui um Estado democrático. [internet] Brasília: Senado Federal; 1988. [acessado em 2009 Jun 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).
48. Brasil. Presidência da República. Institui a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, set. 1990.
49. Brasil. Presidência da República. Lei 8142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 31 e dez. 1990.

50. Viana AIA, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto; lições do caso brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 7:493-507.
51. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90; relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2001; 6(2): 269-91.
52. Czerinia D, Freitas CM. Diferença entre prevenção e promoção. In: Czerinia D, Freitas CM. Org. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
- 53 Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1): 163-77.
54. Costa e Silva VL. O controle do tabagismo no Brasil: avaliação perspectivas. *Avaliação das ações de controle do tabagismo*. 2006; Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer. 2006.
- 55 Campaign for Tobacco Free Kids. *Confíe en nosotros somos la industria tabacalera*. Washington; Campaign for Tobacco Free Kids; 2001.
56. Cochrane Tobacco Addiction Review Group. *BMJ* 2000; 321:355-8.
57. Instituto Nacional de Câncer. *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, 30 mar. 2006.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº399, 21 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. *Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]*. Brasília, 22 set. 2006.
60. Brasil. Ministério da Saúde. *Mais saúde: direito de todos 2008 – 2011*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
61. Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9): 2113-26.
62. Matus C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: Ipea; 1993.

## Apêndices

### Apêndice A – Lista dos entrevistados

**Luiz Antonio Santini** – Médico, Diretor do Instituto Nacional de Câncer. Entrevista semi-estruturada realizada em janeiro de 2009, no Rio de Janeiro, RJ

**Luiz Cláudio Noronha** – Médico, Coordenador da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA.

**Tania Maria Cavalcante** – Médica, Chefe da Divisão de Controle do Tabagismo da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA.

**Apêndice B – Roteiro semi-estruturado de entrevista**

- 1) Qual a sua visão sobre a trajetória do PNCT?
- 2) O que representa o tratamento do tabagismo na história do PNCT?
- 3) Qual a sua visão sobre a divisão de atribuições do PNCT entre as áreas do MS? E mais especificamente no que diz respeito à divisão de atribuições relativa ao tratamento do tabagismo?
- 4) E quanto aos mecanismos de coordenação entre os órgãos federais?
- 5) Qual a sua visão sobre os mecanismos de coordenação entre a Divisão de Controle do Tabagismo, estados e municípios (particularmente no que concerne ao tratamento do tabagismo)?
- 6) Qual a sua visão sobre o grau de prioridade do PNCT e do tratamento na agenda federal (MS e SAS)? E mais especificamente no que diz respeito ao tratamento do tabagismo?
- 7) Como vê a relação do PNCT (e mais especificamente do tratamento do tabagismo) com outras políticas estratégicas do Ministério da Saúde?
- 8) O que representa o tratamento do tabagismo para Conprev/INCA?
- 9) Como vê a estratégia de tratamento do tabagismo no SUS?
- 10) Quais os avanços no tratamento do tabagismo no SUS?
- 11) Quais as dificuldades encontradas pelo tratamento do tabagismo no SUS?
- 12) Quais as estratégias de superação?

**Apêndice C – Roteiro semi-estruturado de entrevistas**

- 1) Qual a sua visão sobre a gestão federal do PNCT?
- 2) Qual a sua visão sobre a divisão de atribuições do PNCT entre as áreas do MS?
- 3) E quanto aos mecanismos de coordenação entre os órgãos federais?
- 4) Qual a sua visão sobre os mecanismos de Coordenação entre o INCA, estados e municípios?
- 5) Qual a sua visão sobre o grau de prioridade do PNCT e do tratamento na agenda federal (MS e SAS)?
- 6) Como vê a relação do PNCT com outras políticas estratégicas do Ministério da Saúde?
- 7) Como vê a estratégia de tratamento do tabagismo no SUS?
- 8) Quais os avanços no tratamento do tabagismo no SUS?
- 9) Quais as dificuldades encontradas pelo tratamento do tabagismo no SUS?
- 10) Quanto à adesão de municípios a estratégia de tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde. Qual a sua opinião:
- 11) Quais as estratégias de superação?

**Apêndice D – Questionário aplicado às coordenações estaduais no ano de 2006.**

**IMPLANTAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NA REDE SUS: PORTARIA SAS/MS  
442/04<sup>1</sup>**

CAPTAÇÃO/SENSIBILIZAÇÃO DE MUNICÍPIOS.

1. O estado tem alguma estratégia para sensibilização/captação de interesse do gestor municipal para aderir à implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

- a)  Sim  
 b)  Não  
 c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

2. Quais os critérios utilizados para a identificação dos municípios a serem estimulados a implantarem o tratamento do tabagismo na rede SUS no seu estado? (mais de uma opção pode ser assinalada)

- a)  Priorizar municípios chaves ( $\geq$  que 100 mil habitantes)  
 b)  Priorizar municípios pólo de regional e capital  
 c)  Atender a demanda dos municípios  
 d)  Atender municípios com número de profissionais de saúde suficiente para incorporar o tratamento do fumante  
 e)  Outros. Descreva:

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

3. O estado apresentou como estratégia de sensibilização dos municípios a Portaria SAS/MS nº 442/04 e seus anexos à Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>2</sup>?

- a)  Sim  
 b)  Não  
 c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

***Aderência dos municípios***

4. Quantos municípios pactuaram em CIB a implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

5. Quantos municípios indicaram formalmente profissionais de saúde de suas unidades do SUS para capacitação para a implantação do tratamento do tabagismo?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

6. Quantos municípios têm atualmente pelo menos uma unidade de saúde do SUS com profissionais capacitados para a implantação do tratamento do tabagismo?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

7. Quantos municípios atualmente contam com pelo menos uma unidade de saúde atendendo o fumante, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/04?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

8. Existe no estado a situação de municípios que aderiram ao plano de implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS, receberam insumos provenientes do Ministério da Saúde (MS) e não iniciaram ou interromperam o tratamento do tabagismo?

a)  Sim

b)  Não

c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

ADERÊNCIA DAS UNIDADES DE SAÚDE

9. Quantas unidades de saúde do SUS tiveram profissionais de saúde capacitados para a implantação do tratamento do tabagismo?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

10. Quantos profissionais de saúde do SUS foram capacitados até o momento para a implantação do tratamento do tabagismo?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

11. Quantos desses profissionais de saúde são integrantes da Estratégia da Saúde da Família (**PSF**)?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

12. Existem dificuldades no processo de implantação do tratamento do fumante nas unidades de saúde do SUS?

- Sim. Razões (mais de uma opção pode ser assinalada):

- (a)  Acúmulo de atividades pelo profissional de saúde
- (b)  Rotatividade dos profissionais
- (c)  Falta de comprometimento do gestor da unidade de saúde
- (d)  Outras. Descreva:
  - a)  Não
  - b)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA IMPLANTAÇÃO DA PORTARIA Nº 442/04, DE ACORDO COM SEUS COMPONENTES: CAPACITAÇÃO, CREDENCIAMENTO, REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA, MEDICAMENTO E MATERIAL DE APOIO, E AVALIAÇÃO

**CAPACITAÇÃO**

13. O Programa de Controle do Tabagismo recomenda que a capacitação deva obedecer a alguns requisitos. Assinale abaixo quais desses requisitos são cumpridos no estado (mais de uma opção pode ser assinalada):
- a)  Ser realizada em 2 dias
  - b)  Conter, no máximo, 50 participantes por capacitação
  - c)  Abranger obrigatoriamente os seguintes temas: Programa Nacional e Estadual de Controle do Tabagismo, Abordagem Cognitivo-Comportamental, Sessões Estruturadas (mínimo de 3,5 horas), Medicamentos de Apoio, e Instrumentos e Fluxo de Informações.
  - d)  Nenhum destes requisitos acima.

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

14. Quanto ao conteúdo, o material de apoio à capacitação sugerido e oferecido pelo Programa de Controle do Tabagismo é:
- a)  ruim
  - b)  satisfatório
  - c)  bom
  - d)  excelente

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

15. É distribuído para o participante algum outro texto de apoio?

- a)  Sim. Qual (is)?
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

#### Propostas

16. Com quem a coordenação estadual tem estabelecido parcerias para a realização das capacitações para implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS? (mais de uma opção pode ser assinalada)
- a)  Parceria interna (intra SES). Com quem?
  - b)  Parceria com sociedades científicas e ONGs. Com quem?
  - c)  Parceria com universidades. Qual (is)?
  - d)  Parceria com o Pólo de Educação Permanente do SUS
  - e)  Outra parceria. Qual (is)?
  - f)  Não tem estabelecido parcerias

#### Potencialidades

#### Dificuldades

#### Propostas de superação

### **CREDENCIAMENTO**

17. Qual (is) outra (s) categoria (s) profissional (is) poderia (m) constar da lista<sup>3</sup> de profissionais de saúde que realizam o procedimento Abordagem Cognitivo-Comportamental do fumante, definido pela Portaria SAS/MS nº 442/04?
- a)  Concordo com a lista
  - b)  Sugestão de outra (s) categoria (s). Qual (is)?
18. Para serem credenciadas no Serviço Especializado nº 54/168 - Controle do Tabagismo do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>4</sup>, as unidades de saúde deverão atender os seguintes critérios:
- a) Ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;
  - b) Não ser permitido fumar no interior da unidade;
  - c) Contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade;
  - d) Dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.
  - e) Garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

Pergunta: A coordenação estadual trabalha em conjunto com o serviço de controle e avaliação para discussão dos critérios e operacionalização da Portaria SAS/MS nº 442/04?

- a)  Sim
- b)  Não

c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

19. Quem faz a verificação dos critérios acima nas unidades de saúde no estado e município?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

20. Como é feito o procedimento de verificação de cada um dos 5 (cinco) critérios descritos na questão acima?

a) Ser unidade de saúde, ambulatorial ou hospitalar, integrante do Sistema Único de Saúde, classificada em qualquer nível hierárquico;

Resposta:

b) Não ser permitido fumar no interior da unidade;

Resposta:

c) Contar com, no mínimo, um profissional de saúde de nível universitário, das categorias profissionais constantes desta Portaria, devidamente capacitado, segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Cópia do certificado de capacitação dos profissionais deverá ser incluída no processo de credenciamento da unidade;

Resposta:

d) Dispor de locais para atendimento individual e sessões de grupo.

Resposta:

e) Garantir equipamentos e recursos necessários como tensiômetro, estetoscópio e balança antropométrica, para avaliação clínica do fumante. O município deve garantir também, seja local ou na referência, a realização de exames para apoio diagnóstico dos pacientes que necessitem de avaliação complementar.

Resposta:

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

21. Após a verificação de todos os critérios mencionados acima, em quanto tempo a unidade de saúde estará habilitada e disponível para consulta *on line* no sítio do CNES <http://cnes.datasus.gov.br> e SIA/SUS?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

#### **REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

22. Existe algum mecanismo do estado para identificação do fumante e encaminhamento para tratamento do tabagismo nas unidades de saúde da rede SUS credenciadas?

- a)  Sim  
b)  Não  
c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

23. No seu estado, existe uma rede de referência para tratamento do tabagismo para o encaminhamento dos fumantes que necessitam de exames para auxílio diagnóstico e/ou de atendimento especializado por alguma co-morbidade clínica<sup>5</sup>?

- a)  Sim  
b)  Não  
c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

24. No seu estado, existe uma rede de referência para tratamento do tabagismo para o encaminhamento dos fumantes que necessitam de atendimento especializado por alguma co-morbidade psiquiátrica<sup>6</sup>?

- a)  Sim  
b)  Não  
c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

25. Existe algum formulário de referência e contra-referência para tratamento do fumante nestes casos?

- a)  Sim (por favor, encaminhe-nos uma cópia)
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

26. Existindo uma rede de referência e contra-referência, foi inserida na Programação Pactuada Integrada para formalização das mesmas?

- a)  Sim
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

#### **MEDICAMENTO E MATERIAL DE APOIO**

27. Existe algum mecanismo para saber quando os municípios receberam os insumos do tratamento do tabagismo provenientes do Ministério da Saúde?

- a)  Sim
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

28. O medicamento e material de apoio têm chegado aos municípios no quantitativo informado pelo INCA/Ministério da Saúde?

- a)  Sim
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

29. O medicamento e material de apoio têm chegado aos municípios no prazo estabelecido, ou seja, nas duas últimas semanas de março, de junho, de setembro e de dezembro?

- a)  Sim
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

30. Nos municípios que vão implantar o tratamento do tabagismo na rede SUS, como são definidos os profissionais responsáveis pela Assistência Farmacêutica?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

31. Nos municípios que vão implantar o tratamento do tabagismo na rede SUS, como são definidos os profissionais responsáveis pelo gerenciamento do Manual do Participante e das informações?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

32. O profissional responsável pela Assistência Farmacêutica no município foi capacitado para a implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

- a)  Sim
- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

33. O profissional responsável pelo gerenciamento do Manual do participante e informações foi capacitado para o gerenciamento do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco no município?

- a)  Sim

- b)  Não
- c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

34. O profissional responsável pela Assistência Farmacêutica e o profissional responsável pelo gerenciamento do Manual do participante e informações trabalham em parceria?
- a)  Sim
  - b)  Não
  - c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

#### AVALIAÇÃO

35. Foi elaborado um Manual de Operação – Fluxos de Informação e Instrumentos de Avaliação para auxiliar o preenchimento dos instrumentos<sup>7</sup>. Esse manual esclarece as dúvidas que ocorrem no preenchimento dos instrumentos?
- a)  Sim
  - b)  Não
  - c)  Não conheço o Manual de Operações
  - d)  Não li o Manual de Operações
  - e)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

36. O estado tem conseguido cumprir o prazo estabelecido para envio de informações?
- a)  Sim
  - b)  Não
  - c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

37. Qual (is) o (s) procedimento (s) realizado (s) pela coordenação estadual quando recebe as planilhas do (s) município(s)? (mais de uma opção pode ser assinalada)
- a)  Verifica se a unidade de saúde está capacitada
  - b)  Verifica se a unidade de saúde está credenciada no CNES
  - c)  Verifica a coerência das informações das planilhas
  - d)  Comunica erros

e)  Encaminha diretamente para o INCA

f)  Outros. Descreva:

Potencialidades

Dificuldades

Propostas

38. Quais são as ferramentas utilizadas pelo estado para o monitoramento da implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

a)  Produção ambulatorial/ SIA/SUS

b)  CNES

c)  Supervisão no local

d)  Outras. Descreva:

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

39. Qual a intervenção da coordenação estadual para melhoria das sub-notificações da produção ambulatorial no SIA/SUS dos procedimentos do tratamento do tabagismo<sup>8</sup>?

Resposta:

Não sei

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

40. A coordenação estadual possui um sistema de armazenamento e organização das informações do tratamento do tabagismo, permitindo um monitoramento da implantação e avaliação das ações na rede SUS?

a)  Sim

b)  Não

c)  Não sei/Não se aplica

Potencialidades

Dificuldades

Propostas de superação

#### INTERFACE DA PORTARIA SAS/MS Nº 442/04 COM POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS

##### **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA**

41. Como a coordenação estadual vê o processo de implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica, Portaria GM nº 2439/05, no estado?

Resposta:

42. Como se dá a participação da coordenação estadual nesse processo, especificamente, no art. 3º, inciso VII desta Política?

Resposta:

#### **PACTO PELA SAÚDE 2006**

43. Como a coordenação estadual vê o processo de implantação do Pacto pela Saúde 2006, Portaria GM nº 399/06, no estado?

Resposta:

44. Como se dá a participação da coordenação estadual nesse processo, especificamente, no Anexo I, Pacto pela Vida, Promoção da Saúde, desta Política?

Resposta:

45. Como se dá a participação da coordenação estadual nesse processo, especificamente, no Anexo I, Pacto pela Gestão, Financiamento do SUS, Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, desta Política?

Resposta:

#### **POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE**

46. Como a coordenação estadual vê o processo de implantação da Política Nacional de Promoção à Saúde no estado?

Resposta:

47. Como se dá a participação da coordenação estadual nesse processo, especificamente, no item 6.4.7 Aumentar o acesso aos métodos eficazes para cessação de fumar, desta Política?

Resposta:

#### **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER**

48. Como a coordenação estadual vê o INCA como parceiro no processo de implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

Resposta:

49. O que o INCA poderia melhorar na sua relação com os estados para a implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

Resposta:

### **GLOSSÁRIO**

---

<sup>1</sup> Portaria SAS/MS nº 442/04 regulamenta a Portaria MS nº 1035/04, que ampliou o acesso à abordagem cognitivo-comportamental e tratamento do tabagismo na rede de Atenção básica e Média Complexidade do Sistema Único de Saúde.

<sup>2</sup> Comissão Intergetora Bipartite é a reunião entre Secretário Estadual e Secretários Municipais de Saúde para deliberarem ações de saúde no Estado.

---

<sup>3</sup> Ver lista de atividade profissional do procedimento 19.161.01-8 Aboragem Cognitivo-Comportamental por atendimento/paciente, da Portaria SAS/MS nº 442/04.

<sup>4</sup> Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população. O CNES, visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal.

<sup>5</sup> As principais co-morbidades clínicas associadas ao tabagismo são câncer, hipertensão arterial, enfisema pulmonar, cardiopatias entre outras.

<sup>6</sup> Quando for diagnosticada alguma co-morbidade psiquiátrica no fumante (esquizofrenia, depressão, dependência de outras drogas, entre outras), o paciente deve ser referenciado para tratar o tabagismo em serviço de saúde especializado (CAPS, por exemplo)

<sup>7</sup> Instrumentos do tratamento do tabagismo são:

- Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante - UNIDADE DE SAÚDE;
- Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição do Manual do Participante - MUNICÍPIO E ESTADO,
- Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos - UNIDADE DISPENSADORA DE MEDICAMENTOS,
- Planilha de Consolidação das Informações de Distribuição de Medicamentos - MUNICÍPIO E ESTADO;
- Planilha de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo;
- Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Unidade de Saúde;
- Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Município e Estado

<sup>8</sup> Os procedimentos definidos pela Portaria SAS/MS nº442/04 são:

- 02.012.18-9 Consulta para avaliação clínica do fumante,
- 19.161.101-8 Abordagem Cognitivo-Comportamental do Fumante por atendimento/paciente.

**Apêndice E – Questionário aplicado às coordenações estaduais no ano de 2008.**

## **QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS COORDENAÇÕES ESTADUAIS DE CONTROLE DO TABAGISMO**

**Janeiro/2008**

---

Estado:                      Data:

Responsável pelo preenchimento:

Coordenador (a):

Secretário Estadual de Saúde:

***Equipe da Coordenação do Programa***

1- Esta coordenação possui uma equipe para desenvolver as ações do Programa? Se sim, informe quantas pessoas, formação profissional e função exercida.

2- Os componentes da equipe foram capacitados para a implantação de quais ações do Programa - datas pontuais, criação de ambientes livres de fumo, Programa Saber Saúde, tratamento para cessação?

3- Há quanto tempo o coordenador está à frente do Programa?

4- Os componentes da equipe são exclusivos do programa ou atuam em outras áreas da SES? Se sim, quais?

***Financiamento***

5- Esta coordenação ainda conta com recurso do Convênio?

6- A coordenação tem conseguido outras fontes de financiamento para dar continuidade às ações de controle do tabagismo? Se sim, quais? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

***Pactuação das ações***

7- O Estado conseguiu pactuar as ações do Programa de Controle do tabagismo nas instâncias apropriadas (Bipartites, Conselhos etc)? Informe quais instâncias e que ações puderam ser pactuadas, caso tenha ocorrido. Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

***Inserção no cenário atual de políticas de saúde***

8- Tem havido algum tipo de integração com as Políticas Nacional de Atenção Oncológica, de Doenças e Agravos não Transmissíveis e de Promoção à Saúde? Se sim, de que forma? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

---

**Registro das ações**

9- Como é feito o registro/controle da implantação das ações do programa? (mala direta, planilhas, cadastros, etc). Esses dados são organizados de que forma? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

10- Existe um banco de dados sobre leis estaduais e municipais relacionadas ao controle do tabagismo?

***Cumprimento da Lei 9.294/96 (caso haja necessidade, consulte as vigilâncias sanitárias de seu estado ou da capital para responder as perguntas deste tópico)***

11- A Lei 9.294/96\* vem sendo cumprida em seu estado? Os estabelecimentos comerciais, especialmente shoppings, bares e restaurantes, vêm aderindo à implantação de ambientes livres de fumo? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

12- Esta coordenação tem trabalhado em parceria com a Vigilância Sanitária na implantação e fiscalização dos ambientes livres de fumo? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

13- Esta coordenação já realizou, em parceria com a Vigilância Sanitária, a capacitação de quantos municípios para fiscalização do cumprimento da Lei 9294/96? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

14- Esta coordenação desenvolve algum tipo de campanha informativa sobre a existência da Lei 9294/96? Se sim, por favor descreva brevemente.

15- A população tem denunciado à SES ou à Vigilância Sanitária sobre o descumprimento desta lei? E nos municípios, isto vem ocorrendo?

16- As Vigilâncias Sanitárias (capital e outros municípios) possuem algum canal de comunicação para os cidadãos reclamarem/denunciarem a violação desta lei? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

17- As Vigilâncias Sanitárias (capital e municípios) têm aplicado multas aos estabelecimentos que não cumprem a Lei 9294/96?

18- Foi necessário criar ou alterar a legislação estadual/municipal para efetivar a implementação de ambientes livres de fumo? Caso positivo, favor anexar cópia da legislação.

---

***PACS/PSF***

19- Esta coordenação tem trabalhado em parceria com PACS/PSF? Se sim, desde quando? Quantas equipes foram capacitadas até o momento? Destas, quantas foram capacitadas para oferecer tratamento para cessação do tabagismo? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

***Parcerias***

20- Esta coordenação trabalha em parceria com alguma Organização Não Governamental (ONG)? Qual(is)? Desde quando? Que tipo de parceria é realizada? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

21- São feitas outras parcerias (sociedades científicas, empresas privadas, igrejas, etc)? Com quem? Desde quando? Como elas ocorrem? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

***Saber Saúde***

22- Como tem sido a capacitação e implantação do Programa Saber Saúde em seu estado? Descreva potencialidades e dificuldades.

23- Quantas escolas foram capacitadas até o momento? Dessas, quantas desenvolvem o Programa?

24- Foram realizadas visitas de supervisão a escolas em 2007? Se sim, em quantas? Descreva potencialidades e dificuldades.

***Tabaco e Gênero***

25- Existe alguma iniciativa específica do seu estado voltada para a prevenção ou cessação do tabagismo entre mulheres? Se sim, essa iniciativa é feita através de parcerias? Quais? Descreva as principais potencialidade e dificuldades.

***Comunicação, Divulgação e Intercâmbio de Informações***

26- Que tipo de ações de comunicação para o controle do tabaco você costuma promover?

27- Que dificuldades na área de comunicação você encontra em seu estado?

28- Como avalia o relacionamento da coordenação estadual de controle do tabagismo com a comunicação social da secretaria de saúde de seu estado?

(a) Excelente

- 
- (b) Bom
  - (c) Regular
  - (d) Ruim
  - (e) Não conheço

Por quê?

29- Qual(is) dos assuntos de comunicação abaixo você tem mais interesse em conhecer?

- (a) Campanhas de Mobilização Social
- (b) Assessoria de Imprensa
- (c) Produção de materiais
- (d) Mídias digitais
- (e) Parcerias com instituições públicas e privadas e Organizações não-governamentais

30- Como costuma ser feita a comunicação com os municípios capacitados para o desenvolvimento das ações do Programa? Tem prática de comunicação via email? Descreva principais potencialidades e dificuldades.

31- Tem recebido o boletim eletrônico *Por um Mundo sem Tabaco*?

32- Conhece a RIACT – Rede Iberoamericana de Controle do Tabagismo?

***Comemoração de datas pontuais***

33- Esta coordenação realizou alguma comemoração no Dia Mundial sem Tabaco (31/5) e no Dia Nacional de Combate ao Fumo (29/08) em 2007? Descreva as principais potencialidades e dificuldades.

34- Quantos municípios realizaram alguma atividade comemorativa nestas datas?

---

**Apêndice F - Questionário aplicado aos coordenadores do PNCT das capitais.**

**Dados de identificação do Coordenador Municipal**

Nome:

Formação Profissional:

1) Possui Pós-Graduação?

saúde pública ou saúde coletiva     não..... Outras- Qual a área?

2) Qual o vínculo empregatício com a Secretaria Municipal de Saúde?

Celetista     Estatutário     Temporário     Só DAS     Outro - Qual?

---

**Estrutura e normas do Programa no Município**

3) Em que estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde a coordenação municipal de controle do tabagismo está inserida? \_\_\_\_\_

---

---

4) Há quanto tempo atua no Programa de Controle do Tabagismo? \_\_\_\_\_

5) A atuação do coordenador é exclusiva para as ações de controle do tabagismo?

Sim       Não

6) Esta coordenação possui uma equipe para desenvolver as ações do Programa?

Sim       Não

Se sim, informe quantas pessoas? \_\_\_\_\_

7) A coordenação foi capacitada para gerenciar a estratégia do tratamento do tabagismo?

Sim       Não

8) Existe algum profissional específico para a gestão do tratamento?

Sim       Não

Se sim, possui pós-graduação?

saúde pública ou saúde coletiva       não..... Outras- Qual a área?

---

**Adesão, prioridade e base de apoio ao tratamento do tabagismo no SUS**

9) Assinale os fatores que favoreceram a adesão do município à estratégia de tratamento do tabagismo na rede SUS:

*(assinalar todas as alternativas pertinentes)*

A constatação de existência prévia no município de demanda para o tratamento do tabagismo (dados epidemiológicos ou demandas dos usuários).

A existência prévia no município de demandas/pressões dos profissionais de saúde para a implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS.

A priorização do problema por dirigentes municipais.

O aporte de recursos federais para a estratégia

O aporte de recursos estaduais para a estratégia

O apoio do INCA à estruturação da estratégia

O apoio da SES à estruturação da estratégia

Outros – Especificar: \_\_\_\_\_

---

---

10) As ações para controle do tabagismo integram o Plano Municipal de Saúde?

Sim       Não

11) Os dados epidemiológicos sobre tabagismo foram considerados na elaboração do Plano Municipal de Saúde?

Sim       Não

12) A estratégia de tratamento do tabagismo é prioridade no município?

Sim para o Prefeito

---

Sim para o Secretário Municipal de Saúde

Não

13) A coordenação municipal do PNCT tem um plano ou projeto para tratamento do tabagismo na rede municipal de saúde?

Sim       Não

Se sim, outros atores foram envolvidos na elaboração?

Sim       Não

Quais? \_\_\_\_\_

---

14) A realidade local quanto à estrutura de acesso foi considerada na elaboração do projeto para a estratégia de tratamento do tabagismo?

Sim       Não

15) Existe algum aporte financeiro do município para o tratamento do tabagismo?

Sim       Não

Qual? \_\_\_\_\_

---

16) Tem encontrado dificuldade na adesão dos profissionais de saúde na estratégia de tratamento de tabagismo no município?

Sim       Não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### Funções e atribuições das três esferas de governo

17) As atribuições do gestor federal (INCA) na condução *da estratégia* tratamento do tabagismo estão bem definidas?

Sim       Não       Não conheço as atribuições

Se sim, descreva-as.

---

18) As atribuições do gestor estadual (coordenação estadual) na condução do tratamento do tabagismo estão bem definidas?

Sim       Não       Não conheço as atribuições

Se sim, descreva-as.

---

---

---

19) As atribuições do gestor municipal (coordenação municipal) na condução do tratamento do tabagismo estão bem definidas?

Sim       Não       Não conheço as atribuições

Se sim, descreva-as.

---

---

20) O Plano de implantação *da estratégia de* tratamento do tabagismo da portaria SAS/MS nº 442/04, atende as expectativas quanto a:

*(Assinale quantas opções forem necessárias)*

---

(a) capacitação de profissionais de saúde  Sim  Não

(b) organização de rede de atendimento  Sim  Não

(c) credenciamento das unidades de saúde  Sim  Não

(d) distribuição de medicamentos  Sim  Não

(e) distribuição de insumos  Sim  Não

(f) fluxo de informações  Sim  Não

(g) indicadores  Sim  Não

(h) Não conheço o Plano

*Caso tenha assinalado algum “Não”, justifique a sua resposta:*

---

---

---

21) A programação para distribuição de insumos do tratamento do tabagismo feita pelo MS/INCA atende as necessidades do município?

Sim  Não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

---

---

22) A coordenação estadual oferece algum tipo de apoio à implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS? De que tipo?

*(Assinale quantas opções forem necessárias)*

Capacitação para atuação na estratégia de tratamento

Cessão de profissionais

Cessão de espaço físico

Fornecimento de material / insumos

Apoio financeiro direto

Outro

Não oferece nenhum outro tipo de apoio

23) Qual sua expectativa sobre *o papel/a* gestão do INCA no tratamento do tabagismo no SUS?

---

---

---

---

24) Qual sua expectativa sobre *o papel/a* gestão da Coordenação Estadual do Programa no tratamento do tabagismo no SUS?

---

---

---

---

---

### Articulação entre esferas de governo

25) A estratégia para tratamento do tabagismo foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

Sim       Não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

26) A coordenação estadual participou da reunião de pactuação do projeto na CIB?

Sim       Não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

27) São realizadas reuniões da coordenação estadual responsável pela estratégia de tratamento do tabagismo com as coordenações municipais responsáveis pela implementação do tratamento do tabagismo na rede SUS?

Sim, periodicamente.

Sim, eventualmente.

Sim, raramente.

Não.

### Financiamento

28) O financiamento dos procedimentos do tratamento do tabagismo está incluído no Piso de Atenção Básica (PAB). Você considera isso:

---

Adequado

Inadequado

Por quê? \_\_\_\_\_

29) Os recursos para implantação do tratamento do tabagismo na rede SUS no seu município são:

Totalmente suficientes

Parcialmente suficientes

Insuficientes.

Por quê? \_\_\_\_\_

30) Assinale como na prática tem sido financiada a estratégia de tratamento do tabagismo pelas três esferas de governo:

*(Assinale quantas opções forem necessárias)*

Pagamento dos salários dos profissionais:  Federal  Estadual  Municipal

Capacitação dos profissionais:  Federal  Estadual  Municipal

Compra de medicamentos:  Federal  Estadual  Municipal

Reprodução de manuais:  Federal  Estadual  Municipal

### **Monitoramento e avaliação**

---

31) Conhece os indicadores do tratamento do tabagismo no SUS?

Sim       Não

32) A coordenação municipal do Programa monitora o desenvolvimento das ações do tratamento do tabagismo no município?

Sim       Não

Se sim:  mensalmente  trimestralmente  semestralmente  anualmente

33) O monitoramento vem demonstrando necessidades de ajuste na estratégia de tratamento do tabagismo no município?

Sim       Não

Se sim, qual o tipo de ajuste? \_\_\_\_\_

---

### **Prestação de serviços**

34) Que profissionais estão rotineiramente envolvidos na estratégia de tratamento do tabagismo no município?

*(Assinale todas as opções pertinentes)*

Médico

Enfermeiro

Psicólogo

Assistente Social

---

Nutricionista

Farmacêutico

Outros – Especificar: \_\_\_\_\_

35) Os profissionais que estão atuando no tratamento do tabagismo receberam treinamento específico?

Sim, todos receberam.

Somente uma parte dos profissionais recebeu treinamento específico.

Não

36) Na sua opinião, os profissionais que estão atuando no tratamento do tabagismo estão adequadamente preparados?

Sim       Não

Por quê? \_\_\_\_\_

37) O atendimento realizado nas unidades segue um protocolo clínico definido para o tratamento do tabagismo?

Sim, em todas as unidades que realizam o tratamento.

Sim, em parte das unidades que realizam o tratamento.

Não

Não sei responder.

38) O fornecimento de insumos tem se dado de forma adequada (considerando a disponibilidade dos diferentes insumos, a possibilidade de escolha terapêutica e a oportunidade da dispensação)?

Sim       Não

Por quê? \_\_\_\_\_

---

---

### Organização da rede

39) Existe uma rede e um fluxo organizado de recepção e encaminhamento das pessoas para o tratamento do tabagismo entre as várias unidades de saúde localizadas no município?

Sim, existe e está em funcionamento pleno.

Existe parcialmente ou ainda está em estruturação.

Não, o atendimento se dá de forma fragmentada em algumas unidades.

40) Que mecanismos de encaminhamento dos fumantes para o tratamento do tabagismo na rede SUS já estão implantados no município?

*(Assinale todas as opções pertinentes)*

Encaminhamento por outros profissionais da própria unidade de saúde em que a estratégia já está implantada.

Divulgação ampla na própria unidade em que a estratégia está implantada (por meio de cartazes, folhetos e outros, dirigidos à população).

Encaminhamento por profissionais de outras unidades da rede para a unidade de saúde em que a estratégia está implantada.

Divulgação ampla nas várias unidades da rede sobre a estratégia de tratamento e unidades em que está implantada (por meio de cartazes, folhetos e outros, dirigidos à população).

Outras. Especificar: \_\_\_\_\_

---

### Dificuldades na implementação da estratégia de tabagismo

41) Assinale os principais problemas que prejudicam a implementação e organização da estratégia de tratamento do tabagismo na rede SUS no município.

---

*(Assinale todas as opções pertinentes)*

- Insuficiência de recursos financeiros
- Inadequação dos mecanismos de financiamento da estratégia de tratamento
- Faltas ou instabilidade no fornecimento de insumos
- Insuficiência de profissionais para a realização dos atendimentos
- Inadequada formação dos profissionais de saúde para o atendimento
- Insuficiência de material para orientação dos profissionais da rede
- Insuficiência de material de divulgação da estratégia
- Fragmentação / Insuficiente coordenação entre unidades da rede.
- Baixa priorização pelos dirigentes municipais
- Baixa adesão dos profissionais de saúde
- Dificuldades na gestão municipal da estratégia
- Dificuldades de gestão no âmbito das unidades de saúde
- Insuficiência de informações sobre o funcionamento da estratégia no município.
- Insuficiência de apoio de outras esferas de governo na fase de implementação.
- Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Se quiser, faça comentários sobre as principais dificuldades encontradas:

---

---

---

Sugestões finais do entrevistado para aprimoramento da estratégia de tabagismo na rede SUS: