

CAPITALISMO e POLÍTICAS PÚBLICAS

na contemporaneidade

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



CAPITALISMO e POLÍTICAS PÚBLICAS

na contemporaneidade

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^ª Dr^ª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^ª Dr^ª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^ª Dr^ª Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^ª Dr^ª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^ª Dr^ª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^ª Dr^ª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



Capitalismo e políticas públicas na contemporaneidade

Diagramação: Daphynny Pamplona
Correção: Bruno Oliveira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C244 Capitalismo e políticas públicas na contemporaneidade / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0054-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.547222303>

1. Capitalismo. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 330.122

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea Capitalismo e políticas públicas na contemporaneidade apresenta 06 (seis) artigos decorrentes de ensaios teóricos, pesquisas qualitativas, dentre outros.

O primeiro artigo discute a extrema direita nas redes e nas ruas, analisando o desenvolvimento da extrema direita no Brasil a partir das manifestações de junho de 2013 e suas repercussões na atualidade.

O segundo texto analisa o discurso presidencial estadunidense em Clinton, W. Bush e Obama e especificamente como esses governos *trataram a temática ambiental no que tange às mudanças climáticas e quais os esforços implementados com vistas às demandas internacionais*.

O terceiro artigo analisa a Política de Controle de Tabagismo no Brasil de 1986 a 2014, a trajetória, os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde e o processo engendrado enquanto Programa Nacional de controle de tabagismo de modo a alçar para uma Política de Controle de Tabagismo no Brasil.

O quarto texto discute a política de fomento à industrialização na Bahia discutindo as políticas de fomento à industrialização e se seria possível o desenvolvimento econômico local.

O quinto artigo discute a Privatizações não clássicas no Brasil e suas repercussões para a classe trabalhadora no processo de privatização do Aeroporto de Salvador.

E finalmente o sexto texto explora o impacto da compreensão da relação entre exclusão/inclusão social, capital social e renda na perspectiva da efetivação do direito ao desenvolvimento humano.

Assim, convidamos o leitor a acessar às análises e discussão vinculadas acerca dos impactos nas políticas públicas do atual estágio do capitalismo.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
EXTREMA DIREITA NA REDE E NAS RUAS Geovana Alves Pinto  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223031	
CAPÍTULO 2	8
MEIO AMBIENTE E O DISCURSO PRESIDENCIAL ESTADUNIDENSE EM CLINTON, W. BUSH E OBAMA William Daldegan  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223032	
CAPÍTULO 3	21
A POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL DE 1986 a 2014 Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223033	
CAPÍTULO 4	47
A POLÍTICA DE FOMENTO À INDUSTRIALIZAÇÃO DA BAHIA Edson Costa Vieira Antônio Raimundo Chagas Magalhães  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223034	
CAPÍTULO 5	57
PRIVATIZAÇÕES NÃO CLÁSSICAS” NO BRASIL E SUAS REPERCUSSÕES PARA OS (AS) TRABALHADORES (AS): A VOZ DOS (AS) AEROPORTUÁRIOS (AS) NO PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO DO AEROPORTO DE SALVADOR Ana Claudia Caldas Mendonça Semêdo  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223035	
CAPÍTULO 6	69
CAPITAL SOCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE GERAÇÃO DE EMPREGO NO BRASIL: DA EXCLUSÃO À INCLUSÃO SOCIAL Elizabeth Rodrigues de Souza Robson Alves Holanda  https://doi.org/10.22533/at.ed.5472223036	
SOBRE A ORGANIZADORA	83
ÍNDICE REMISSIVO	84

A POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL DE 1986 A 2014

Data de aceite: 01/02/2022

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti

Doutora em Serviço Social pela UFPE
Universidade de Pernambuco
Secretaria de Saúde do Recife
<https://orcid.org/0000-0003-0172-3801>

RESUMO: O artigo apresenta a Política de controle do tabagismo no Brasil no período de 1986 a 2014. Neste contexto, será discutida a trajetória da política de controle do tabagismo situando as primeiras iniciativas públicas de controle do tabaco no Brasil, incluindo o Programa Nacional de Controle de Tabagismo e os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS. Fruto das reflexões do doutorado analisa as normativas dessa política anterior e posterior a Convenção-Quadro para o controle do tabaco.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo, Saúde Pública, SUS

ABSTRACT: The article presents the tobacco control policy in Brazil from 1986 to 2014. In this context, the trajectory of the tobacco control policy will be discussed, placing the first public tobacco control initiatives in Brazil, including the National Program for the Control of Tobacco Control. Smoking and the assumptions of the provision of treatment for nicotine dependents in the Unified Health System – SUS. As a result of the doctoral reflections, it analyzes the regulations

of this policy before and after the Framework Convention for tobacco control.

KEYWORDS: Smoking, Public Health, SUS

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto dos estudos desenvolvidos no Programa de Doutorado em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE concluído em 2015, reverberando no cotidiano do trabalho, se constituindo em pontapé inicial para o desenvolvimento das atividades de extensão – programa, projetos, cursos e outros – que culminou na proposta do *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* em atividade.

Este texto dá continuidade as reflexões de Cavalcanti (2021), discutindo a trajetória da política de controle do tabagismo situando as primeiras iniciativas públicas de controle do tabaco no Brasil, incluindo o Programa Nacional de Controle de Tabagismo e os pressupostos da oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco foi adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde – OMS, em 21 de maio de 2003, assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003, criada a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus protocolos

no Brasil em 01 de agosto de 2003, promulgada pelo Decreto Presidencial nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006, entrando em vigor em 1º de fevereiro de 2006.

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

No período acima vinculado, analisamos a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, utilizamos como referência dez normativas, são elas: Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986; Portaria Interministerial nº 3.257 de 22 de setembro de 1988; Lei nº 9.294 de 15 de julho de 1996; Decreto nº 2.018 de 1º de outubro de 1996; Lei nº 10.167 de 27 de dezembro de 2000; Lei nº 10.702 de 14 de julho de 2003; Portaria do Ministério da Saúde / GM nº 1.575 de 29 de agosto de 2002; Portaria nº 1.035 MS/GM de 31 de maio de 2004; Portaria nº 442 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – SAS/MS de 13 de agosto de 2004; e Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005.

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

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE CONTROLE DE TABAGISMO NO BRASIL

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

De acordo com Rosemberg (2003:11)

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

Neste contexto, desde o uso da folha do tabaco em rituais indígenas à sua comercialização em larga escala no mundo globalizado passaram-se mais de quatro

séculos. A preocupação com regulamentação de embalagens, comercialização, propaganda vinculada e oferta de tratamento para dependentes de nicotina no Sistema Único de Saúde – SUS é recente.

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

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

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

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

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

Ainda de acordo com esse autor,

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

Mas, foi apenas em 1998, em decorrência de acordo judicial entre o Estado de Minnesota, nos Estados Unidos, as companhias de tabaco¹ abriram o acesso ao público os “documentos internos constantes de atas, memoriais, cartas, relatórios, planos de administração, e toda a correspondência referente às suas atividades técnicas, científicas e comerciais” (Idem: 42-43).

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

O acesso a esses documentos permitiu demonstrar que embora a indústria do tabaco tenha negado em juízo o conhecimento de que a nicotina causasse dependência² várias pesquisas foram desenvolvidas de forma a aumentar a dependência de nicotina e o lucro da indústria vinculada à venda de cigarros, tais como:

estamos num negócio de vender nicotina, droga causadora de dependência³. Penso que agora poderemos regular com precisão os níveis de nicotina para termos fumantes mais consumidores de cigarros⁴. Mais que o negócio de vender cigarros, a indústria tabaqueira, tem por objetivo a venda atrativa da nicotina⁵. As subsidiárias do Canadá foram encorajadas a investigar o processamento de tabaco reconstituído com altos teores de nicotina. Os consumidores necessitam ser mais estimulados a fumar⁶. Ante as provas colhidas com as pesquisas efetuadas, conclui-se que o mais importante do tabaco é a nicotina e, portanto estamos numa indústria de nicotina, antes que de tabaco⁷. Os fumantes mantêm o consumo de cigarros, porque são fisicamente dependentes da nicotina⁸. Poderia ser útil considerar a indústria tabaqueira, grosso modo, como administradora de nicotina (no sentido clínico)⁹. “Os cigarros convencionais transferem aos fumantes doses de nicotina com baixa eficiência. Portanto deve-se conseguir tabaco com maior eficiência¹⁰. O cigarro não deveria ser concebido como um produto, mas sim como um invólucro. O produto é a nicotina... Considere-se o maço de cigarros como um recipiente para proporcionar o fornecimento diário de nicotina... Considere-se o cigarro como um dispositivo que fornece doses de nicotina. Considere-se a tragada de fumar como o veículo da nicotina. O fumo é indiscutivelmente o melhor veículo da nicotina e o cigarro o melhor veículo para o fornecimento da fumaça¹¹.

O cigarro é o mais popular dos produtos derivados do tabaco¹². Em estudo realizado pelo Ministério da Saúde¹³ foi identificado que o poder de causar dependência da nicotina é de 80%. Assim, oito em cada dez fumantes desenvolvem dependência. Nenhuma outra substância dentre as pesquisadas apresentou um índice tão alto. O cigarro é ainda de fácil acesso e seu comércio legalizado e apesar da comercialização ser proibida aos menores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

de 18 anos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, a idade média de início do consumo de cigarros é de 15,5 anos.

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

* Uso não médico.

** % de usuários que se tornam dependentes.

*** Idade média do primeiro uso em anos.

Quadro 01: Comparação entre dependência de nicotina e de outras drogas¹⁴.

Fonte: BRASIL, 2004: 13.

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

Muitas empresas tem buscado a ampliação de mercado através de novos produtos¹⁵, dentre eles encontra-se o tabaco solúvel, fabricado por “marcas conhecidas de cigarros e comercializadas como uma alternativa para os fumantes nos locais onde o fumo é proibido, nos países de renda alta”. Outro produto com o mercado em expansão é o cigarro eletrônico (e-cigarette) um “sistema eletrônico para fornecimento de nicotina que usa baterias para converter o líquido que contém nicotina no vapor que é inalado” (Idem). Utilizados como alternativas para fumantes que querem fazer uso deles em locais fechados não estão livres de substâncias cancerígenas.

¹⁴ Quadro reproduzido integralmente.

¹⁵ Destacam-se ainda os “pirulitos de nicotina, bálsamo para os lábios, água de nicotina, cigarro eletrônico: para contornar os regulamentos do controle do tabaco e para atrair os fumantes existentes e novos clientes em potencial, incluindo crianças. Esses produtos são vendidos como uma alternativa segura e métodos para parar de fumar, porém a maioria deles pode ser tão perigosa quanto os outros produtos de tabaco e representar o primeiro passo para a dependência da nicotina em crianças” (Idem).

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

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

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

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

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

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

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

Nos Estados Unidos os fabricantes de cigarro entre 1940 e 2005, “gastaram aproximadamente 250 bilhões de dólares (com base em 2006) em promoção e publicidade de cigarros. Em 2005, a indústria gastou \$13,5 bilhões (com base em 2006) com publicidade e promoção de cigarros (\$37 milhões por dia em média)” (INCA, 2008: 08-09). Dentre

as estratégias de *marketing* estavam os patrocínios às produções cinematográficas de Hollywood, a exemplo, dos filmes Rock Balboa e Instinto Selvagem e de campanhas de marketing direcionadas a crianças, jovens e mulheres¹⁶.

De acordo com esse autor (Idem)

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

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

O Programa Nacional de Combate ao Fumo¹⁷ – PNCF foi criado em 1986, vinculado à estrutura do Ministério da Saúde. Mas, foi na década de 70, que a epidemia de Tabagismo no Brasil, tomou fôlego, passando de 25 milhões de fumantes no país, naquela década, para 32 milhões de fumantes na década seguinte. O enfrentamento dessa problemática, entretanto era limitado apenas por algumas organizações médicas com destaque para a atuação de alguns médicos¹⁸ (ROMERO & COSTA E SILVA, 2011).

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

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

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

É da década de 1980 a primeira legislação vinculada à temática no país. Trata-se da Lei nº 7.748 de 11 de junho de 1986 que instituiu o Dia Nacional de Combate ao Fumo, comemorado em 29 de agosto de cada ano estabelecendo que o Ministério da Saúde irá

16 The Tobacco Conspiracy. Documentário produzido por Canadá e França. Disponível no Youtube através do link: https://www.youtube.com/watch?v=3OL_oPB1vA&list=PLWhtsf3PK2CwX4XBqDwCPXoV7UCcAJSRG. Acesso: 30/07/2015.

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

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

promover na semana que antecede essa data “uma campanha de âmbito nacional, visando a alertar a população para os malefícios advindos com o uso do fumo” (BRASIL, 1986).

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

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

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

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

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

O Decreto nº 2.018/1996 define ainda o

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

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

presença constante de funcionários (garçons) e clientes.

Havia uma pressão, desenvolvida principalmente pelos setores que defendem a ampliação do controle do tabagismo no País de que a Lei 9.294/1996 fosse alterada de modo a retirar qualquer margem de questionamento em relação ao *espaço aberto/ espaço fechado* na justiça o que vinha se tornando prática frequente na última década. Neste contexto, muitos estados¹⁹ e municípios optaram por criar sua própria legislação.

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

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

Blessa (2014: 03) destaca, entretanto, que

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

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

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

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

Essa Lei incluiu ainda a obrigatoriedade de advertências nos produtos derivados

¹⁹ Os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná em 2009; Paraíba, Rondônia, Roraima e Amazonas em 2010; criaram legislações conhecidas como *antifumo* por proibirem fumar em locais fechados bem como o uso de fumódromos em locais fechados. Já os estados de Minas Gerais, Santa Catarina, Ceará, Mato Grosso, Espírito Santo, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Goiás, Rio Grande do Sul, Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro e Tocantins (em 2010); Alagoas e Pará (em 2011) criaram legislações que proíbem fumar em locais fechados, mas permitem o fumódromo (ACTBr, 2013).

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

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

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

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

Essa Lei ampliou a obrigatoriedade de advertências nos produtos derivados do tabaco, expandindo assim a inclusão de advertências para programas televisionados. A partir desse momento se fazia necessário a inclusão de mensagens de advertências para programação internacional a exemplo das olimpíadas, campeonatos mundiais de futebol, campeonatos de corrida de automóvel, dentre outros. Tal como o Brasil, vários países adotaram proibições semelhantes o que contribuiu para os organizadores desses eventos reverem a postura vinculada a esse tipo de propaganda²⁰.

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

Neste contexto, nas normativas existentes nenhuma regulamentação quanto à oferta de tratamento para dependentes de nicotina no âmbito da Saúde Pública está em vigor, indicando assim um descompasso entre as evidências científicas quanto aos riscos de exposição e a oferta de tratamento (vide Quadro 02).

A crescente preocupação e regulamentação da comercialização quanto aos

²⁰ Vide The Tobacco Conspiracy. Documentário disponível no Youtube através do link: https://www.youtube.com/watch?v=3OL_o0PB1vA&list=PLWhslf3PK2CwX4XBqDwCPXoV7UCcAJSRG. Acesso: 30/07/2015.

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

O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE TABAGISMO – PNCT

O Programa Nacional de Controle de Tabagismo – PNCT, criado em 1989 é coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA e desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde²¹. O PNCT tem por objetivo

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

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

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

As ações desenvolvidas pelo PNCT compreendem: campanhas e ações educativas; ampliação dos ambientes livres de fumo – através da proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo regulamentada pela Lei nº 9.249/1996 e suas atualizações; o

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

Programa Saber Saúde e oferta de tratamento no SUS²² (INCA, 2015).

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

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

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

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

O Programa Saber Saúde, implantado em 1996, está voltado para a qualificação de educadores para trabalhar fatores de risco no de Doenças Crônicas não Transmissíveis – DNCT a exemplo do tabagismo, uso do álcool, alimentação inadequada, exposição excessiva à radiação solar e inatividade física. Voltado para a mudança de hábitos no ambiente escolar procura realizar discussões quanto ao tipo de alimentação e fatores de risco vinculados, horários das atividades físicas para minimizar à exposição solar, dentre outros, procurando fornecer os instrumentos necessários para que os educadores desenvolvam no âmbito escolar a formação de “cidadãos críticos, capazes de decidir sobre a adoção de comportamentos saudáveis, dentro de uma concepção mais ampla de saúde e que contribuam para a saúde coletiva e a do meio ambiente, na busca de melhor qualidade de vida” (INCA, 2015).

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

VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO – VIGITEL

O Ministério da Saúde – MS no ano 1989 passou a desenvolver pesquisa vinculada a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL²³. Essa pesquisa tem por objetivo monitorar os “principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis – DCNT. Entre estes fatores, se destacam o tabagismo, a alimentação, o sedentarismo, a obesidade e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, entre outros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009: 14).

De acordo com dados do VIGITEL em 1989²⁴ a taxa de prevalência era da ordem de 32,9% (MS, 1990), o que em número absolutos representa mais de 24 milhões de pessoas. Desde então vem caindo para 18,8% em 2003 (MS, 2004a); 16% em 2006 (MS, 2007); 15,7% em 2007 (MS, 2008); 15,6% em 2008 (MS, 2009); 14,8% em 2009 (MS, 2010); 14,1% em 2010 (MS, 2011); 13,4% em 2011 (MS, 2012); 12,1% em 2012 (MS, 2013); 11,3% em 2013 (MS, 2014) até chegar em 10,8% em 2014 (MS, 2015)²⁵ representando pouco mais de 20 milhões de fumantes no Brasil. Assim, a queda real do número de fumantes é de pouco mais de 3 milhões de pessoas²⁶ em 25 anos, uma média de 154 mil pessoas/ano deixaram de fumar²⁷.

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

Ainda de acordo com o VIGITEL de 2014 (MS, 2015) 21,2% dos brasileiros se declaram ex-fumantes, nos dados de hoje isso representa pouco mais de 40 milhões de pessoas²⁸. Esse dado supera o número de fumantes no Brasil em qualquer ano das pesquisas desenvolvidas pelo VIGITEL. Nesse contexto, é possível supor que apesar do

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

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

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

26 Para ser exato 3.858.845 pessoas.

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

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

declínio do número de fumantes no país, oscila o número de pessoas que começam a fumar independentemente das múltiplas iniciativas desenvolvidas na sensibilização de pessoas quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco.

Dados do VIGITEL (MS, 2015) indicam ainda que a taxa de fumantes passivos no domicílio é de 9,4% da população brasileira (17,9 milhões de pessoas) e no ambiente de trabalho essa prevalência é de 8,9% (16,9 milhões de pessoas). Esses valores se somados aos 10,8% (20,5 milhões) de prevalência de fumantes da população brasileira, totalizam 29,1% da população²⁹, ou seja, mais de 55 milhões de pessoas estariam expostas aos riscos provenientes da fumaça do tabaco e derivados. Tais dados reforçam a necessidade de políticas públicas de proteção aos fumantes passivos, como proibição de fumar em ambientes fechados de uso coletivo, por exemplo.

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

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

A tendência de queda da taxa de prevalência do número de fumantes é comprovada através dos números apresentados pelo VIGITEL de 1989 a 2014. Dos expressivos 32,9% da população em 1989 para os 10,8% da população em 2014. Em números absolutos a redução é de pouco mais de 3,8 milhões de pessoas. O aumento do número de cigarros produzidos pode estar relacionado ao aumento do consumo de cigarros por fumantes de longa data³⁰ e concomitantemente a conquista de novos consumidores.

Dessa forma, é possível supor que a oferta de tratamento e as múltiplas campanhas realizadas quanto aos riscos da exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco não ocasionaram perdas de receita da indústria do tabaco. A indústria pode não ter alcançado

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

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

as margens de lucro que teria caso a prevalência do número de fumantes continuasse em curso como no final da década de 1980, mas ela não deixou de crescer e de obter lucros, dado o aumento na produção de cigarros.

A OFERTA DE TRATAMENTO PARA DEPENDENTES DE NICOTINA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

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

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

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

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

Estabelece ainda que são reconhecidamente métodos eficazes para a cessação do tabagismo a “Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou

goma de mascar; e Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deverá sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivocomportamental, e nunca isoladamente” (FIORI, 2000 e MS, 2000 Apud MS, 2002).

O *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina* indica ainda os critérios para inclusão na Abordagem Cognitivo-Comportamental, Tratamento Medicamentoso³¹, orientações específicas para o formato do tratamento e critérios para cadastramento dos Centros de Referência. Dessa forma,

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

O Protocolo Clínico, integrante da Portaria MS/GM nº 1.575/2002, utiliza o conceito de dependência³² da Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1992 Apud MS, 2004) de que

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

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

Estão dentre os pré-requisitos para cadastramento dos Centros de Referência em

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

32 Esse conceito permanece sendo utilizado até os dias atuais.

Abordagem e Tratamento do Fumante

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

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

Nessa Portaria, a formação dos profissionais no “Programa Ajudando seu Paciente a parar de fumar” preconizado pelo INCA/MS/SES/SMS consta como exigência parcial para o cadastramento dos Centros de Referência em Abordagem do Fumante. Entretanto, nenhuma ação prevista para formação desses profissionais foi detalhada na Portaria. Por ocasião do lançamento da Portaria havia 42 Centros de Referência já cadastrados no País.

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

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

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

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

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

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

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

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

No que se refere à capacitação dos profissionais de saúde para a oferta de tratamento para dependentes de nicotina no SUS o Plano define que: abrangerá os profissionais de saúde vinculados às unidades básicas de saúde – estratégia saúde da família e unidades tradicionais, que sejam referência para uma população superior a 100.000 habitantes; os materiais didáticos serão produzidos pela Coordenação Nacional do Programa, juntamente com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de

Atenção à Saúde – SAS e Departamento de Atenção Básica – DAB.

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

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

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

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

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

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

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

O Plano para a Implementação e Tratamento para a Abordagem e Tratamento no SUS, entretanto não estabelece qualquer tipo de prazo para a sua implantação, não detalha o quantitativo esperado de capacitações realizadas, números de profissionais capacitados, quantitativo de grupos ofertados no SUS, ou ainda quantitativos de usuários atendidos, ficando a cargo dos Estados e Municípios o planejamento e execução no seu próprio

tempo, apesar da sinalização dos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco e os números da morbimortalidade vinculadas.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina³³, por sua vez traz questões pertinentes a: Diagnóstico Clínico – Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina; Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento; Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso; Interrupção do tratamento e Registro do Paciente.

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

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

A primeira formação se subdivide em *Abordagem Mínima do Fumante* e *Abordagem Básica do Fumante*, ambas ofertadas aos profissionais de nível superior³⁴ independente de sua área de formação. Nessa formação o objetivo é desenvolver competências para a sensibilização dos fumantes sobre os riscos de exposição à fumaça do cigarro, as doenças tabaco-relacionadas e apoiar os fumantes no processo de cessação do fumo.

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

consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3

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

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

minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo (BRASIL, 2001: 14).

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

Dessa forma, a *Abordagem Básica do Fumante*

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

A *Abordagem Mínima ou Básica do Fumante* é ofertada aos profissionais da atenção básica, policlínicas, centros de atenção psicossocial, hospitais gerais, dentre outros. O INCA disponibiliza manuais com orientações específicas sobre cada uma dessas abordagens e sugere como meta 100% dos trabalhadores do SUS capacitados nessa abordagem³⁵.

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

Ao considerarmos a rotatividade dos profissionais de saúde nos municípios³⁶, as equipes vinculadas para a operacionalização da política de controle de tabagismo e os recursos destinados à formação desses profissionais. Mesmo na atualidade não há uma cifra específica para a formação de profissionais com o objetivo de oferta de tratamento para dependentes de nicotina, tais custos saem dos recursos municipais.

A terceira formação destinada à oferta de tratamento para dependentes de nicotina na rede SUS é a *Abordagem Específica e Intensiva do Fumante*. De acordo com a Portaria SAS/MS nº 442/2004, essa formação tem como público alvo “os profissionais de saúde prioritariamente das unidades básicas (modelo tradicional e saúde da família) e de

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

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

referência dos municípios chaves, municípios pólos de regionais e capitais, estendendo-se, posteriormente, aos demais municípios” sem prejuízo dos demais pontos de atenção.

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

Essa abordagem é desenvolvida

em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como motivados, durante as abordagens anteriores, tentaram deixar de fumar, mas não obtiveram sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. (BRASIL, 2001: 14).

O INCA recomenda ainda abordagens para o fumante que teve lapso³⁷; recaiu³⁸; após uma abordagem mínima/básica³⁹; para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar⁴⁰; ou ainda para a abordagem de não fumantes⁴¹.

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

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

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

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

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

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

Dia Nacional de Combate ao Câncer, advertências em produtos derivados do tabaco e eventos televisionados.

Dessa forma, houve um hiato entre a proibição de fumar em ambientes de uso coletivo e a oferta para tratamento para dependentes de nicotina. No município de Recife, por exemplo, a sensibilização dos ambientes de lazer – bares, boates, restaurantes, hotéis e similares – ocorreu em 2008, 12 anos depois da Lei Federal, através campanhas de sensibilização quanto aos riscos de exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco e estabelecimento de prazos para os ambientes de lazer se adequar a legislação. Na época, houve uma ampla cobertura da mídia local – jornais, rádios e televisão. A ação que foi desenvolvida em parceria pelo Ministério Público do Trabalho, tinha como foco proteger os trabalhadores dos ambientes de lazer, ofertou formação aos trabalhadores, gerentes e proprietários desses espaços⁴².

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

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

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

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

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

⁴² A fiscalização dos ambientes livres de fumo compete à Vigilância Sanitária que ao desenvolver ações de fiscalização nos ambientes de lazer passou a incluir a questão do tabagismo – se há ou não pessoas fumando no estabelecimento. Em caso positivo é estabelecido prazos e metas e/ou multas de acordo com as reincidências. O Ministério Público do Trabalho, por sua vez, fiscaliza mediante denúncia, se a saúde do trabalhador está resguardada – através da não exposição à fumaça dos produtos derivados do tabaco, tendo em vista que comprovadamente ela está relacionada a 52 tipos de doenças.

Estaduais de Saúde. Estabelecendo a

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

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

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

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

Tal perspectiva indicaria a necessidade de revisitação das propostas formativas preconizadas pelo INCA e MS quanto as *Abordagens Mínima/Básica e Intensiva do Fumante*, propostas aparentemente fechadas quanto ao formato, conteúdo e metodologia. Desde o lançamento das formações acima até os dias atuais nenhuma modificação na proposta ocorreu. Assim, qualquer revisitação e possíveis adequações ficaram a cargo das políticas locais de controle de tabagismo ao desenvolverem suas respectivas formações.

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

REFERÊNCIAS

ALIANÇA PARA O CONTROLE DO TABAGISMO. ACTBr. Economia e o Tabagismo. História do Tabaco. Disponível em <http://www.actbr.org.br/tabagismo/historico> Acesso: 20/09/2014.

_____. Notícias. **Lucro da Philip Morris sobe 13% no 1º trimestre**. Disponível: <http://www.actbr.org.br/comunicacao/noticias-conteudo.asp?cod=2162> Acesso: 27/04/2012

BLESSA, R. Análise da campanha em ponto de venda. Malboro Maybe. Disponível no site: http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/962_estudo_regina_blessa-1.pdf Acesso: 20/09/2014.

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

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

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

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

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

CAVALCANTI, S. A. U. Política de Saúde no Brasil no contexto da contrarreforma do Estado: contribuições para o debate. In: CAVALCANTI, S. A. U. **Serviço Social na América Latina: Reflexões sobre a Formação Profissional, produção do conhecimento e cotidiano nos serviços.** Ponta Grossa, Editora Atena, 2021. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/58444> Acesso em: 16. Jan. 2022

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2014.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2013.** Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2012.** Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2011.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2010.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2009.** Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** – **VIGITEL 2008**. Brasília, Ministério da Saúde, 2009.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** – **VIGITEL 2007**. Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** – **VIGITEL 2006**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

____. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** – **VIGITEL 2003**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

____. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dependência à Nicotina. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

MOBI, B. **Consumo do Tabaco**. Aprendendo com os Peritos. Um curso destinado aos profissionais de Saúde. Johns Hopkins. Bloomberg School of Public Health. Institute for Global Tobacco Control, 2012. Disponível: <http://hp.globaltobaccocontrol.org/pt-br/home>. Acesso: 04/07/2015.

RODRIGUEZ, M. A. S. O Cigarro como protagonista do cinema clássico de Hollywood. ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Londrina, 2005. Disponível no site <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1436.pdf> Acesso: 20/09/2014.

ROMERO, L.C. & COSTA E SILVA, V.L. 23 Anos de Controle do Tabaco no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia 2011. 57(3) 305-314. Rio de Janeiro, INCA/MS, 2011.

ROSEMBERG, J. **Nicotina. Droga Universal**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações educativas 28, 30, 31, 32, 42, 43

Acordos internacionais 14

Agências reguladoras 12

Aquecimento global 9, 15, 17, 18

C

Capital 2, 3, 47, 48, 49, 50, 53, 56, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 82

Catástrofe ambiental 16

Classe trabalhadora 2, 57, 58

Convenção-quadro para o controle do tabaco 21, 22, 35, 42, 44

Corrupção 2, 5

D

Desenvolvimento industrial 48, 49, 51, 54, 56

Desenvolvimento regional 47, 52, 55, 56

Desestatização 59, 60, 61

Dia mundial sem tabaco 32

Dia Nacional de combate ao fumo 27, 30, 32, 45

Direitos humanos 2, 6, 7, 71, 78, 79, 81

Doenças crônicas não transmissíveis 32, 33

E

Estado 12, 19, 23, 27, 34, 36, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 64, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80

Estado neoliberal 59

Exposição midiática 6

Extrema direita 2, 3, 1, 5, 6, 7

Extremismo de direita 1, 5, 6

F

Fundos de investimento 52

G

Grupos de tratamento 29, 37, 38, 43

I

Industrialização 2, 3, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 72

Instituições bancárias 49, 52

M

Meio ambiente 3, 8, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 31, 32

Mercadorização dos serviços públicos 59, 60

Mudança climática 9, 10, 17

N

Neoliberalismo 59

Nova direita 2, 7

P

Poder público 60, 61

Política de tabagismo 22

Políticas de industrialização 54, 56

Privatização 2, 3, 51, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67

Privatização não clássica 57, 58, 59, 62, 67

Programa nacional de controle de tabagismo 21, 31

Programa Saber Saúde 32

Q

Questão ambiental 13, 15

R

Redes sociais 1, 3, 4

Regime internacional de mudanças climáticas 10, 19

Reorganização produtiva 48

S

Serviços públicos 2, 59, 60, 61

Sistema Único de Saúde 2, 21, 22, 23, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 42, 83

T

Tabaco 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46

Tabagismo 2, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Temática ambiental 2, 8, 10, 17, 18

U

União Europeia 12

V

v 3, 21, 44

CAPITALISMO e POLÍTICAS PÚBLICAS

na contemporaneidade

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



CAPITALISMO e POLÍTICAS PÚBLICAS

na contemporaneidade

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

