



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

HENRIQUE WINKLAN DE ALMEIDA

POLÍTICAS DE COMBATE AO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO

NATAL/RN
2012

HENRIQUE WINKLAN DE ALMEIDA

POLÍTICAS DE COMBATE AO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO

Estudo apresentado ao Departamento de Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do grau acadêmico de bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Cristina
Gomes

NATAL/RN
2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente as Professoras Sandra Cristina Gomes e Terezinha Cabral de Albuquerque Neta.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

01	Gasto total do PIB de Argentina, Brasil, Chile e Uruguai em %.....	10
02	Gasto total do PIB de Estados Unidos, Dinamarca, Noruega e Brasil em %.....	11
03	Investimento anual de Argentina, Brasil, Chile e Uruguai (em US\$ por pessoa).....	12

FIGURAS

01	Ações para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e de Prevenção de Doenças.....	14
02	Imagem de Satélite do Conjunto Soledade I.....	21

GRÁFICOS

01	Distribuição Percentual das Unidades da ESF por zona. Município de Natal.....	19
02	Quantidade de fumantes que receberam tratamento na USF Soledade I por idade, Município de Natal.....	25
03	Gráfico da quantidade de fumantes por sexo.....	26

POLÍTICAS DE COMBATE AO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNDO

Henrique Winklan de Almeida¹

RESUMO

Este estudo tem como objetivo retratar a importância de políticas públicas de Combate ao Tabagismo, demonstrando a quantidade de malefícios (não só para a saúde) e inúmeras doenças que o tabaco traz para os usuários diretos e para os indiretos. Em seguida, o trabalho detalha os mecanismos criados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil a serem adotados pelos governantes para reduzir a quantidade de usuários e combater o tabagismo em geral. São apresentados também, relevantes dados que mostram os resultados atingidos pelas políticas públicas de combate ao tabagismo. Por fim, expõe-se, uma breve análise sobre a cidade do Natal, onde a Unidade de Estratégia Saúde da Família de Soledade I é vista com destaque na realização de políticas públicas com meta de reduzir as taxas de fumantes entre aqueles que pertencem a classes sociais menos privilegiadas.

Palavras-chave: Combate, Tabagismo, Políticas Públicas.

¹ Graduando em Gestão de Políticas Públicas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: henrique_winklan@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A obra proposta aborda como tema principal as “Políticas de Combate ao Tabagismo no Brasil e no Mundo.” O principal objetivo é apresentar e analisar as políticas públicas de combate ao tabagismo expressas pela Organização Mundial de Saúde, no âmbito mundial, e pelo Ministério da Saúde, no âmbito nacional, além de apontar alguns de seus resultados. Duas importantes ferramentas elaboradas pelos órgãos citados acima vem realizando esse fundamental papel. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, que é um tratado internacional elaborado pela OMS, onde, estão inseridas várias medidas para restringir o consumo do tabaco. Essa convenção teve a adesão de vários países do mundo, e os países-membros assumiram o compromisso de reduzir o consumo do tabaco e concordaram em empreender esforços a fim de evitar negativas consequências para a saúde pública mundial.

Já o Plano Nacional de Combate ao Tabagismo, no caso brasileiro, foi criado através do Instituto Nacional de Câncer, órgão que pertence ao Ministério da Saúde, e responsável por coordenar as ações do plano desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo as sociedades científicas e conselhos profissionais da área da saúde. Esta política, por sua vez, orienta as ações de estados e municípios responsáveis pela execução da política de atenção básica à saúde.

Este estudo está organizado da seguinte forma. Primeiro, apresenta informações sobre a origem do tabagismo no mundo. Em seguida, a questão do tabagismo no mundo e no Brasil é exposta, seguidas das ações mundiais e nacionais. Por último, é feito um estudo de caso das ações antitabagistas no município do Natal, no Rio Grande do Norte, onde o artigo busca focar as políticas desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família do bairro Soledade I. Ao final, este estudo exhibe algumas recomendações para as políticas públicas.

TABAGISMO

O berço onde a nicotina difundiu-se, conduzida pelo tabaco, foi na América. Há muito tempo, por volta do século XVI, o costume dos aborígenes americanos de fumar tabaco já existia, principalmente nas cerimônias religiosas. Quando os colonizadores chegaram ao novo mundo, já se plantava tabaco em todo o continente. O primeiro contato do mundo civilizado com a nicotina ocorreu no século XVI. Logo, esta chegou a Europa por vários caminhos: Portugal, Espanha, Inglaterra e França.

O tabaco espalhou-se pela Europa rapidamente. Poucas décadas após sua chegada, praticamente se fumava cachimbo em todo o continente. O tabaco foi integrado em todas as populações do mundo civilizado, não importando a classe social. Em meados do século XIX, o cigarro surgiu na Espanha, contudo, muito antes já se fumava tabaco enrolado em papel, chamado “papelete”.

O cigarro teve sua expansão por ser mais econômico e mais prático de usar do que o charuto ou o cachimbo. A primeira grande expansão mundial foi após a Primeira Guerra Mundial, de 1914 a 1918. Entretanto, sua difusão foi praticamente no sexo masculino. A difusão entre as mulheres cresce após a Segunda Guerra Mundial, de 1939 a 1945.

Durante muito tempo o tabagismo foi visto como um estilo de vida por seus usuários, porém Estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que o tabagismo é a doença evitável que causa mais mortes no mundo, doença essa, causada pela dependência da nicotina, substância nociva que torna o usuário dependente de forma rápida, a busca por parar de fumar é um difícil trabalho, que torna as tentativas de cessações terem baixas taxas de sucesso.

Além da nicotina, em um único cigarro são encontradas outras 4.700 substâncias tóxicas, todas elas causam aproximadamente 50 tipos de diferentes doenças, entre elas as cardiovasculares, as respiratórias e os vários tipos de câncer se destacam como as mais comuns entre os usuários do tabaco.

O TABAGISMO NO MUNDO

É de fundamental importância para a saúde pública de qualquer país do mundo discutir o controle do tabagismo sobre sua população. No mundo existem mais de um bilhão de fumantes e 84% deles vivem em países de baixa e média renda, enquanto que aproximadamente, 16% moram em países desenvolvidos, onde o consumo de cigarros caiu acentuadamente durante as últimas décadas. Vale ressaltar também que nos países em desenvolvimento o consumo vem crescendo nas últimas décadas, em especial entre os grupos populacionais mais pobres e com menor nível de escolaridade.

A Organização Mundial de Saúde, 2011, estima que por ano, os fumantes consomem cerca de seis trilhões de cigarros. Anualmente mais de seis milhões de pessoas morrem em virtude do uso do tabaco (uma morte a cada seis segundos) e, segundo dados da revista britânica, *The Lancet*, 600.000 mil morrem pela exposição de sua fumaça, ou seja, por serem fumantes passivos. Ao redor do mundo, o tabaco provoca mais mortes que várias doenças juntas, tuberculose, síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e malária, são exemplos de doenças que matam menos que o tabagismo.

Ainda de acordo com a OMS, nas próximas duas décadas, o número de mortes anuais deve subir para oito milhões. Grande parte das mortes estão previstas para ocorrerem em países de baixa ou média renda, onde a existência de políticas públicas eficientes voltadas para diminuir o consumo do tabaco são mais raras.

Nos últimos anos, notou-se um drástico aumento do tabagismo nos países em desenvolvimento. Essa tendência preocupante revela que as taxas estão aumentando entre as mulheres e principalmente entre os jovens, fato que se explica devido às poderosas ações de marketing realizadas pelas indústrias do tabaco, que investem vastas quantias em promoção e propaganda de cigarros para conquistar esses grupos sociais. De acordo com dados do Banco Mundial, aproximadamente 100 mil jovens começam a fumar diariamente no mundo inteiro, destes, 80 mil são dos países em desenvolvimento (World Bank, 1999). Caso os governantes não realizem políticas públicas voltadas para essa questão, é previsto que ainda neste século, o tabaco possa matar mais de um bilhão de pessoas.

Os países desenvolvidos seguem uma tendência contrária a dos países em desenvolvimento, já que o consumo do tabaco vem caindo na maioria deles, o fato é explicado pela presença de poderosas políticas de controle do tabagismo.

CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

Como já dito brevemente no início deste trabalho, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi idealizada através da comprovação de que o crescimento dos produtos de tabaco no mercado mundial traria uma série de prejuízos para diversas áreas (não só da saúde) e podia ser considerada como uma grande ameaça à saúde pública mundial. Tal ameaça vem se potencializando pelas estratégias das grandes companhias de tabaco para se inserirem nas economias de dos países em desenvolvimento.

O artigo 3º da Convenção-Quadro prevê como principal objetivo: “Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco”.

Os dispositivos centrais da CQCT para a redução da demanda são:

- Medidas fiscais e medidas relacionadas aos preços e
- Medidas não-relacionadas aos preços, que incluem:
- Proteção contra a exposição à fumaça ambiental do tabaco;
- Regulamentação do teor dos produtos derivados do tabaco;
- Regulamentação das informações sobre os produtos do tabaco;
- Embalagem e rotulação dos produtos do tabaco;
- Educação, comunicação, treinamento e conscientização pública,;
- Propaganda, promoção e patrocínio do tabaco;
- Cessação.

Os dispositivos centrais destinados à redução da oferta são:

- Reduzir o comércio ilegal dos produtos do tabaco;
- Limitar as vendas a menores e as realizadas por menores;
- Apoiar as atividades alternativas que sejam economicamente viáveis.

O TABAGISMO NO BRASIL

O Brasil é um país em desenvolvimento que possui a maior economia da América do Sul, com vasta área litorânea banhada pelo Atlântico. Tem fronteiras com Venezuela, Guiana, Suriname, Guiana Francesa, Colômbia, Peru, Bolívia, Paraguai, Argentina e Uruguai. Sua economia em plena ascensão está atualmente entre as seis maiores do mundo, possui um Produto Interno Bruto de US\$ 2,3 trilhões, sua população é de aproximadamente 200 milhões de habitantes (IBGE, 2011). No que tange desenvolvimento humano, o país vem apresentando uma ascensão nas últimas décadas, tem um IDH de 0,718, (Human Development Report, 2011) índice que o coloca na categoria de países com alto desenvolvimento humano, todavia se comparado com nossos vizinhos menos desenvolvidos, o índice ainda é inferior a eles.

De acordo com dados da OMS, 2009, o gasto em saúde no Brasil é de 9% do total do seu PIB, valor semelhante aos dos países vizinhos, Argentina, Chile e Uruguai, que gastam 9,5%, 8,2% e 7,4% respectivamente (Quadro 1).

Quadro 1 – Gasto total do PIB de Argentina, Brasil, Chile e Uruguai em %

País	Gasto total do PIB em %
Argentina	9,5%
Brasil	9,0%
Chile	8,2%
Uruguai	7,4%

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2009.

Quando a comparação é feita com países desenvolvidos, notamos diferenças maiores. Estados Unidos, Dinamarca e Noruega, por exemplo, gastam 16,2%, 11,2% e 9,7% do total dos seus PIBs respectivamente (Quadro 2).

Quadro 2 – Gasto total do PIB de Estados Unidos, Dinamarca, Noruega e Brasil em %

País	Gasto total do PIB em %
Estados Unidos	16,2%
Dinamarca	11,2%
Noruega	9,7%
Brasil	9,0%

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2009.

Quando a comparação é feita em investimento público em saúde por habitante/ano, mesmo sendo uma das maiores economias do mundo, o país investe pouco em relação aos vizinhos da América do Sul, cerca de US\$ 943 por ano. O valor faz com que o país ocupe a 72ª posição no ranking da OMS de investimento em saúde por habitante. Países com economias menores investem valores maiores que o Brasil. Repetindo a comparação feita anteriormente com os países da América do Sul: Argentina, Chile e Uruguai, cada um investe, US\$ 1,387, US\$ 1,172, US\$ 979, respectivamente. É importante destacar que mesmo com investimentos inferiores aos dos vizinhos, o país ainda consegue obter eficientes resultados para a política de combate ao tabagismo, o que mostra que com gastos menores é possível alcançar bons resultados.

Quadro 3 – Investimento anual de Argentina, Brasil, Chile e Uruguai (em US\$ por pessoa)

País	Investimento anual (em US\$ por pessoa)
Argentina	1,387
Chile	1,172
Uruguai	979
Brasil	943

Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2009.

Ainda que o Brasil tenha a segunda maior produção de tabaco no mundo e seja o maior exportador de folhas do tabaco, tal fato não faz do Brasil um grande consumidor do tabaco. É importante destacar que o país não segue a tendência dos países em desenvolvimento, e tem conseguido desenvolver ações fortes e abrangentes de controle do tabagismo: dados evidenciam que está havendo um significativo declínio do tabagismo, como veremos adiante.

Desde 1985, o Brasil vem impondo sérias medidas com o intuito de reduzir o tabagismo. O Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde, responsável pelo Programa Nacional para o Controle do Tabagismo, evidencia que desde o início dos anos 90, é possível constatar uma visível redução do tabagismo e do consumo de cigarros entre os adultos. Tal redução deve ser considerada tendo por base alguns fatores: o governo vem cumprindo os objetivos propostos pela Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e, criou um programa bastante inovador que vem conseguindo cumprir seus objetivos.

Segundo pesquisas realizadas pela revista médica, The Lancet, 2012, o país vem reduzindo a taxa de fumantes nos últimos anos, e está entre os países com as maiores taxas de ex-fumantes. A pesquisa revela também que o país tem a menor taxa de homens fumantes em relação ao total da população, em comparação com outros países. O estudo avaliou o hábito de fumar no Brasil e em outros 13 países de baixa ou média renda: Bangladesh, China, Egito, Índia, México, Filipinas, Polônia, Rússia, Tailândia, Turquia, Ucrânia, Uruguai e Vietnã. O resultado mostra que existe uma “epidemia global de uso de tabaco” nos países em desenvolvimento. De todos

os países estudados, o Brasil tem a menor porcentagem de homens fumantes: 18,1%.

O País vem reduzindo a taxa de fumantes nos últimos anos, também de acordo com dados do Ministério da Saúde. Em 2010, cerca de 19% da população brasileira ainda fumava, ou seja, aproximadamente 34 milhões de pessoas. Se compararmos com dados de 1989, onde 33% da população fumava, notamos uma clara redução.

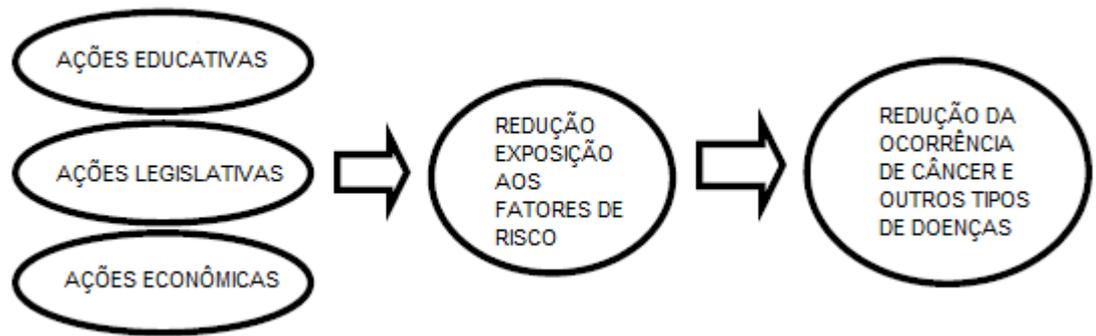
Contudo, ainda existem muitos desafios a serem superados. No país ainda morrem anualmente cerca de 200 mil pessoas por ano. A maioria dos fumantes adquire ao longo da vida o câncer de pulmão, tipo de câncer que mais mata homens no Brasil e a segunda morte mais comum de câncer entre as mulheres.

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

Como dito anteriormente, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo foi originado através do Inca, desde, 1996. O Instituto Nacional de Câncer buscou fazer parcerias com as Secretarias Estaduais de Saúde para gerenciar o programa nos estados. Também foi instituído um convênio entre o Fundo Nacional de Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo o Inca o interveniente desse convênio. A aliança permitiu que as Secretarias criassem a estrutura para fazer um processo de descentralização de gerência de ações educativas (campanhas, ações em unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho, tratamento do fumante) para as Secretarias Municipais. O Inca ficou com a responsabilidade de acompanhar as ações previstas no convênio.

Logo, é sob a ótica da Promoção da Saúde que o Inca coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo, desenvolvidas em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, entre outros setores sociais. Para a promoção de estilos de vida saudáveis visando à prevenção de doenças causadas pelo tabaco, o objetivo do programa é trabalhar em três ações: as educativas, legislativas e econômicas. (Figura 1).

Figura 1. Ações para a Promoção de Estilos de Vida Saudáveis e de Prevenção de Doenças



Fonte: Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Ministério da Saúde

É importante evidenciar que o Programa foi delineado visando sistematizar os três tipos de ações citados anteriormente, de forma a criar um contexto que: reduza a aceitação social do tabagismo, reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar, proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagista ambiental e reduza o acesso aos derivados do tabaco, aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar, controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor. Todos esses objetivos encontram-se na página 10 do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

A seguir, iremos analisar com maior detalhe as três ações que fazem parte dos objetivos do Programa de Combate ao Tabagismo.

a) Ações educativas:

A primeira ação, a educativa, é indispensável. O desenvolvimento de ações educativas tem como meta expandir o conhecimento científico sobre o câncer e as possibilidades de prevenção. Todavia apenas informar não produz mudanças de comportamento, é necessário também desenvolver ações junto à sociedade para gerar mudanças positivas de comportamento.

O Programa de Controle ao Tabagismo escolheu três meios para desenvolver suas ações educativas: ambiente de trabalho, escolas e unidades de saúde, onde o objetivo é discutir as informações sobre os malefícios do tabaco, os riscos para quem fuma, os riscos da poluição ambiental para todos que convivem com ela, a

dependência do tabaco e a cessação de fumar. Os temas citados são debatidos para criar um contexto propício para as mudanças de comportamento de grupos com profissionais de saúde, professores, estudantes e trabalhadores em geral. Os três meios comunitários citados acima foram escolhidos por terem uma ampla interação com a comunidade.

Por fim, inseridas nas ações educativas ainda existem: o programa Comunidade Livre do Tabaco, que possui duas datas comemorativas que são amplamente divulgadas nos meios de comunicação, o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto).

b) Ações legislativas

As ações do controle do tabagismo não se restringem a esfera da saúde, sua discussão é envolvida em outras dimensões. No âmbito das ações legislativas, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo tem crescido no sentido de reunir e criar um banco de dados sobre as leis relacionadas ao controle do tabagismo existentes no País, estimular os legisladores para a criação de lei com o objetivo de controlar o tabagismo; divulgar as leis nas comunidades, assim como identificar e articular mecanismos que possibilitem a fiscalização e o cumprimento dessas leis.

Do ponto de vista do histórico das ações legislativas no Brasil, no âmbito federal, a primeira legislação relacionada ao tabagismo foi proposta em 1980, pelo então Deputado Federal, Ítalo Conti, do antigo PSD. O projeto de lei tinha como objetivo estabelecer uma data comemorativa, o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Após 6 anos, o projeto foi aprovado pela Câmara, enviado ao Senado e sancionado pelo Presidente Sarney, dando origem a Lei Federal nº 7.488/86.

A preocupação do Ministério da Saúde – e, nesse caso, até mesmo do Ministério do Trabalho - a cerca do tabagismo era clara. Ainda em 1986, diante de estudos realizados pelos Estados Unidos e pelo US *National Academy of Sciences National Research Council*, que mostravam o quanto era nocivo o tabagismo passivo, foi apresentado um novo projeto de lei ao chefe do executivo brasileiro, a ideia era proibir o uso de cigarros, charutos, cigarrilhas e cachimbos em recintos coletivos, públicos e particulares, de trabalho, lazer, saúde e educação, bem como em veículos de transporte coletivo de qualquer natureza. A Portaria Ministerial nº 3.257/88 foi criada, mostrando a relevância do assunto no país.

A Constituição Federal promulgada em 1988 também trouxe artigos relacionados ao tabagismo, no que se refere à regulamentação do tabaco. O artigo 220, § 4 deu competência à esfera federal de impor restrições às propagandas de cigarros, bebidas e medicamentos, e incluir advertências sobre os malefícios decorrentes de seu uso quando necessário.

No ano de 1996, foi criada a Lei 9.294/96, que determinava a utilização de advertências nas embalagens de cigarros, bem como as restrições nas propagandas. Pela nova legislação, a propaganda de cigarros na televisão e no rádio ficou restrita ao horário das 21 às 6 horas. Passaram a ser exibidas nas propagandas, em pôsteres, cartazes, revistas e jornais, e nas embalagens de cigarro, mensagens de advertência divulgando os diversos malefícios provocados pelo tabagismo.

No fim do ano 2000, a Lei nº 10.167 fechou o cerco contra as empresas do setor tabagista. A legislação estabelecia que as propagandas de cigarro não poderiam associar o produto à prática de atividades esportivas e nem conter participação de crianças e adolescentes. A lei também proibiu a publicidade de derivados do tabaco por meio de rádio, televisão, cinema, jornais, revistas, impressos, *outdoors* e em trajes e artigos esportivos. Ficou também vedada a propaganda na internet, a propaganda indireta denominada *merchandising* e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares.

Em 2001, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), regulamentou que nas embalagens de cigarros, seriam estampadas imagens fortes, que ilustrassem as consequências e as doenças ocasionadas pelo hábito de fumar durante a vida, foram criados 10 temas para impactar os usuários, como: Derrame, Fumaça, Gangrena, Horror, Impotência, Infarto, Morte, Produto, Sofrimento, Tóxico e Vítima.

Recentemente, a Anvisa proibiu a venda dos cigarros aromatizados e com sabor, como os mentolados, os de sabor cravo, chocolate e morango. A decisão foi tomada com o objetivo de diminuir a quantidade de jovens que são atraídas pelos mais variados sabores. Segundo a agência, os jovens são mais vulneráveis a esse tipo de cigarro do que os adultos. Dados do Inca apontam que 45% dos fumantes de 13 a 15 anos consomem cigarros com sabor.

c) Ações econômicas

No âmbito econômico, acredita-se que a inserção de medidas complementares às ações educativas e, apoiadas pelas ações legislativas, já realizadas no Brasil há 11 anos, contribuem para o sucesso do Programa. Utilizando-se do referencial que a economia oferece, para que os esforços nessa área obtenham sucesso, deve-se ter uma legislação forte, principalmente, nas políticas tributárias e de preços. Daí, a necessidade deste Programa estar articulado com outros setores do governo, constituindo-se em um Programa amplo.

Em suma, as ações legislativas e econômicas potencializam, portanto, as ações educativas. É de responsabilidade dos diferentes setores da sociedade alertar, cobrar, estimular e pressionar as esferas responsáveis pela legislação. O objetivo é criar leis que resultem em mudanças políticas, ambientais e econômicas para reforçar as mudanças de comportamento necessárias à redução da incidência e mortalidade do câncer e de outras doenças relacionadas ao tabagismo.

Nesse âmbito, as leis que buscam informar aos cidadãos sobre os riscos do tabagismo, protegê-los da exposição à poluição tabagística ambiental e da indução ao consumo pela publicidade se destacam. Além disso, são necessárias elaborar alternativas para dificultar o acesso dos jovens a produtos derivados do tabaco. Para isso, são necessárias ações que buscam aumentar os preços desses produtos, controlar as formas de venda, e principalmente, a sua venda no mercado ilegal. Assim, a cessação do tabagismo deve ser inserida num amplo conjunto de intervenções, que busquem alterar o clima social, como, por exemplo, o aumento dos impostos sobre produtos derivados do tabaco, proibição da publicidade, aumento de informações sobre saúde pública e a criação de áreas públicas livres do cigarro. Os outros componentes de uma estrutura para o controle do tabagismo incluem uma abordagem do sistema de saúde que contemple a boa prática clínica e atividades de vigilância, pesquisa e informação.

O TABAGISMO EM NATAL

O município de Natal, capital do Estado do Rio Grande do Norte, localiza-se na costa atlântica e é cortado pelo principal rio do Estado, o Potengi, no qual se encontra um importante porto marítimo. Possui clima úmido, com temperatura média

anual de 28°. É uma cidade turística, onde as pessoas são atraídas pelas praias e o clima agradável. Apresenta uma área física de 169,9 Km², equivalente a 0,32% da superfície do Estado. Limita-se ao norte com Extremoz, ao sul com Parnamirim, ao leste com o Oceano Atlântico, e ao oeste com São Gonçalo do Amarante. Está dividida geograficamente em 36 bairros, distribuídos em quatro regiões administrativas: Norte, Sul, Leste e Oeste.

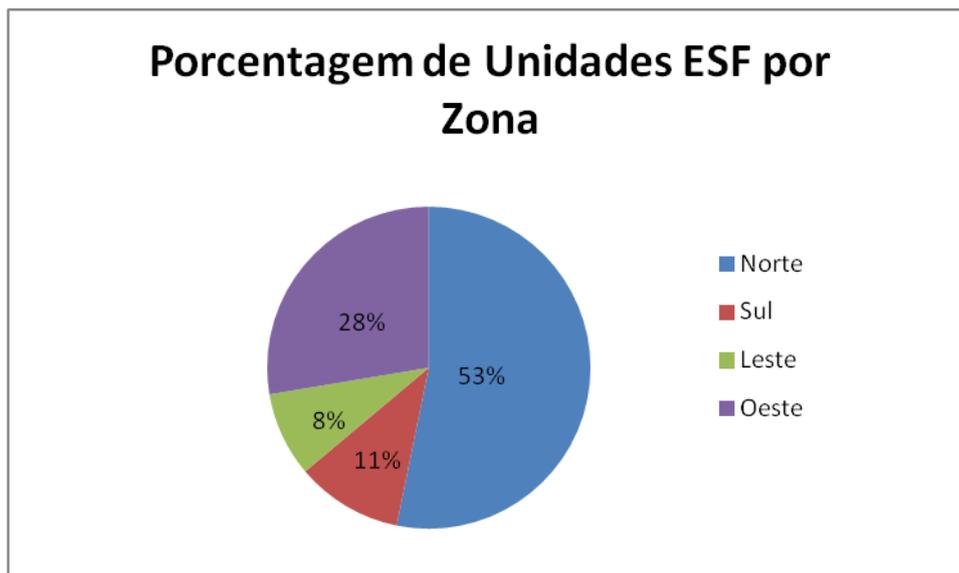
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO NATAL

O Programa Saúde da Família teve origem em 1994 em todo o Brasil, é um programa proposto pelo Ministério da Saúde aos municípios para realizar a atenção primária à saúde. Seu objetivo é buscar um modelo onde o atendimento as famílias, seja feito nas unidades, é lá que deve ser a porta de entrada da população ao sistema de saúde, e não como no modelo atual, onde prevalece o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. No programa, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Estão incluídas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Em Natal, o programa conta com 47 Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), que formam ao todo 116 equipes da Saúde da Família. Cada equipe é responsável por acompanhar cerca de 3 mil a 4 mil habitantes. As equipes atuam nas unidades de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade. As 47 unidades do município estão divididas nas quatro zonas da cidade. Vale ressaltar que mesmo com mais de 20 anos em vigor, é possível constatar que no município o programa enfrenta grandes dificuldades, um elevado número das unidades de saúde não possuem médicos. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde do Município, faltam médicos em 41 equipes. Existe também o problema da falta de equipamentos e precárias condições das unidades, que, em certos bairros, são localizadas em casas improvisadas.

O gráfico 1, a seguir, mostra a porcentagem das unidades de ESF por zona.

Gráfico 1 – Distribuição Percentual das Unidades da ESF por zona. Município de Natal.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Natal

De antemão, é imprescindível destacar que as duas zonas mais populosas (Norte e Oeste) são as que apresentam os menores índices de qualidade de vida, ou seja, baixa renda, domicílios com as piores condições de saneamento básico e o mais baixo nível de escolaridade. A Zona Norte apresenta uma população de 302.333 habitantes (IBGE, 2008). A grande concentração de pessoas que vivem na região, principalmente as de baixa renda, influi na quantidade de Unidades da Estratégia Saúde da Família, ao todo são 25 unidades, espalhadas pela região. A Zona Oeste, com 214.320 habitantes (IBGE, 2008) é a segunda mais populosa e, lá existem 13 Unidades ESF, região onde se encontra as piores condições de qualidade de vida da cidade. As duas outras Zonas: Sul e Leste apresentam índices de qualidade de vida mais altos, a população delas são de 162.688 e 118.1193 habitantes, respectivamente (IBGE, 2008). São nessas regiões que existem os mais altos valores para a renda, principalmente nos bairros da Zona Leste, como Tirol e Petrópolis. Tal realidade revela a existência de uma quantidade menor de Unidades ESF na região: ao todo são contabilizados apenas 9 unidades, 5 na Zona Sul e 4 na Zona Leste (região mais rica da cidade).

TRATAMENTO DO TABAGISMO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O tratamento do tabagismo na Estratégia Saúde da Família, no município do Natal, em sua maioria, não consegue tratar os usuários do tabagismo de maneira eficiente. O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo estabelece que as unidades de saúde ofereçam apoio efetivo para cessação de fumar aos fumantes que procuram seus profissionais para atendimentos de rotina. Portanto, é fundamental que haja coerência das unidades de saúde com o seu papel de vitrine de hábitos e estilos de vida saudáveis. Isso sugere que as unidades de saúde tornem-se livres da poluição tabagística ambiental, e seus profissionais, modelo de comportamento.

Apesar da existência de 47 unidades e 116 equipes no município e, do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo estabelecer que as unidades deem suporte aos fumantes, somente existe políticas voltadas para realizar o tratamento do tabagismo em uma unidade.

É importante ressaltar que o município está em 19º no ranking nacional que aponta o percentual de adultos (≥ 18 anos) fumantes nas capitais dos estados brasileiros. Segundo dados da VIGITEL, 2011, a frequência de adultos que fumam em Natal é de 11,4%. Todavia, mesmo com uma quantidade de fumantes adultos não tão elevada como em outras cidades, é essencial destacar que no âmbito da Estratégia Saúde da Família, o município apresenta apenas uma Unidade ESF que realiza políticas voltadas para reduzir e combater o tabagismo: a Unidade Saúde da Família Soledade I, que será abordada posteriormente. Constata-se que ainda existem muitos desafios a serem superados para conter o consumo do tabaco em Natal, haja vista que a realização desse tipo de ação ocorre em apenas uma unidade de saúde da família. De fato, uma parcela significativa da população natalense não tem acesso a este tipo de serviço público.

AS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO NA UNIDADE SOLEDADE I, MUNICÍPIO DE NATAL/RN

Soledade é um conjunto habitacional que foi criado em 1978, localiza-se em uma região de classe média e classe média baixa, no bairro de Potengi, na Zona

Norte de Natal. O conjunto é contemplado com duas Unidades da Estratégia Saúde da Família: Soledade I e Soledade II. A figura 2 abaixo mostra a imagem de satélite do Conjunto Soledade I.

Figura 2 – Imagem de Satélite do Conjunto Soledade I



Fonte: Google Maps

No ano de 2009, a Unidade Soledade I iniciou um trabalho de controle do tabagismo a partir de consultas médicas realizadas com alguns pacientes identificados como fumantes. Os usuários foram convidados a participar de um grupo, criado pelo médico da unidade, Dr. Milton Cirne. Semanalmente eram realizados encontros com os usuários. A experiência inicial contou com a participação de poucas pessoas, cerca de 10. Contudo, visto o sucesso que o programa teve, o número de pessoas envolvidas nas reuniões foi aumentando à medida que os resultados iniciais de cessação eram conquistados, o grupo chegou a agregar mais de 80 usuários, dado que revela a demanda existente por este tipo de serviço público. A experiência também contou com a participação da população de bairros e conjuntos adjacentes. O sucesso da iniciativa feita pela unidade é também evidenciado pelos vários usuários conseguiram vencer a batalha contra o tabagismo e abandonar o vício da nicotina.

Os resultados obtidos pelo grupo são reveladores. Por exemplo, considerando o total de 250 fumantes que participaram das reuniões entre fevereiro de 2009 e fevereiro de 2010, 40% abandonaram o vício, em média 30 dias após início do

tratamento farmacológico, com destaque para à satisfação dos participantes pelo fato de pararem de fumar.

As ações são elaboradas da seguinte forma. Primeiro são realizadas entrevistas, onde é feita uma anamnese - entrevista realizada pelo médico com os pacientes - onde o objetivo é relembrar todos os fatos que se relacionam com o tabagismo e o paciente. Em seguida, ocorrem reuniões de forma que todos os participantes expõem suas trajetórias, desde o contato inicial com o cigarro, o momento da decisão de parar de fumar e como está o progresso longe do cigarro.

Os pacientes também realizam o teste Fagerström – teste criado pelo médico dinamarquês Karl Fagerström, onde se emprega um questionário ao paciente a fim de definir qual o nível de dependência da nicotina. A partir daí, é definida a melhor estratégia a ser adotada, de acordo com o grau de dependência feito pelo teste. Descoberto o grau de dependência dos participantes, eles recebem terapia farmacológica com adesivos transdérmicos de nicotina, bupropiona ou vareniclina, dependendo da avaliação clínica. Os medicamentos citados anteriormente atuam reduzindo o desejo do doente de fumar. Antes de prosseguirmos na análise do caso de Soledade I, uma descrição dos tipos de tratamento existentes e, portanto, disponíveis para os médicos, para a dependência do tabaco será apresentada.

O Anexo I mostra o teste de Farstom completo.

TIPOS DE TRATAMENTO PARA A DEPENDÊNCIA DO TABACO

Estudos realizados pela OMS revelam que por ano, 80% dos fumantes que desejam parar de fumar, sem nenhum tipo de tratamento, não obtêm êxito, somente 3% deles conseguem parar de fumar sem realizar nenhum tipo de tratamento. Iremos apresentar algumas formas de tratamentos farmacológicos que podem potencializar o tratamento para a dependência do tabaco.

A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) é um tratamento de primeira linha, baseado na necessidade de reduzir o sofrimento do fumante com os sintomas da abstinência. Os resultados da TRN são questionados pelos especialistas, alguns acreditam que o tratamento realizado apenas por ela não constitui em uma terapia de cessação eficiente e completa, pois na opinião desses seria necessário também intervenções comportamentais para a dependência. Para outros especialistas, ao

contrário, esse tratamento é eficaz, seja utilizado isoladamente ou em conjunto com outros tipos de tratamentos.

Existem dois tipos de TRN, eles podem ser os chicletes de nicotina e os adesivos de nicotina, a seguir detalharemos acerca de cada um.

Chicletes: A nicotina começou a ser utilizada na forma de chicletes no final da década de 80 e foi em 1996 que houve sua liberação para venda OTC (sem prescrição médica) nos EUA. É usada pelo fumante nos momentos em que surge o desejo de fumar ou os sintomas de abstinência do cigarro.

O chiclete é colocado na boca e mastigado até que se sinta o gosto amargo da nicotina ou formigamento na boca. Neste momento a nicotina está sendo liberada e o fumante deve parar de mastigar e acomodar o chiclete entre a gengiva e a bochecha. Quando o sabor ou o formigamento desaparece, deve-se voltar a mastigar o tablete até sentir o mesmo efeito.

O procedimento deve ser repetido por até 30 minutos, quando o chiclete é desprezado. O chiclete pode ser utilizado de acordo com a necessidade ou a cada 1 ou 2 horas. A goma de mascar é encontrada nas doses de 2 e 4mg, que será escolhida de acordo com o grau de dependência indivíduo. Infelizmente não foi possível obter informações sobre a taxa de sucesso dos pacientes que utilizaram esse método

Adesivos: Os adesivos, bem como as outras formas de reposição de nicotina, aumentam as chances de o indivíduo manter-se sem o cigarro. No dia marcado para interromper com o cigarro, os adesivos de nicotina começam a ser empregados.

Eles são colocados sobre a pele, em local desprovido de pelos, promovendo a liberação lenta e constante da nicotina. O adesivo deve ser trocado a cada 24 horas e deve-se evitar colocá-lo no mesmo local que estava anteriormente.

Existem adesivos com diferentes dosagens de nicotina (10, 20 ou 30mg). A dosagem ideal é determinada pelo médico, de acordo com o grau de dependência do fumante. O tempo ideal de uso do adesivo, bem como de qualquer forma de reposição de nicotina não está bem estabelecido, podendo variar de 4 a 16 semanas, de acordo com a resposta do paciente.

Comprimidos (Bupropiona): É um antidepressivo para o tratamento do tabagismo, seu efeito antitabágico foi percebido durante ensaios clínicos para verificação de sua eficácia antidepressiva, os pacientes fumantes queixavam-se da diminuição do desejo de fumar.

O tratamento é mais adequado para fumantes que fracassaram ao usar uma TRN ou que não desejam utilizá-la. A medicação mostrou-se eficiente quando o paciente a usa como monoterapia, na dose total diária de 300 mg. O tratamento deve ser iniciado com 150 mg (um comprimido) pela manhã por três a quatro dias. Se bem aceito, deve passar para 150 mg duas vezes ao dia.

O intervalo entre as doses deve ser de no mínimo oito horas. Devido à frequência de insônia como efeito colateral, recomenda-se que a segunda dose seja tomada ao final da tarde ou início da noite. Diferentemente das TRN, os fumantes devem iniciar o uso da bupropiona uma semana antes da abstinência, até que atinja níveis plasmáticos constantes.

Tendo apresentado as principais características desses tratamentos, a próxima seção volta a discutir o caso dos pacientes tratados na USF Soledade I em Natal.

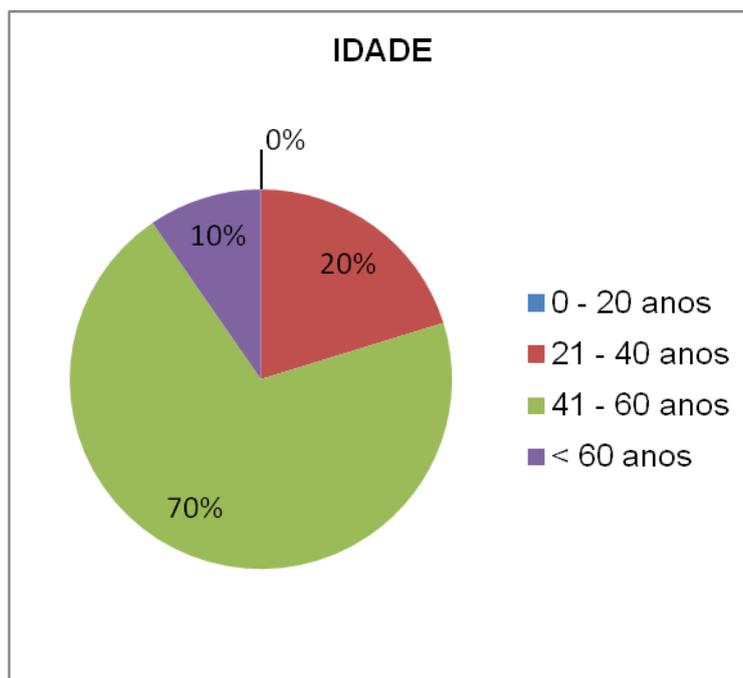
CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES PARTICIPANTES DO PROGRAMA DE COMBATE AO TABAGISMO EM SOLEDADE I

A maioria dos participantes do programa é da idade adulta, com 40 anos ou mais. A maior faixa etária é de pessoas entre 41 a 60 anos, 70%, em seguida, 20% é representado pelos usuários entre 21 a 40 anos. A população idosa, acima dos 60 anos representa 10% dos usuários fumantes. Entre os participantes do grupo, não houve quantidade significativa de usuários até os 20 anos.

Ao analisarmos os dados, verificamos que os membros do grupo em sua maioria são pessoas acima dos 40 anos. Constatamos que as pessoas que fumam há mais tempo estão mais propícias a desenvolver doenças, ou já desenvolveram, logo estão mais interessadas em buscar tratamento contra o tabagismo. Usuários com menos anos de consumo – principalmente os jovens – não buscam tratamento

por certos motivos, primeiro: o cigarro fornece para o jovem a imagem de independência, liberdade, beleza, poder, inteligência e outros tipos de atributos, o segundo fator pela baixa procura dos jovens por tratamento é que como o tempo do consumo é relativamente baixo, as doenças ocasionadas pelo tabaco ainda não se desenvolveram, visto isso, o interesse desse grupo é baixo. O gráfico 2 a seguir mostra a porcentagem de fumantes que participaram do grupo por faixa etária.

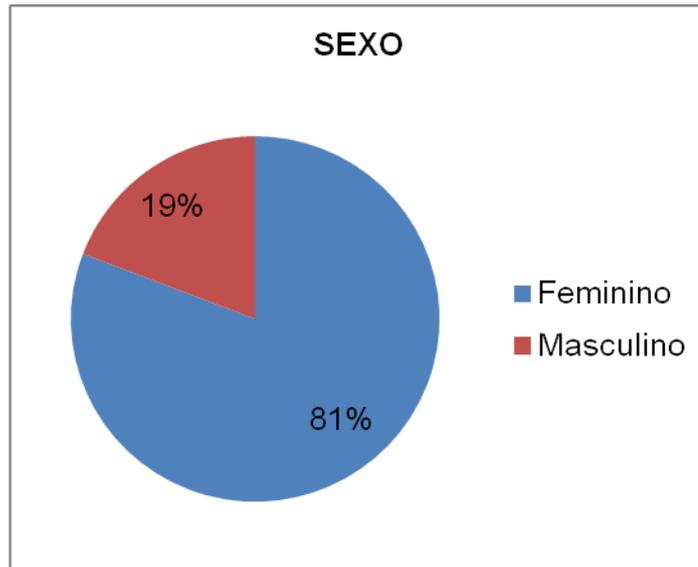
Gráfico 2 – Quantidade de fumantes que receberam tratamento na USF Soledade I por idade, Município de Natal.



Fonte: Unidade de Saúde Soledadee I

Por último, o gráfico 3, abaixo, mostra a quantidade de usuário que participaram dos grupos de reuniões por sexo. Desde a sua criação, no ano de 2009, os usuários do sexo feminino tiveram uma participação muito superior em relação aos do sexo masculino. Nos três anos de reuniões envolvendo os usuários do tabagismo, verificamos que 81% eram do sexo feminino e apenas 19% eram representadas pelo sexo masculino.

Gráfico 3 – Gráfico da quantidade de fumantes por sexo.



Fonte: Unidade de Saúde Soledade I

A explicação dada pelo Dr. Milton Cirne, para essa diferença não é complexa, pelo contrário. Os homens, em sua maioria, não têm o hábito de se cuidar, costumam adiar a ida ao médico, realizam exames preventivos com menos frequência do que as mulheres etc. No geral, nota-se que a falta de interesse deles em relação à saúde é justificado pelo aspecto histórico cultural, onde existe a impressão da virilidade, força e invulnerabilidade, tais características são contrárias à manifestação de sinais de fraqueza, medo e insegurança. Dados do IBGE, 2006, comprovam que 71,2% das mulheres se consultam pelo menos uma vez ao ano, já quando se refere aos homens, esse número cai para 54,1%.

É importante evidenciar que todos os membros do grupo, recebem atestados médicos, fazendo com que a questão do horário não influencie na participação de homens nem de mulheres. De acordo com Milton Cirne, as empresas em que os pacientes trabalham, estão de acordo com a participação deles nesse programa. O grande problema encontrado é a questão dos fumantes que trabalham por conta própria, infelizmente, o programa não favorece os usuários desse grupo.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS

A busca pelo combate contra o tabagismo é fundamental em qualquer país, existe uma grande necessidade de políticas públicas voltadas para diminuir a quantidade de usuários e dificultar o acesso aos produtos de tabaco.

Dentro do rol de políticas existentes, a criação da Convenção-Quadro para o Controle Tabaco merece destaque, pois foi desenvolvida com o objetivo de reduzir a epidemia do tabagismo em proporções mundiais, as conferências vem sendo realizadas. Devemos evidenciar também as políticas executadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, que durante as últimas décadas vem criando poderosas medidas para reduzir a quantidade de usuários, tais medidas trouxeram efeitos positivos, nas últimas décadas foi possível evidenciar com clareza a redução do consumo do tabagismo no país.

No âmbito municipal, o trabalho abordou a questão do combate ao tabagismo pela Estratégia Saúde da Família, dando destaque a Unidade Soledade I, é importante mencionar o trabalho realizado pelo Dr. Milton Cirne, que mesmo sem as melhores condições possíveis para realizar uma política eficiente, conseguiu fazer com que vários usuários abandonassem o hábito de fumar.

Ao final, tem-se a certeza que as políticas públicas criadas nos diferentes âmbitos estudados vêm mostrando resultados, todavia no caso do município do Natal, notaram-se limitações que ensejam as seguintes recomendações de políticas de combate ao tabagismo no município.

Em primeiro lugar, deve ser feita uma ampliação da oferta desse serviço de saúde, haja vista que a normatização nacional estipula que todas as unidades de saúde deveriam dispor de serviços de apoio ao fumante que deseja iniciar um tratamento para parar de fumar. De fato, este trabalho mostra que apenas uma Unidade de Saúde em Natal oferece esse tipo de serviço público. Mais do que isto, a análise do caso da Unidade de Saúde Soledade I, na zona Norte de Natal, mostra que tal ação foi uma iniciativa dos próprios profissionais atuantes nessa unidade, o que mostra a ausência de políticas municipais sobre essa questão.

A análise do programa implementado em Soledade I também permitiu verificar que existe uma demanda significativa para este tipo de serviço, isto é, há fumantes que desejam parar de fumar. Por outro lado, o serviço não é ofertado de maneira ampla no território natalense. Dito isto, fica evidente a necessidade de levar o tratamento do tabagismo para outras unidades de saúde.

Por fim, a experiência acumulada pelos profissionais de Soledade I também poderia servir como base para a formulação de uma política pública municipal. O perfil dos participantes dos programas, as estratégias de tratamento adotadas em cada caso e os resultados alcançados são todos elementos empíricos relevantes para uma discussão sobre a ampliação de ações desse tipo para o conjunto do município de Natal. Com base no caso de Soledade I fica também evidente que tal programa tem um desafio específico no que se refere à questão de gênero haja vista a pequena participação de fumantes do sexo masculino. Isto indica - já como um primeiro aprendizado para a política pública -, a necessidade de formulação de ações específicas que consigam atrair fumantes do sexo masculino desejosos de parar de fumar, parcela, aliás, majoritária dos fumantes.

REFERÊNCIAS

BARROSO, ARIMÁ. **Mapeando a Qualidade de Vida em Natal**. Disponível em: <http://www.natal.rn.gov.br/sempla/paginas/File/iqv.pdf> Acesso em 14 setembro 2012

GOMES, R.; NASCIMENTO, E; ARAUJO, F. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf> Acesso: 07 novembro 2012

IGLESIAS, R; P. JHA; PINTO, M; COSTA E SILVA, V; GODINHO, J. **Controle do Tabagismo no Brasil**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf> Acesso: 18 agosto 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Por que provar o Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf> Acesso: 29 agosto 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Convenção Quadro para Controle do Tabaco: Texto Oficial**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/convencao_quadro_texto_oficial.pdf Acesso em 23 agosto 2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2011. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf Acesso: 23 setembro 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Tabagismo & Saúde nos países em desenvolvimento**. Disponível em: http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/tabagismo_saude_2.pdf Acesso: 03 setembro 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO Global Report Mortality Attributable to Tobacco**. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf Acesso em 25 agosto 2012

ROSEMBERG, J. **Nicotina – Droga Universal**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf> Acesso: 08 setembro 2012

TEIXEIRA, LA; JAQUES, TA. **Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI**. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/02_artigo_legislacao_controle_tabaco_brasil_entre_final_sec_ulo_xx_inicio_xxi.pdf Acesso: 06 novembro 2012

THELANCET.COM. **Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys**. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961085-X/fulltext> Acesso em 26 agosto 2012

ANEXOS

Anexo I

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc.?

Sim (1)

Não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

Outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0) _____

De 11 a 20 (1) _____

De 21 a 30 (2) _____

Mais de 31 (3) _____

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim (1)

Não (0)