



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

IZABEL CRISTINA DA SILVA

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO, AUTONOMIA DO SUJEITO E
PRÁTICAS DE CUIDADO: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife**

RECIFE

2024

IZABEL CRISTINA DA SILVA

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO, AUTONOMIA DO SUJEITO E
PRÁTICAS DE CUIDADO: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Artes e Comunicação, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos. Área de concentração: Direitos Humanos e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Bernadete Perez Coelho

RECIFE

2024

Catálogo de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Silva, Izabel Cristina da.

Política de controle do tabagismo, autonomia do sujeito e práticas de cuidado: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife / Izabel Cristina da Silva. - Recife, 2024.

83 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, 2024.

Orientação: Bernadete Perez Coêlho.

Inclui referências, anexos e apêndices.

1. Tabagismo; 2. Promoção à saúde; 3. Autonomia do sujeito. I. Coêlho, Bernadete Perez. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

IZABEL CRISTINA DA SILVA

**POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO, AUTONOMIA DO SUJEITO E
PRÁTICAS DE CUIDADO: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Artes e Comunicação, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos.

Aprovada em: 22 / 10 / 2024.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Bernadete Perez Coelho (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. José Marcos da Silva (Avaliador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Marcus Tulio Caldas (Avaliador Externo)
Universidade Católica de Pernambuco

Dedico este trabalho a Deus.

Devo a Ele tudo o que sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente pela energia e calma nos momentos de fraqueza e turbilhões de emoções do dia a dia.

Aos meus pais (*in memoriam*), aos quais devo minha eterna gratidão por terem me acolhido, me adotado como filha do coração.

Incondicionalmente, gratidão aos meus lindos filhos, Arthur e Juninho, motivo de orgulho em minha vida. Gratidão incondicional ao meu marido, um parceiro paciente, que me acompanhou nas idas aos territórios de coleta de dados, me incentivando e não me deixando desistir.

Um agradecimento especial à minha orientadora, Profa. Dra. Bernadete Perez Coelho, pela orientação neste trabalho. Muito obrigada por me ter corrigido quando necessário, sem nunca me desmotivar.

Não posso deixar de agradecer a toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos, ao pessoal da secretaria Karla e Ênio, os quais exercem um papel impar com muita competência e, deusas, paciência, ao vice-coordenador, prof. Dr. José Marcos da Silva, o qual tive a honrosa oportunidade de assistir suas aulas, um show de conhecimento. E um carinho especial à profa. Dra. Maria José de Matos Luna, um exemplo a ser seguido. Com ela, tive momentos únicos: de zelo e aprendizado do que é, na prática, os direitos humanos.

Desejo, igualmente, agradecer a todos os meus colegas do Mestrado em Direitos Humanos, por toda amizade construída: um abraço no coração de todos.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou
o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou
o que era antes”.

(Marthin Luther King)

RESUMO

Este estudo analisa o Programa de Controle do Tabagismo na Cidade de Recife e as perspectivas dos usuários com referência à prática do cuidado no tratamento do tabagismo. Nesse sentido, ressalta-se que o uso do fumo é um grave problema de saúde pública no mundo e o Brasil tem sido um líder global na adoção de políticas para seu controle. Desse modo, destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, interligada à prevenção e ao controle do tabagismo, buscando melhorar a qualidade de vida da população. O objetivo geral desta pesquisa é analisar o Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife e sua efetividade à luz da perspectiva da autonomia do sujeito, no período de 2021 a 2023. Como objetivos específicos, propusemos: descrever a rede de atenção à saúde proposta pelo Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife, no período de junho de 2021 a dezembro de 2023; analisar a percepção e autonomia dos usuários em relação às etapas do tratamento realizado pelo Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife; apresentar as condições do Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife, a partir de 2019; caracterizar a dinâmica da relação terapêutica entre a equipe profissional e os usuários do serviço. A pesquisa propõe uma abordagem qualitativa, exploratória, analítica, utilizando a metodologia da pesquisa-ação e as técnicas para coleta de dados como diário de bordo e entrevistas semiestruturadas. A partir desse conjunto de dados, surgiram respostas para a proposição de estratégias de ação frente às unidades de saúde que atendem aos usuários tabagistas. Não obstante as proposições do Plano Plurianual da Cidade do Recife, sob o Programa de Tratamento do Tabagismo, nossos resultados os contrastam. Participantes entrevistados na nossa pesquisa relatam unidades com espaços diminutos ou sem eles para grupos terapêuticos ocasionando improvisos, demonstrando desinteresse público pelo tratamento tabagista. Como resultado dessa investigação, conseguimos mapear as dificuldades no acesso à informação sobre o Programa e o atendimento aos usuários fumantes e percebemos ainda que a estrutura dos locais de atendimento não foi pensada de acordo com as demandas específicas e necessárias ao tratamento. Apesar disso, os usuários atendidos pelo Programa demonstraram ter estabelecido uma relação saudável com os profissionais da rede de atendimento municipal. Por conseguinte, os processos de análise desenvolvidos pela pesquisa resultaram na percepção de que é possível a elaboração de estratégias para atendimento aos usuários em que a autonomia do sujeito se desenvolva, a partir das suas múltiplas realidades. As intervenções propostas neste trabalho foram estruturadas a partir de um conjunto de argumentos e ferramentas analíticas obtidas durante a pesquisa e que está presente em toda a narrativa da dissertação, a fim de compreender esse processo de formação da autonomia do sujeito dentro do Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife.

Palavras-chave: tabagismo; promoção à saúde; autonomia do sujeito.

ABSTRACT

This study analyzes the Tobacco Control Program in the City of Recife and the perspectives of users regarding the practice of care in tobacco treatment. It should be noted that tobacco use is a serious public health problem worldwide, and Brazil has been a global leader in adopting policies to control it. Thus, the National Health Promotion Policy stands out, interconnected with the prevention and control of smoking, aiming to improve the quality of life of the population. The general objective of this research is to analyze the Tobacco Control Program of the City of Recife and its effectiveness in light of the perspective of individual autonomy from 2021 to 2023. As specific objectives, we proposed: to describe the healthcare network proposed by the Tobacco Control Program of the City of Recife from June 2021 to December 2023; to analyze the perception and autonomy of users regarding the stages of treatment carried out by the Tobacco Control Program of the City of Recife; to present the conditions of the Tobacco Control Program in the City of Recife, starting from 2019; to characterize the dynamics of the therapeutic relationship between the professional team and the service users. The research proposes a qualitative, exploratory, analytical approach, using action research methodology and data collection techniques such as a logbook and semi-structured interviews. From this dataset, responses emerged for the proposition of action strategies regarding health units that serve smoking users. Despite the propositions of the Multi-Year Plan of the City of Recife, under the Smoking Treatment Program, our results contrast them. Participants interviewed in our research report units with limited or no spaces for therapeutic groups, causing improvisations, demonstrating public lack of interest in smoking treatment. As a result of this investigation, we were able to map the difficulties in accessing information about the Program and the care provided to smoking users, and we also noticed that the structure of the care locations was not designed according to the specific and necessary demands for treatment. Despite this, the users served by the Program have shown that they have established a healthy relationship with the professionals in the municipal care network. Therefore, the analysis processes developed by the research resulted in the perception that it is possible to devise strategies for serving users in which the subject's autonomy develops, based on their multiple realities. The interventions proposed in this work were structured based on a set of arguments and analytical tools obtained during the research and that are present throughout the narrative of the dissertation, in order to understand this process of forming the subject's autonomy within the Tobacco Control Program in the City of Recife.

Keywords: smoking; health promotion; subject autonomy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e outras Drogas
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabaco
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa de Saúde nas Escolas
SEAB	Secretaria Executiva de Atenção Básica
SESAU	Secretaria de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBT	Unidade Básica Tradicional

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos bairros e população estimada por distrito sanitário.....	31
Tabela 2. Disposição do Programa de Controle do Tabagismo na rede de atenção básica à saúde da Cidade do Recife.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organograma.....	35
Figura 2: Modelo do Teste de Fagerström.....	44

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 POLÍTICA DE PROMOÇÃO A SAÚDE X O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	16
1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	16
1.2 DIRETRIZES E PRINCÍPIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO – VISÃO PANORÂMICA.....	18
2 DIREITOS HUMANOS E O CONTROLE DO TABAGISMO.....	21
3 AUTONOMIA DO SUJEITO E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	24
4 OBJETIVOS	28
4.1 GERAL.....	28
4.2 ESPECÍFICOS.....	28
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, ESTUDO DE CASO/RECIFE.....	29
5.1 ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO.....	29
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	30
5.3 PLANO ANALÍTICO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	31
5.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	33
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS.....	35
6.1 UM OLHAR SOBRE A PESQUISA DE CAMPO - CARACTERIZAÇÃO, ESTRUTURA E CONDIÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA CIDADE DO RECIFE.....	35
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E AS PERSPECTIVAS DO TRATAMENTO DO TABAGISMO DA CIDADE DO RECIFE.....	39
6.3 RESULTADO DAS ENTREVISTAS.....	40
6.3.1 Terapias realizadas e a relação terapêutica.....	40
6.3.2 O direito à informação, um dos pressupostos da autonomia do sujeito.....	43
6.4 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO SOCIAL.....	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	56
ANEXOS.....	62

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco representa um desafio de saúde pública, impactando a qualidade de vida de inúmeros indivíduos no território brasileiro e em todo o mundo. Conforme as informações fornecidas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), estima-se que aproximadamente 10% das mortes em escala global estão associadas ao tabagismo. No Brasil, calcula-se que cerca de 428 óbitos diários estão vinculados a enfermidades resultantes do uso de produtos de tabaco (Instituto Nacional do Câncer, 2024).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, aproximadamente 9,8% da população brasileira, com 18 anos ou mais, é fumante. Isso demonstra que cerca de 19,3 milhões de pessoas no País são tabagistas. O mesmo estudo ainda revela que, mesmo a prevalência do tabagismo sendo maior entre os homens, com uma taxa de 12,8%, em comparação com as mulheres, cuja taxa é de 7,5%, o número de mulheres fumantes tem aumentado nos últimos anos (Macedo *et al.*, 2023).

São várias as doenças que têm associação com o hábito de fumar, entre as quais estão: os aparelhos respiratório, cardiovascular e digestivo. Isso contribui para o aumento de vários tipos de câncer, entre eles: o câncer de bexiga, de pâncreas, de fígado, do colo do útero, do esôfago e, principalmente, o câncer de laringe (cordas vocais), de pulmão, na cavidade oral (boca), de faringe (pescoço) e o câncer de estômago (Instituto Nacional do Câncer, 2024).

A prevalência do tabagismo varia significativamente entre países e regiões. Sendo que aproximadamente 80% dos fumantes vivem em países de baixa e média renda, é onde ocorrem mais da metade das mortes causadas pelo consumo de tabaco (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019). No Brasil, a prevalência do tabagismo varia entre as diferentes regiões do país. A região Sul apresenta a maior taxa de fumantes, com aproximadamente 12.6%, seguida pela região Centro-Oeste, com 10.4%. As regiões Norte, Nordeste e Sudeste têm taxas de tabagismo em torno de 8% (Brasil, 2016).

Para o enfrentamento dos desafios acima ditos, a Política Nacional de Controle do Tabagismo segue as diretrizes do primeiro Tratado Internacional em Saúde Pública, por meio de medidas abrangentes de prevenção, tratamento e conscientização à população tabagista. Assim, vem reduzindo a prevalência do tabagismo entre pessoas com 18 anos ou mais, conforme apontam os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013 e 2019) e nos dados do Vigitel 2023, os quais revelam que houve redução do uso do fumo no período entre 2006 de 15,7% a 9,3% em 2023 (Brasil, 2023a).

Na capital de Pernambuco, o percentual de adultos fumantes maiores ou iguais a

18anos de idade, os dados do Vigitel, também revelam redução, que, em 2006, eram 15,0% de tabagistas, chegando a 7,6% em 2023 (Brasil, 2023). Consequentemente, a diminuição da prevalência de fumantes na Cidade do Recife é resultado da conscientização da população tabagista, a partir da implantação, em 2001, pela Secretaria de Saúde Municipal, do Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, orientado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Desde então, o Município passou a adotar medidas abrangentes de controle do fumo, antes mesmo das alterações na Lei Federal nº 9.294 de 1996, com foco especial na proteção contra o tabagismo passivo. Foram criados ambientes livres do fumo, conforme Decreto nº 22.000, de 05 de junho de 2006, a proposta inicial foi introduzida nos locais de trabalho da Prefeitura (Opas, 2010).

Em 2004, a Política Municipal de Redução de Danos no Consumo de Álcool, Fumo e Outras Drogas, chamada em Recife como o Programa Mais Vida, implantou conjuntamente com o Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, o tratamento para fumantes nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool, fumo e outras drogas (CAPS ad) (Opas, 2010). Esses Centros, até o ano de 2019, além do atendimento a outras drogas, tornaram-se referência na abordagem e no tratamento dos usuários tabagistas. Lá eram ofertados: o acompanhamento no grupo terapêutico, disponibilizados medicamentos, terapia de reposição de nicotina, além do acompanhamento médico.

Diante do exposto, este estudo consiste numa análise da política de controle do tabagismo, tomando por base a experiência vivida ao longo de quase 11 anos pela autora e pesquisadora desta pesquisa, como coordenadora de grupos terapêuticos, em um Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas na Cidade do Recife. Devido à sua prática, a pesquisadora observou que, entre os usuários de álcool e outras drogas, o público fumante tinha uma prevalência significativa e um aumento na busca para tratamento, sobretudo, entre 2019 e 2021, período em que o Município ficou sem ofertar o tratamento do tabagismo.

Conforme a Portaria Conjunta n.º 10, de 16 de abril de 2020, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, orienta-se o tratamento do tabagismo em qualquer nível de atenção à saúde, todavia, faz referência prioritária para a Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2020a). A partir de 2021, a abordagem e o tratamento ao fumante do tabaco passaram a ser ofertado na Atenção Primária à Saúde, ocorrendo nas Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e Policlínicas na Cidade do Recife.

Seguindo as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Promoção à Saúde

(PNPS), pondera-se que o tratamento ao tabagista na APS viabiliza uma maior proximidade aos usuários, ao oportunizar a participação popular, o desenvolvimento das ações de estímulo e a adoção de hábitos mais saudáveis de vida. Assim, o estudo analisa se o tratamento oferecido pela rede de Atenção Primária à Saúde na Cidade do Recife apresenta as condições necessárias para a condução do processo terapêutico na abordagem ao fumante à luz da autonomia do sujeito (Brasil, 2023b).

Refletindo que a referida autonomia está diretamente relacionada ao acesso à informação de forma ampla e esclarecida sobre os riscos do tabagismo, como também os benefícios de parar de fumar e a escolha das diferentes estratégias disponíveis no tratamento, considera-se que o sujeito, ao receber as devidas orientações, assume a corresponsabilidade por sua saúde. Dessa forma, um dos propósitos específicos de nossa pesquisa é examinar se houve disponibilização de informações sobre o tratamento do tabagismo, considerando a conduta terapêutica com respeito a autonomia do indivíduo.

No campo analítico, a discussão, que se refere tanto ao acesso à informação concernente ao atendimento subjetivo à saúde quanto ao direito garantido pelo Estado de promoção à saúde, ainda é muito recente no Brasil. Pode-se dizer que essa discussão se concretiza em torno da objetividade teórica e prática da aplicação dos Direitos Humanos colocada em pauta na elaboração da Constituição Cidadã de 1988. Para corroborar esse fato, a consolidação da II Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Direitos Humanos, no ano de 1993, em Viena, declarou que todos os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados e que a comunidade internacional deve tratar os direitos humanos de forma global, justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase (Senado Federal, 2013).

É relevante ressaltar que, uma vez que o debate sobre Direitos Humanos vigora, outras instâncias sociais se protagonizam como subjacentes às necessidades de outros agentes sociais até então invisibilizados. À vista disso, não há direito humano superior ao outro, se um faltar, os demais direitos também são violados. Uma vez estabelecido que o direito à saúde é básico e universal e para que esse acesso seja irrestrito, outros pareceres sociais devem seguir o seu caminho. Assim, deparamo-nos com a necessidade urgente de equipar a máquina pública com condições para colocar em prática os parâmetros da autonomia do sujeito.

Os referidos parâmetros são estabelecidos com o acesso à educação pública de qualidade, saneamento básico, segurança pública e condições saudáveis de vida relativas ao lazer e à prática esportiva, que são essenciais para que o ser humano tenha saúde. Como veremos ao longo do texto, o grupo atendido pela pesquisa pode ser considerado distante dos ideais, de

condições para a compreensão do seu estado de autonomia, haja vista a sua característica como população vulnerabilizada, que no conceito de Ayres(2022), é um grupo de pessoas que têm maior suscetibilidade para desenvolver problemas e danos de saúde.

Ao refletir sobre o grupo sobredito como população vulnerabilizada, ainda em se tratando da perspectiva de Ayres (2022), considera-se que as condições estruturais determinam os comportamentos individuais, ensejando em uma complexidade analítica que precisa alcançar os parâmetros culturais, sociais e individuais. Contudo, deve-se levar em conta, as barreiras políticas, estruturas de poder institucionais que muitas vezes impedem desde o acesso à informação até o desenvolvimento de propostas de intervenção à saúde básica. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo geral analisar o Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife e sua efetividade à luz da perspectiva e da autonomia do sujeito no período de 2021 a 2023. Na sua compreensão sobre o processo de cuidado terapêutico ao fumante na rede de Atenção Primária à Saúde, traçaram-se metas para entender como as estruturas físicas e operacionais das unidades básicas de saúde possibilitavam ou dificultavam a construção de um tratamento em que a autonomia dos sujeitos fosse respeitada.

Ressalta-se que a pesquisa aqui apresentada estabelece a análise da política de controle do tabagismo, a luz da perspectiva e da autonomia do sujeito mediante a estruturação e implementação do Programa de Controle do Tabagismo no âmbito municipal articulado na rede de atenção básica em saúde da Cidade do Recife no período de 2021 a 2023. Nesse sentido, este estudo está organizado da seguinte forma: na primeira seção, se discutirá política de promoção à saúde *versus* o programa de controle do tabagismo; na segunda, os Direitos Humanos e o controle do tabagismo; na terceira, a autonomia do sujeito e o projeto terapêutico singular; na quarta, serão apresentados os objetivos desta pesquisa; na quinta, o processo metodológico; na sexta, as análises e discussões dos dados, seguidas da estratégia de intervenção e das considerações finais, referências, apêndices e os anexos.

1 POLÍTICA DE PROMOÇÃO A SAÚDE X O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO

1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas são instrumentos essenciais para a construção e implementação de ações governamentais que visam solucionar problemas ou promover mudanças na sociedade. De tal forma é essa relevância que é fundamental a promoção da participação da sociedade na formulação e implementação das políticas públicas. A democracia deve ser participativa para que haja legitimidade e efetividade das políticas (Lassance, 2022). Conforme Lassance (2022), as políticas devem fitar os aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, para permitir uma visão ampliada dos problemas enfrentados pela sociedade, contribuindo, assim, para soluções mais abrangentes e sustentáveis. Esse autor enfatiza que uma gestão pública eficiente e transparente se respalda em uma administração pública comprometida com a ética e a responsabilidade, capaz de garantir a correta utilização dos recursos públicos e a prestação de contas à sociedade (Lassance, 2022).

Com a ratificação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) no Congresso brasileiro, foi implementada a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), que vem direcionando o Programa de Controle do Tabagismo. Dessa forma, esta pesquisa procurou entender, no primeiro passo, como se estabelecem tais diretrizes de condução do referido Programa, refletindo sobre as suas estruturas, desde o nível nacional, até o sistema de saúde municipal da cidade do Recife.

Importa dizer que a política de Atenção Primária à Saúde (PNPS) é coadjuvante nas medidas de ampliação nos cuidados em saúde, fortalecendo o cuidado ampliado que vai além do modelo tradicional, que era focado apenas na cura e no tratamento de doenças, com o objetivo de promover a saúde, buscando melhorar a qualidade de vida da população (Brasil, 2019). Levando isso em conta, uma vez que buscamos dialogar de forma crítica sobre a oferta de serviços básicos de saúde na perspectiva de garantir o acesso digno e promotor dos Direitos Humanos, compreendemos fundamentalmente o reconhecimento da amplitude da Política Nacional de Promoção da Saúde, que se baseia em princípios fundamentais, como a promoção da equidade, a participação social, a intersetorialidade, a integralidade e a intersetorialidade.

A PNPS, ao buscar ações intersetoriais, ou seja, a articulação entre diferentes setores da sociedade, como educação, meio ambiente, trabalho, habitação, entre outros, promove a saúde de forma mais efetiva, não apenas presta assistência médica, mas também é influenciada

por fatores sociais, econômicos, ambientais e comportamentais, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, o fortalecimento dos determinantes sociais da saúde e a redução das desigualdades em saúde, o incentivo à adoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada, prática regular de atividade física, combate ao tabagismo, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, visando a redução de riscos à saúde, participação social, são estratégias da PNPS. Tais estratégias envolvem a sociedade civil, organizações não governamentais, instituições de ensino, profissionais de saúde e outros atores na formulação, implementação e avaliação das ações de promoção da saúde (Brasil, 2019).

A integralidade é um princípio do Sistema Único de Saúde, na PNPS, consistindo no cuidado da abordagem ampliada em saúde, em vez de focar apenas em doenças específicas, o sujeito é visto em sua totalidade. Isso implica que a promoção da saúde faz parte de todos os estágios da vida, desde a infância até a terceira idade. Tal direcionamento reforça que os serviços de saúde devem estar integrados de modo a oferecer uma atenção mais abrangente e coordenada à população. É relevante compreender essa estrutura pública e nacional referente ao atendimento ampliado em saúde e, além disso, se faz necessário entender o contexto de saúde pública nos ditames do cuidado ampliado, inerente à cidade do estudo, uma vez que tais conceitos corroboram com a abordagem das ações de prevenção do Programa de Controle do Tabagismo.

A partir do conceito sobre a política de saúde ampliada, as ações da atenção básica em saúde no Município do Recife passaram por um processo de reformulação, partindo de um projeto de construção de uma gestão compartilhada, elaborando um conjunto de estratégias de cunho individual e coletivo com o objetivo de proteção e promoção da saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e a manutenção da saúde (Coêlho, 2012). Configura, nessa perspectiva:

Ao considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e tem, na proposta da SMS Recife as diretrizes do acolhimento, clínica ampliada, cogestão, responsabilidade sanitária em interface com a saúde coletiva e ampliação do acesso (Recife *apud* Coêlho, 2012, p. 18).

Nesse contexto, o Plano Plurianual (PPA) de saúde da Cidade do Recife no quadriênio 2018-2021, visando o maior engajamento e empoderamento da população a partir das singularidades, contextos sociais e promoção da participação social, propôs viabilizar políticas e estratégias de necessidades e realidades locais. Nessa discussão, foi reforçado o tratamento do tabagismo de forma ampliada para a atenção básica em saúde (Recife, 2018).

Vale dizer que o Plano Plurianual é um instrumento de planejamento e implementação

das ações de saúde, utilizado pelo executivo conforme orientação constitucional, com a participação da sociedade. As propositivas para a saúde contemplaram o tabagismo, estabelecendo uma ampliação do tratamento além dos CAPS AD, possibilitando a condução de projetos terapêuticos em outras esferas de atenção à saúde, no caso, a Atenção Primária, de acordo com o direcionamento do Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo.

1.2 DIRETRIZES E PRINCÍPIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO – VISÃO PANORÂMICA

Os parâmetros estabelecidos pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) foram divulgados, em 2022, no Relatório sobre o Controle do Tabaco para a região das Américas, mostraram que dos 35 países atendidos pela organização, 24 aplicaram medidas de proteção contra a exposição ao fumo passivo e apenas 6 oferecem um sistema abrangente ajudando as pessoas a pararem de fumar. Um desses seis países é o Brasil, seguidor da iniciativa global de controle do tabaco, que cumpre a *Mpower*¹ - conjunto de estratégias recomendadas pela OMS, com o objetivo de ajudar os países a implementar políticas eficazes de controle do tabagismo.

Uma das medidas cumpridas refere-se à Lei antifumo, com a alteração dada no artigo 49, da Lei nº 12.546/2011, e regulamentada em 2014, com o Decreto nº 8.262/2014. Desse modo, descrevem-se, a seguir, seis medidas da *Mpower* e as considerações sobre suas aplicações:

1. Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção: essa medida envolve a coleta de dados sobre o consumo de tabaco, a exposição à fumaça do tabaco e a eficácia das políticas de controle do tabagismo. Monitorar essas informações permite que os países avaliem o impacto de suas políticas e tomem medidas adequadas;

2. Proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco: essa medida visa proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados, como locais de trabalho, restaurantes e bares. Isso é alcançado por meio da implementação de leis e políticas que proíbem o fumo em locais públicos e a promoção de ambientes livres de fumaça;

3. Oferecer ajuda para parar de fumar: essa medida se concentra em fornecer serviços de cessação do tabagismo, como aconselhamento e terapia de reposição de nicotina, para ajudar

¹O termo *Mpower* é um acrônimo em inglês para seis medidas-chave, cada uma representando uma área específica de atuação. 1. Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; 2. Proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco; 3. Oferecer ajuda para parar de fumar; 4. Advertir sobre os perigos do tabaco; 5. Aplicar restrições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; 6. Aumentar os impostos sobre os produtos de tabaco.

as pessoas a deixar de fumar. Ela também envolve a disponibilidade de medicamentos para parar de fumar e a integração desses serviços nos sistemas de saúde;

4. Advertir sobre os perigos do tabaco: essa medida se refere à implementação de advertências sanitárias ilustradas nas embalagens de produtos de tabaco. Essas advertências são projetadas para informar e conscientizar os consumidores sobre os riscos à saúde associados ao uso do tabaco;

5. Aplicar restrições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco: essa medida busca restringir a publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco, incluindo a proibição de publicidade em mídia impressa, eletrônica e ao ar livre, bem como ações para combater o *marketing* direto para jovens;

6. Aumentar os impostos sobre os produtos de tabaco: essa medida envolve a implementação de aumentos significativos nos impostos sobre os produtos de tabaco. Aumentar os preços dos produtos de tabaco é uma estratégia eficaz para reduzir o consumo, especialmente entre os jovens e pessoas de baixa renda.

O Brasil é signatário da Convenção Quadro de Controle do Tabaco que foi o primeiro Tratado Internacional de saúde pública e dentre os seus artigos, norteia o compromisso dos países membros, para a articulação, implantação da educação, comunicação, treinamento e conscientização do público, com campanhas sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, os quais devem acontecer de forma contínua, por meio de anúncios em mídia impressa, eletrônica e *online*, além de palestras educativas em escolas, empresas e comunidades (Instituto Nacional do Câncer, 2024). Logo, o Programa de Controle do Tabagismo, norteado pela política de Controle do Tabaco, está inserido nos princípios e diretrizes da CQCT e se propõe a efetivar um conjunto de ações e estratégias de promoção à saúde, prevenção e combate ao consumo de tabaco.

Restringindo-se ao espaço de objeto desta pesquisa, em 2001, o Município do Recife, seguindo as diretrizes de controle do tabaco, implantou o Programa intitulado Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, sob a supervisão do Instituto Nacional do Câncer (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010). As ações do Programa de Controle do Tabagismo em Recife, entre 2001 e 2009, foram responsáveis por 7,9 mil ambientes livres do fumo implementados em espaços como creches, unidades de saúde, repartições públicas municipais, *shoppings*, bares, restaurantes, boates, hotéis e instituições de ensino superior (Organização Pan-Americana da Saúde, 2010). Vale destacar que as orientações da Convenção Quadro, no artigo 14, estabelecem os compromissos dos países signatários do referido Tratado, a instituir medidas de redução e abandono do tabaco.

Na cidade do Recife, seguindo as orientações da CQCT, no ano de 2006, a gestão municipal implantou o projeto Ambientes de Trabalho Livre de Fumo, por meio do Decreto Municipal nº 22.000/06, ampliando as determinações da Lei Federal nº 9.294/96 e da Lei Estadual nº 12.578 de 2004, passando a restringir o uso do fumo em locais fechados ou parcialmente fechados de uso coletivo, sendo permitido o uso do tabaco apenas em locais externos e abertos.

O sucesso do Programa de Controle do Tabagismo depende da iniciativa governamental que se proponha a efetivar continuamente um conjunto de ações e estratégias com o objetivo de combater o consumo de tabaco e a promoção da saúde dos seus habitantes, com a oferta de tratamento na saúde pública municipal em todos os níveis de atenção à saúde do SUS, conforme estabelece a Portaria Ministerial nº 502, de 01 de junho de 2023 (Brasil, 2023).

2 DIREITOS HUMANOS E O CONTROLE DO TABAGISMO

O conjunto de manifestações e processos históricos é responsável pela assinatura da comunidade internacional, após a Segunda Guerra Mundial, da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, em 1948, na qual se estabeleceram os direitos e liberdades fundamentais de que todos os seres humanos devem desfrutar, independentemente de raça, religião, sexo, origem nacional, entre outros. Em paralelo ao conceito, as Convenções e Declarações, juntamente com vários países, fizeram constar em sua própria Carta Magna normas consagrando os Direitos Humanos, proclamando o respeito à liberdade, igualdade e dignidade em direitos (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2024).

No contexto brasileiro, temos a consagração do princípio democrático no conteúdo da Constituição Federal de 1988 como o mais importante dispositivo legal para a garantia dos Direitos Humanos, caracterizado pela participação popular em diversas instâncias. Destaca-se o artigo 5º, ao estabelecer que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos de seus diversos incisos (Brasil, 1988). Portanto, são os Direitos Humanos um conjunto de regras inalienáveis e fundamentais de todas as pessoas, reconhecidas internacionalmente e protegidas por Leis e Convenções, que incluem direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais.

Especificamente, como descreve Ramos (2012, p. 71), “os direitos humanos asseguram uma vida digna, na qual o indivíduo possui condições adequadas de existência, participando ativamente da vida de sua comunidade”. Nesse contexto, concernente às políticas públicas de saúde, elas são permeadas por conquistas da sociedade ao longo do tempo. Vários movimentos ocorreram articulados com os profissionais de saúde, entre os quais se destaca a Reforma Sanitária, que resultou na aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) e teve por base a Declaração de Alma-Ata, ampliando o cuidado em saúde em um sistema de cogestão das políticas de saúde por meio do controle social, em que o sujeito se torna corresponsável pelo coletivo em que está inserido (Brasil, 2006).

Os referidos movimentos que ocorreram em prol de políticas de saúde foram pensados com um viés mais preventivo do que curativo. O documento, resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, cujos participantes se comprometeram a buscar resposta a partir de uma nova saúde pública, desde então, passou a conceituar a promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade com a atuação na melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, incluindo aí a maior participação do

indivíduo no controle desse processo (Silva; Baptista, 2015).

O legado deixado pela primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde influenciou a Constituição Federal brasileira de 1988. Conforme disposto em seu artigo 196, determina-se que a saúde é um direito de todos e dever do Estado com políticas de promoção, proteção e recuperação, de forma universal e igualitária. Consequentemente, a referida Conferência Internacional se tornou um referencial para a criação da Política de Promoção da Saúde no Brasil (PNPS), constituída em 2006, ratificando o compromisso do cuidado em saúde como um direito humano, mediante a uma abordagem biopsicossocial, com a participação das pessoas e de suas comunidades.

Diante do acima exposto, é relevante observar o sobredito caminho filosófico e prático legal, para compreendermos de que forma podemos aplicar as Leis e o conceito de Direitos Humanos. Compreensão frente às políticas públicas que visam atender usuários pela rede de assistência à saúde pública, especificamente, no tratamento ao fumante, mediante o Programa de controle do tabagismo, que preconiza o respeito aos dispositivos legais e aos Direitos Humanos. Reconhece-se a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco como o primeiro Tratado Internacional de saúde pública da Organização Mundial da Saúde, que coaduna com as propositivas da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU.

Por um lado, a Convenção Internacional legisla sobre o controle do tabaco e cuida de observar a condição do tabagista passivo, ou seja, daqueles que inalam a fumaça do cigarro por estarem ao redor de usuários tabagistas, podendo causar graves riscos à saúde geral. Por outro lado, também assegura os direitos dos usuários tabagistasgarantindo-lhes o tratamento, se deseja para de fumar. O que se deve considerar, neste estudo, é a condição dos direitos dos usuários tabagistas, uma vez que faz parte do objeto da pesquisa. Dessa forma, a reflexão sobre o direito à privacidade, ao cuidado ampliado e à autonomia individual é um princípio dos direitos humanos que deve ser seguido para os usuários tabagistas.

A garantia de um tratamento preconizado pela CQCT tem por base os Direitos Humanos, considerando a vulnerabilidade de uma população com maior predisposição a problemas de saúde. Assim, é fundamental que os gestores públicos adotem, no pensar das políticas públicas, uma abordagem abrangente e respeitosa ante a sua aplicação. Esse processo deve envolver várias etapas e práticas essenciais, como o planejamento e a avaliação das necessidades, o acesso à informação e o envolvimento ativo nas tomadas de decisões, bem como o compartilhamento das decisões entre a equipe técnica e os usuários em tratamento. Portanto, é importante ressaltar, na perspectiva do estudo aqui apresentado, que o cuidado em saúde, à luz dos direitos fundamentais, requer uma abordagem multifacetada,

considerando as necessidades individuais e as condições sociais e econômicas.

Além do mais, as políticas públicas devem ser pensadas e executadas com sensibilidade, inclusão e respeito, assegurando o acesso a um tratamento digno e efetivo, bem como a promoção da autonomia, privacidade e participação ativa dos usuários. Seguindo essa lógica, a autonomia é vista como um princípio central nos Direitos Humanos, devendo ser precedência nas políticas de saúde que devem priorizar a viabilização de acesso às informações, proporcionando uma abertura para a autonomia do sujeito.

Conforme Ayres (2022), as políticas de saúde devem assegurar que todos os usuários, especialmente aqueles em situações de vulnerabilidade, tenham acesso equitativo aos serviços. Nesse tocante, a universalização do acesso é essencial para garantir que ninguém seja deixado para trás. Para esse autor, ao abordar as desigualdades na saúde, as políticas públicas devem reconhecer e enfrentar eficazmente as disparidades no acesso aos serviços entre diferentes grupos socioeconômicos e geográficos. Ao pensar nessas diferenças, é preciso incluir o desenvolvimento de estratégias específicas para atender a populações vulneráveis, em efetividade, que se enquadram no perfil dos usuários atendidos pela pesquisa, e enfatizar a importância de respeitar a privacidade e a dignidade dos indivíduos durante o tratamento.

O tratamento do tabagismo deve garantir que os usuários tenham seus dados pessoais e de saúde protegidos, tratados com confidencialidade, e que o atendimento seja prestado de maneira respeitosa e não discriminatória, bem como tenham o acesso à informação de forma ampla e esclarecida, com respeito à sua autonomia. Isso inclui uma abordagem acolhedora, o desenvolvimento de materiais informativos adaptados às diversas necessidades culturais e linguísticas, para assegurar que as pessoas possam entender e utilizar as informações disponíveis. Além disso, é necessário que o direito ao tratamento do tabagismo seja gratuito e conduzido com respeito à condição física e psicológica dos usuários: é uma das questões postas nesse trabalho. Portanto, o entendimento, sob a ótica dos Direitos Humanos, considera que a autonomia do sujeito também está atrelada às condições oferecidas para o cuidado, na elaboração e aplicação de políticas públicas que atendam a ampla necessidade do público fumante.

3 AUTONOMIA DO SUJEITO E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

A reflexão sobre a autonomia do sujeito remonta à filosofia antiga, proeminente sobretudo na Grécia Antiga, e estava relacionada à condição do sujeito político, enquanto parte de uma comunidade de ação política. Todavia, a construção que buscamos está relacionada à capacidade do sujeito de se orientar quanto às suas ações, por si mesmo, com independência (Santana, 2009). Trazemos ainda para a compreensão do papel de elaboração da autonomia do sujeito a reflexão teórica e metodológica do Professor José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, que discute sobre a aplicação da interdisciplinaridade, do uso dos recursos humanos e de que forma o sistema de saúde é impactado pela adoção dessa diretriz (Araújo; Araújo Júnior, 2016).

Segundo o referido autor, é de suma importância que a equipe de profissionais esteja integrada aos processos vivenciados pelos usuários e que estes possam dialogar e entender as etapas e as práticas em saúde agenciada eficientemente por aquela. O usuário deve agir como um coprodutor do serviço de saúde, tendo consciência de que é afetado por demandas, condições de vida, pobreza, exclusões sociais, concepções e pontos de vista pessoais, seja sobre si mesmo, seja sobre o outro. Sob essa perspectiva, a autonomia do sujeito em saúde deve estar pautada nas informações recebidas nos atendimentos dos profissionais de saúde que, de forma colaborativa, estimulem a participação dos usuários no processo de cuidado.

Para ampliar o debate sobre a importância da elaboração da autonomia do sujeito no processo terapêutico e como ela se faz presente no Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife, buscamos compreender as origens filosóficas e éticas do conceito de autonomia do sujeito e de que forma elas chegaram a impactar a realidade do atendimento em saúde da família, no que tange aos usuários tabagistas.

Assim, de acordo com Kant (2010), a autonomia é a capacidade de uma pessoa agir de acordo com sua própria vontade, seguindo leis morais racionais que ela mesma estabelece, sendo contrastada com a heteronomia, que é a condição da pessoa agir de acordo com as vontades e desejos de outros, ou de acordo com impulsos emocionais e inclinações sensíveis. E na autonomia moral, quando a pessoa age de acordo com a razão prática, seguindo princípios morais universais que são válidos para todos os seres racionais. Nas argumentações kantianas, é dito que a razão prática nos capacita a reconhecer a dignidade intrínseca da pessoa humana e a tratar os outros como fins em si mesmos, em vez de apenas como meios para alcançar seus próprios objetivos.

Mead e Habermas (*apud* Santana, 2009) seguem uma perspectiva diferente que

ultrapassa os parâmetros da moral, confronta a concepção de autonomia com a de individualismo e torna possível compreender que o conceito está relacionado com a promoção de uma sociedade que busca favorecer a razão e é capaz de estabelecer mudanças progressivas nas relações humanas e nas instituições sociais (Santana, 2009). A discussão nos leva a refletir sobre o papel dos serviços na atenção básica em saúde, na promoção da autonomia do sujeito, considerando que o acesso à informação referente ao processo terapêutico deve ser buscado como uma condição de respeito aos Direitos Humanos.

Vale salientar que a sobredita autonomia não significa um individualismo absoluto, pois é considerado o respeito à dignidade e aos direitos dos outros. Sendo, portanto, uma premissa da Autonomia a interdependência com os direitos coletivos e difusos, conforme descreve um dos Princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos:

Artigo 5º. Autonomia e responsabilidade individual. A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses (Unesco, 2005).

Levando em consideração o tratamento para pessoas fumantes, o usuário deve ter sua autonomia preservada, todavia, sendo corresponsável na busca ativa e consciente para o seu autocuidado. Conforme a OMS, o tabagismo é uma doença crônica e pode afetar a capacidade de os fumantes exercer plenamente sua autonomia. Segundo a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-11], ele integra o grupo de “transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento” (Drope *et al.*, *apud* Instituto Nacional do Câncer, 2022).

Ainda de acordo com a OMS, o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo, é responsável por mais de sete milhões de mortes causadas pelo uso direto do tabaco de fumantes ativos e média de 1,2 milhão de fumantes passivos são expostos à fumaça do tabaco (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021). Partindo desses conhecimentos, os profissionais de saúde desempenham um papel importante na abordagem a pessoas fumantes, devendo oferecer informações que esclareçam aos usuários do serviço sobre o projeto terapêutico em que eles estão inseridos. Contudo, a informação deve ser imparcial e com bases científicas, deve ser respeitada a autonomia do sujeito, a sua liberdade de escolha, mesmo que eles optem por continuar fumando.

Diante do exposto, a partir da lógica de Ayres (2022), entendemos que a vulnerabilidade resulta de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, que avaliam as chances dos indivíduos a partir de três dimensões: a individual, a programática e a social.

Discorre o supracitado autor que, no plano individual, a vulnerabilidade está associada às ações, situações de exposições e circunstâncias, que dependem do comportamento do indivíduo a partir do seu grau de consciência e das estruturas disponíveis e ao acesso às informações. Sendo assim, a autonomia do sujeito com acesso à informação articula-se com a clínica ampliada e o cuidado compartilhado. O indivíduo assume corresponsabilidades para consigo e com os outros, conferidos na Política Nacional de Humanização (PNH) que, em seu bojo, estabelece a valorização dos sujeitos, a autonomia e a responsabilidade como protagonista e transformador do meio em que vive (Brasil, 2013).

Nas orientações da clínica ampliada, profissionais devem-se buscar e viabilizar condições para que os usuários exerçam essa autonomia e expressem suas necessidades:

A ampliação da clínica trabalha os danos e os benefícios gerados pelas práticas de saúde, e aposta nas equipes de diferentes especialidades compartilhando a responsabilidade com os usuários e seu entorno. O serviço de saúde pode acolher a queixa do usuário mesmo que a fala pareça não ter relação direta para o diagnóstico e tratamento, pois essa escuta auxilia o próprio usuário a descobrir os motivos de seu adoecimento, por exemplo (Biblioteca Virtual em Saúde, 2010, p. 1).

Seguindo a concepção de autonomia, a qual é permeada por uma abordagem ampliada sobre saúde, Campos *et al.* (2006) reforçam que a abordagem em saúde deve valorizar a participação do usuário, estimulando a corresponsabilidade nas decisões relacionadas à saúde. Segundo esses autores, o processo da autonomia é construído na participação ativa dos usuários na construção de políticas públicas de saúde. Sob o ponto de vista epistemológico, a autonomia no contexto da saúde, ao ser analisada à luz da teoria foucaultiana, é valorizada, por um lado, como um princípio ético e moral, permitindo aos pacientes tomar suas decisões, participando ativamente de seu próprio cuidado. E, por outro lado, pode ser usada como uma ferramenta de controle e disciplina para tornar os indivíduos dóceis, através da promoção de comportamentos saudáveis e da prevenção de outros comportamentos considerados “desviantes”, a exemplo de normas limitadoras (Foucault, 2016).

Em sua análise, Foucault (2016) argumenta que a clínica se tornou um local no qual o poder do médico é exercido como uma forma de controle social. Esse poder sobre o corpo do paciente se manifesta não apenas na cura, mas também na definição de normas e padrões de saúde. Para o autor, a autonomia não é absoluta e incontestável. Nesse sentido, quando a autonomia individual está ligada à noção de risco, emerge uma demanda econômica de cunho neoliberal, que tem como objetivo controlar os gastos públicos com serviços de saúde ligados a problemas evitáveis, consequência de estilos de vida pouco saudáveis (Araujo, 2016).

Por outro olhar, entende-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde e o

Programa Nacional de Controle do Tabagismo são políticas que viabilizam a autonomia do sujeito, ampliando o cuidado que visa melhorar a saúde da população, tornando o Sistema Único de Saúde mais eficiente. A Lei nº 8.080 de 1990, conhecida como a Lei do SUS, prevê a participação da comunidade no controle de agravos ambientais que afetam a saúde humana (Brasil, 1990a). Tal prerrogativa é prevista também na Lei n.º 8.142 de 1990, conferindo a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (Brasil, 1990b).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Analisar o Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife e sua efetividade à luz da perspectiva da autonomia do sujeito no período de 2021 a 2023.

4.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a rede de atenção à saúde proposta pelo Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife, no período de junho de 2021 a dezembro de 2023;
- Analisar a percepção e autonomia dos usuários em relação às etapas do tratamento realizado pelo Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife;
- Apresentar as condições do Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife, a partir de 2019;
- Caracterizar a dinâmica da relação terapêutica entre a equipe profissional e os usuários do serviço.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS, ESTUDO DE CASO/RECIFE

5.1 ANÁLISE DA IMPLICAÇÃO

O arcabouço teórico sobre a temática do tabagismo é amplo e direcionado pela política de Controle do Tabaco, que segue as orientações do Primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública (CQCT). Já o tratamento do tabagismo segue o protocolo clínico estabelecido pelo Ministério da Saúde. A análise da implicação se relaciona com o trabalho da autora e pesquisadora deste trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas, no âmbito da saúde pública municipal da Cidade do Recife. Em sua atuação profissional, foi coordenadora de grupos para o tratamento do tabagismo de 2008 a 2019. As suas responsabilidades envolviam a elaboração e integração do usuário no projeto terapêutico individual, promoção da qualidade de vida e estímulo à autonomia do sujeito.

Em 2019, o tratamento para fumantes deixou de ser proposto nos CAPS ad, passando a integrar, a partir de 2021, na atenção básica em saúde. Nesse intervalo, conforme observação da pesquisadora, a partir do seu lugar de trabalho, percebeu uma incidência na busca de usuários sem conseguir, na rede pública municipal de Recife, o acesso ao tratamento do tabagismo.

A inquietação desta pesquisadora motivou o presente estudo em comento a fim de analisar como estava instituído o Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife a partir da perspectiva dos usuários, considerando a sua autonomia. Partiu-se daí a ideia da pesquisa-ação. Conforme destaca Minayo (2007), a metodologia é o caminho com meios técnicos investigativos a fim de chegar a uma resposta, levando-se em conta a experiência, a capacidade pessoal e a sensibilidade da pesquisadora. Nesse sentido:

A relação entre o pesquisador e seu campo de estudos se estabelece definitivamente. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto aos resultados do trabalho e à sua aplicação. Ou seja, a relação, neste caso, entre conhecimento e interesse deve ser compreendida como critério de realidade e busca de objetivação (Minayo, 2007, p. 13).

De acordo com o ponto de vista de Minayo (2007), a metodologia inclui concepções teóricas e técnicas que permitem a construção da realidade, além da criatividade do investigador. Dessa forma, antes de partir diretamente para a coleta de dados, conforme Lourau (1975) e Lapassade (1981), fez-se necessário uma análise institucional, como uma pré-coleta, vista por dupla análise, os dados externos e os internos. De forma externa, pelo modo como as pessoas se comportam, interagem, fazem seus trabalhos e respeitam as regras. E, consoante a análise interna, como o sujeito percebe as coisas em seu meio, a si mesmo, bem como se

comporta diante das situações.

No contexto do Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife, a análise institucional é crucial para entender como as condições estruturais e as relações interpessoais influenciam na autonomia dos usuários. Sendo essa uma condição de promoção da capacidade dos indivíduos tomar decisões sobre o que julgar ser o melhor para si, a partir de informações e opções que permitam fazer suas escolhas conscientes. Dessa forma, compreende-se que a análise da implicação é configurada na realidade institucional. Portanto, não se trata de neutralidade, mas uma lente crítica para examinar os erros, sentimentos, ações, percepções e as relações de poder. E antes de qualquer ação, é preciso que os envolvidos na pesquisa tenham consciência de que deve haver condição para que a ideia da intervenção seja posta em prática. É nesse contexto que a ética se protagoniza (Lourau, 1975).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

O ambiente de estudo é a cidade do Recife, capital de Pernambuco. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020) (IBGE), o Estado está localizado na posição central no litoral do nordeste do Brasil, há 800 km de Salvador e Fortaleza e os limites do Município estão ao norte com os Municípios de Olinda e Paulista; ao sul, Jaboatão dos Guararapes; ao leste com o oceano Atlântico e a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe (Recife, 2013).

De acordo com o último censo de 2022, o Município possui 1.488.920 habitantes em uma área territorial de 218.843km². Enfrenta desafios significativos em relação à saúde e à vulnerabilidade da população que vive em situação de risco. Ainda, conforme os dados do IBGE, a cidade do Recife tem uma taxa de mortalidade infantil relativamente alta em comparação com outras cidades brasileiras, e as doenças infecciosas, como a dengue, continuam a ser um problema importante. Todavia, a cidade do Recife tem um sistema de saúde pública bem desenvolvido (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2023).

De acordo com o Relatório de Gestão de 2023, o Município do Recife conta com 08 Distritos nas seis Regiões Político-Administrativas (RPAs), distribuídos conforme gráfico a seguir:

Tabela 1. Distribuição dos bairros e população estimada por distrito sanitário

Distritos Sanitários	Número de bairros	População Estimada
DSI	11	84.378
DSII	18	238.975
DSIII	16	139.913
DSIV	12	301.317
DSV	16	284.931
DSVI	5	263.538
DSVII	13	198.167
DSVIII	3	149.798

Fonte: (SESAU Recife/ SECOGE *apud* Recife, 2023).

A rede de serviços de saúde na atenção básica da Cidade do Recife, possui 306 Equipes de Saúde da Família – eSF incluídas nas 133 Unidades da Saúde da Família; 47 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde – eACS ; 20 Unidades Básicas Tradicionais – UBT; 20 Equipes Multiprofissional – eMulti 16 Unidades – Programa Saúde na Hora , que são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), com o funcionamento horário estendido (Recife, 2023).

5.3 PLANO ANALÍTICO E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este trabalho consiste em pesquisa qualitativa, inserida no referencial teórico da análise da política de controle do tabaco, enfatizando o Programa de Controle do Tabagismo implantado na Cidade do Recife e a análise de implicação como parte inerente ao estudo. Usamos como método a pesquisa-ação e as técnicas de investigação: levantamento dos dados documentais, observação participante e entrevistas semiestruturadas. Creswell (2007) define a pesquisa qualitativa como um meio para explorar e compreender o significado atribuído por indivíduos ou grupos a problemas sociais ou humanos. Essa perspectiva é crucial para interpretar a dinâmica das relações sociais e a experiência subjetiva dos participantes.

Na metodologia de pesquisa-ação que foi desenvolvida ao longo do século XX, é possível uma abordagem psicossocial na abordagem de temas complexos e subjetivos. Thiollent (2009) define a pesquisa-ação como uma pesquisa social empírica, realizada em estreita

associação com a resolução de um problema coletivo, com envolvimento cooperativo ou participativo dos pesquisadores e participantes. Conforme o supracitado autor, essa metodologia é particularmente útil quando se busca promover mudanças significativas e práticas, permitindo que os pesquisadores e os participantes trabalhem colaborativamente na resolução de problemas.

Em consequência do exposto, a interação e participação direta no processo de investigação para a ocorrência da transformação social é essencial para uma abordagem colaborativa e reflexiva, bem como conhecer os sujeitos não como meros objetos de estudo, mas atores ativos na construção do conhecimento, “é necessário definir com precisão, qual ação, quais agentes, seus objetivos e obstáculos, qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação” (Thiollent, 2009, p. 6).

Neste trabalho, optou-se pela pesquisa-ação devido à sua capacidade de promover melhorias e transformações práticas, por meio da participação ativa dos envolvidos. Essa abordagem é especialmente eficaz em projetos de pesquisa social que envolve uma relação direta entre pesquisadores e participantes, permitindo que a coleta de dados gere informações de uso efetivo. Ademais, na coleta por meio de levantamento dos dados documentais, conforme classifica Lakatos e Marconi (2003), apropriamo-nos dos seguintes documentos: fontes primárias – documentos dos órgãos públicos: Tratado Internacional sobre a CQCT, Leis federais, estadual e o Decreto municipal da Cidade do Recife, disponíveis pela Internet. Outrossim, documentos informativos fornecidos pela Secretaria de saúde do Município e os de fontes secundárias por meio de outros escritos obtidos das fontes primárias, a exemplo de livros, teses, textos, que versam sobre o assunto pesquisado.

Na observação, participamos da reunião de grupo, a princípio a título informativo sobre a pesquisa e, em seguida, de forma integrada com os usuários, realizando dinâmica e nas abordagens de escuta observando como se dava a relação entre usuários e profissionais de saúde. Os momentos foram registrados em um diário de campo da pesquisadora, que subsidiou a análise e o momento em que se encontrava a pesquisa. Conforme ressalta Thiollent (2009), na observação já ocorre o processo de transformação, pois nessa fase a pesquisadora é participante, integra-se e analisa o problema.

Com a finalidade de atender aos objetivos específicos da pesquisa, o público-alvo foi a população participante do Programa de Controle do Tabagismo, na rede de atenção básica do Recife, com idade igual ou maior de 18 anos, de forma intencional, não probabilística, mediante a disponibilidade dos usuários, que estavam ou estiveram no tratamento do tabagismo.

Conforme Gil, “não probabilística é que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerada representativa de toda a população” (Gil, 2002, p. 18). E, no critério de exclusão, apenas foram considerados os usuários fumantes que nunca fizeram o tratamento.

Sob a interpretação de Minayo (2005), as entrevistas semiestruturadas utilizadas na pesquisa tiveram a finalidade de coletar informações em forma de uma conversa. Foi elaborado um roteiro com 10 perguntas que se relacionam com os objetivos específicos, apenas com o fim de orientação no bate-papo entre a entrevistadora e os/as entrevistados/as. Antes de iniciar a triangulação, foi necessária uma reanálise de todos os documentos, especialmente das atualizações em leis, portarias e protocolos, referentes à temática. Conforme Cellard, “nesse estágio, o principal erro consiste em se precipitar sobre o primeiro bloco de documentos obtido, antes de um inventário exaustivo e uma seleção rigorosa da informação disponível” (Cellard, 2008, p. 12).

Na triangulação, foi conferido o levantamento documental com os dados obtidos nas entrevistas e na observação participante. Levou-se em consideração na análise a concepção de população vulnerabilizada, a partir de Ayres (2003), discorrendo que a combinação dos fatores individuais, sociais e estruturais limita a capacidade dos indivíduos de exercer plenamente sua autonomia. A análise da implicação, nesse contexto, nos levou a questionar como as estruturas de poder e as dinâmicas institucionais facilitaram ou restringiram o acesso ao tratamento e o respeito à autonomia dos usuários.

A finalidade do estudo de cunho qualitativo foi fundamentada na compreensão dos aspectos reais e na compreensão da dinâmica das relações sociais da situação investigada. Toda a pesquisa foi respaldada e conduzida com respeito às diferenças, sensibilidade e responsabilidades éticas, atendendo à resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). E com a anuência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado aos participantes. Para tanto, o estudo adotou métodos científicos que integram uma abordagem humanista, considerando a história de vida dos sujeitos envolvidos. Esse respeito pelas individualidades foi fundamental para que a pesquisa produzisse resultados relevantes e aplicáveis.

5.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Conforme exposto, neste estudo foi utilizado mais de um caminho na coleta de dados (diário de campo e entrevistas). Os conteúdos obtidos em sua análise serviram para confirmar, complementar e adicionar novos elementos que serão vistos ao final, nos resultados. Dessa

forma, os dados desta pesquisa serão processados mediante a análise de conteúdo de Bardin (2011). Essa engloba três fases, a saber: na pré-análise, uma leitura flutuante será realizada e serão estabelecidas categorias tendo como base a incidência e a representatividade delas no conteúdo. Na segunda fase, é realizada a exploração de material, como uma leitura mais atenta e com a correspondência dos resultados com as categorias elencadas. Por fim, é realizado o tratamento de resultados e interpretação. Assim, procede-se à síntese e à seleção dos resultados, em que são realizadas inferências, finalmente, à interpretação.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo refere-se a um conjunto de técnicas utilizadas para examinar as comunicações. Ela não é definida por um único instrumento, mas pode ser mais bem compreendida como uma coleção diversificada de ferramentas. Em termos mais rigorosos, pode ser considerado como um único instrumento, porém, notável por sua flexibilidade, adaptando-se a uma ampla gama de contextos de aplicação, com foco principal nas comunicações.

A vista do exposto, o estudo adotará uma abordagem crítica e reflexiva na análise das informações coletadas, seguindo a perspectiva de Bardin (2011), e enfatizará as seguintes etapas: na etapa inicial de análise, serão escolhidos os documentos a serem examinados e serão elaboradas hipóteses para a criação de indicadores destinados à interpretação final. Nesse estágio inicial, aborda-se a reflexão sobre a rede de atenção à saúde proposta pelo Programa de Controle do Tabagismo da Cidade do Recife no período de junho de 2021 a dezembro de 2023.

Durante a fase de exploração do material, os dados serão codificados, transformando-os em unidades, a fim de identificar as categorias relevantes. É nesse estágio que se destacam duas principais abordagens da análise de conteúdo: as unidades de registro e as unidades de contexto. Na unidade de registro, são destacadas como: as palavras, frases ou temas repetidos ao longo dos textos e encontrados nos diferentes documentos analisados, os quais permitem traçar o perfil dos participantes e conhecer as convergências e/ou divergências sobre algum ponto.

No processo de análise dos resultados, serão feitas inferências e interpretações, agrupando-se as categorias que incorporam o máximo de informações provenientes de diversas fontes (observação e entrevista). Essa abordagem tem como objetivo relacionar e organizar os eventos definidos por categorização (Bardin, 2011).

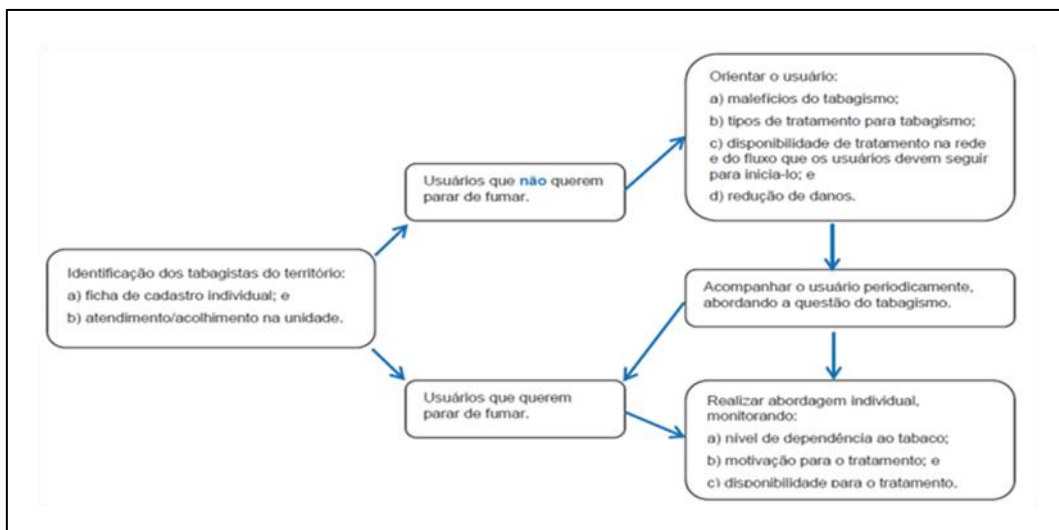
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

A análise será constituída de duas seções. Na primeira, será dedicada à análise da pesquisa de campo realizada por meio do Diário de Bordo, que será dividida em dois momentos: 1 - caracterização, estrutura e condições da rede de atenção primária à saúde com o programa de controle do tabagismo na Cidade do Recife e, 2 - caracterização dos usuários e as perspectivas do tratamento do tabagismo da cidade do Recife. A segunda será dedicada à apresentação dos resultados das entrevistas de forma categorizada.

6.1 UM OLHAR SOBRE A PESQUISA DE CAMPO - CARACTERIZAÇÃO, ESTRUTURA E CONDIÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NA CIDADE DO RECIFE

Segundo as informações da Secretaria de Saúde (SESAU), por meio da Coordenação do Programa de Controle do Tabagismo, o atendimento à população tabagista vem ocorrendo desde 2021 na atenção básica da Cidade do Recife, mediante o alinhamento com as Coordenações distritais de doenças crônicas não transmissíveis. Conforme organograma a seguir:

Figura 1. Organograma



Fonte: (Secretaria de Saúde da Cidade / Coordenação do Tabagismo, 2024).

Consoante o Plano Municipal de Saúde de 2018-2021, como propositiva, o tratamento do tabagismo presente nos Centros de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e outras drogas deveria ser ampliado para a atenção básica (Recife, 2018). Contudo, conforme já exposto,

ocorreu a retirada do tratamento dos CAPS AD, desde 2019, só retornando o cuidado ao fumante na esfera da saúde pública municipal a partir de 2021, quando teve início na atenção básica em saúde.

Tabela 2. Disposição do Programa de Controle do Tabagismo na rede de atenção básica à saúde da Cidade do Recife

DS	Unidade de Saúde	Ano Implantação	Status	Unidade Referência
I	CS Prof. Cesar Montezuma	2022	Suspenso	NÃO
	USF Up. N. Sra. do Pilar	2022	Ativo	NÃO
II	USF Chão de Estrelas	2023	Ativo	NÃO
	Policlínica Salomão Kelner	2023	Ativo	SIM
	Clube dos Delegados	2023	Ativo	NÃO
III	USF Apipucos	2023	Ativo	NÃO
IV	UBT Joaquim Cavalcanti	2023	Suspenso	SIM
V	USF Vila de São Miguel	2023	Ativo	NÃO
VII	Policlínica Clementino Fraga	2023	Inativo	SIM
	Upinha Maria Rita	2023	Suspenso	NÃO
	Up. Moacyr André Gomes	2022	Suspenso	NÃO
	USF I. Denise, Alto José do Pinho	2023	A iniciar	NÃO

Fonte: (Secretaria de Saúde da Cidade / Coordenação do Tabagismo, 2024.).

Segundo a Secretaria de Saúde do Município do Recife, seguem um protocolo único de implantação para atender a toda a rede de atenção básica. Em 2023, havia seis unidades de saúde com o Programa ativo, realizando o tratamento para o tabagismo, envolvendo a abordagem mínima e intensiva para as pessoas que desejam parar de fumar e superar a dependência do cigarro. Com variação em termos de idade, sexo, motivação, história de fumo e características individuais. Esses dados foram fundamentais para reconhecer especificidades

com vistas ao objetivo do estudo. Nesse ponto, buscamos alinhar a pesquisa no entendimento conforme descreve Minayo (2014, p. 23): “É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Dessa forma, indagando e buscando a realidade, partimos para a pesquisa de campo e observamos que das seis unidades de saúde informadas pela SESA, apenas cinco estavam realizando o tratamento do tabagismo e que essas unidades atendiam uma grande demanda de pessoas, acessando o serviço com várias outras comorbidades, aumentando, assim, a necessidade de profissionais e espaços para o atendimento ampliado.

Os resultados apresentados e discutidos, a partir da pesquisa de campo, expõem uma realidade divergente do que foi proposto pelo Plano Plurianual da Cidade do Recife. A tomada de decisão a posteriori foi à revelia da sociedade, o que coaduna com as falas nas entrevistas, que serão analisadas a seguir, durante as quais as pessoas participantes relataram que nas unidades de saúde não há espaço para a ocorrência dos grupos terapêuticos. Ademais, quando há salas disponíveis, essas são muito pequenas, obrigando-os a recorrer a locais improvisados na comunidade.

Não obstante as proposições do Plano Plurianual da Cidade do Recife, sob o Programa do Tabagismo, nossos resultados os contrastam. Participantes das entrevistas na nossa pesquisa relatam unidades com espaços diminutos ou sem eles para grupos terapêuticos ocasionando improvisos, demonstrando desinteresse público pelo tratamento de pessoas fumantes de tabaco.

Importante destacar que o Programa de Controle do Tabagismo deve ser assegurado para quem deseja parar de fumar, este é um direito fundamental da saúde. O que deveria ser implementado e não retirado, ao deixar de ofertar o tratamento que já existia nos CAPS AD, constitui-se uma afronta à norma constitucional e aos Direitos Humanos, sem respeito à autonomia do sujeito. A ampliação proposta no PPA não foi cumprida, mas antes reduziram o cuidado às pessoas tabagistas no âmbito municipal de saúde do Recife.

Também vale dizer que nas unidades da atenção básica em saúde com o tratamento ativo, na maioria não havia locais adequados para ocorrência dos grupos terapêuticos, de forma que comprometia o sigilo do tratamento, não garantindo a privacidade durante as sessões. Concordando com Villas-Bôas (2014), um dos cuidados estruturais mais relevantes na condução do cuidado em saúde, levando-se em conta os aspectos sociais, psíquicos, emocionais e culturais, é o direito à privacidade, que influencia diretamente na autonomia do sujeito. Conforme destaca Villas-Bôas:

O dever de sigilo profissional é, também, um direito do paciente no que concerne à própria defesa do efetivo exercício da autonomia, mediante a proteção da intimidade existencial e de sua influência na tomada de decisões. O dever de sigilo como proteção da autonomia compreende o direito do paciente de decidir livremente, tão somente conforme a legalidade e seu próprio modo de pensar. Assim sendo, esse compromisso insere-se no marco do respeito e reconhecimento ao protagonismo do paciente nas decisões de saúde que lhe competem (Villas-Bôas, 2014 p. 516).

Corroborando o supracitado, esse também é um dos Princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em que a tomada de decisões assume a responsabilidade de si e para os outros (Unesco, 2005). Nesse contexto, analisando as estruturas das unidades de saúde da atenção básica do Município de Recife, para atendimento de pessoas fumantes em tratamento, percebe-se uma negligência, tanto sob o ponto de vista do não cumprimento das diretrizes que compõem o Programa de Controle do Tabagismo, como também da própria política de saúde municipal, por não garantir locais de acesso adequado para realização dos grupos terapêuticos e das terapias complementares.

Conforme é disponibilizado no plano da política de saúde municipal da Cidade do Recife, está incluso o atendimento ampliado às pessoas fumantes, ampliando dos CAPS AD as Unidades Básicas, com base nas ações do Programa de Controle do Tabagismo. Contudo, não há investimento para comportar a demanda de pessoas que são fumantes e desejam o tratamento. Conforme desponta Araújo (2016), é necessário que haja investimento público em serviços de saúde relacionados a questões evitáveis, resultantes de hábitos de vida prejudiciais, no caso, o tabagismo, considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável no mundo (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

Por sua vez, na Cidade do Recife, há hospitais públicos e privados e clínicas que possuem serviços especializados no tratamento de fumantes, e que seguem engajados na promoção de ambientes livres da fumaça do tabaco. Na pesquisa, ficou evidenciado que os usuários participam ativamente do processo terapêutico, todavia, embora as intervenções tenham potencial para o sucesso, as limitações se destacaram diante das condições físicas inadequadas, a exemplo de falta de salas adequadas para os grupos terapêuticos. As demandas para os grupos de tratamentos oferecidos pelo Programa de Controle do Tabagismo são variadas, dependendo das estruturas dos ambientes e pela operacionalização das práticas de atendimento ao público fumante.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E AS PERSPECTIVAS DO TRATAMENTO DO TABAGISMO DA CIDADE DO RECIFE

Os participantes da pesquisa variaram com um público na faixa etária entre 35 e 60 anos. Quanto ao gênero, a maioria foi de mulheres. Foram realizadas dezesseis entrevistas semiestruturadas e contaram com um número de onze mulheres e cinco homens. Após ser autorizada a pesquisa, deu-se início à busca dos participantes, por meio de contatos telefônicos que foram disponibilizados pelos profissionais de saúde das unidades de saúde pesquisadas, constantes no cadastro dos/as agentes comunitários de saúde (ACS) e nos prontuários dos/as usuários/as.

Para garantir a confidencialidade e o sigilo, foi utilizado o critério de identificação e classificação das pessoas entrevistadas, um código com uma letra seguido de um número, sendo assim descrito: E01 (Entrevistado 01) e assim sucessivamente. As entrevistas foram gravadas, transcritas e devidamente armazenadas sob sigilo e responsabilidade da pesquisadora, seguindo as normas éticas, conforme Resolução CNS nº 510/2016. A amostra obtida para esta pesquisa foi uma média de 2 participantes que fazem ou fizeram parte de forma mais efetiva do grupo de tratamento do tabagismo por locais em que o Programa estava ativo ou inativo, conforme tabela 2.

Um dado considerado importante foi verificado: a maioria das pessoas entrevistadas foi de mulheres. Tal fato pode ser justificado socialmente, conforme estudo de Lima *et al.* (2011), em razão de que a maioria das pessoas que procura acompanhamento em serviço de saúde, principalmente no caráter preventivo, é do sexo feminino. Nos relatos das entrevistas, mostra-se que nesses fatores os padrões socioculturais, ainda se fazem presentes, como o discurso: “homem não adoece”, ou ainda “homem que adoece é fraco”.

Vale ressaltar que, apesar de ambos os gêneros buscarem tratamento para o que, no caso do tabagismo, apesar de ambos buscarem tratamento, estudos publicados nos relatórios da OPAS mostram que pode haver diferenças nos padrões de fumo e nas razões pelas quais homens e mulheres fumam. Por exemplo, as mulheres podem ser mais propensas a fumar como uma forma de controle de peso, enquanto os homens podem ser mais influenciados por fatores sociais (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023). Essas diferenças de gênero podem influenciar a abordagem terapêutica utilizada, e devem ser influenciadas pela necessidade de considerar estratégias personalizadas para cada grupo.

Mostra-se nas entrevistas que há uma incidência do transtorno da ansiedade mais voltada para o público feminino, como uma comorbidade atuando na continuidade do consumo

do tabaco. Esse fator pode também ser justificado socialmente, devido ao cuidado com a aparência e principalmente pela relação binária, por considerar o cigarro como um companheiro, amigo, fazendo parte de sua vida cotidiana.

Na fala dos/as entrevistados/as, a motivação de parar de fumar está associada a diversas situações, como problemas de saúde, pressão social, preocupações financeiras, entre outros. Todavia, o pedido de parentes próximos é considerado muito importante, o que contribui na decisão de parar o uso do tabaco, porque sentem vontade de orgulhar seus familiares. Contudo, de forma relevante, a pesquisa revela que a procura do tratamento tem influência primordial pela indicação médica, tendo em vista as condições de saúde agravadas ou desencadeadas pela dependência do fumo.

Seguindo as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, cada paciente possui características individuais as quais podem influenciar no tratamento do tabagismo. Incluindo o estado de saúde geral, presença de condições médicas subjacentes, nível de dependência da nicotina, suporte social disponível e nível de estresse. Essas características exigem abordagens personalizadas para atender às necessidades específicas de cada paciente (Brasil, 2020a). Sendo assim, é essencial, portanto, identificar o que motiva o usuário, para o planejamento do tratamento e para a escolha das abordagens mais adequadas, em que alguns podem estar altamente motivados e determinados a largar o cigarro, enquanto que outros podem estar mais ambivalentes ou menos comprometidos.

6.3 RESULTADO DAS ENTREVISTAS

Para análise e discussão dos dados das entrevistas, seguimos a análise de conteúdo de Bardin (2011). Os dados foram organizados e refletidos pelas seguintes categorias: 1 - Terapias realizadas e a relação terapêutica; e 2 - O direito à informação, um dos pressupostos da autonomia do sujeito.

6.3.1 Terapias realizadas e a relação terapêutica

Nesta categoria, que se volta às terapias realizadas e à relação terapêutica, a personalização das intervenções, que incluiu estratégias adaptadas às necessidades individuais, na fala dos entrevistados, revelou que ajudou a aumentar o envolvimento dos usuários em seu processo de cessação do tabagismo. Esse processo, conforme evidenciado, facilitou a construção de metas realistas e alcançáveis, promovendo a autoeficácia dos usuários e

incentivando a participação ativa no tratamento. Implicam-se a isso as diversas terapias realizadas, dentre essas, com maior grau de satisfação está o tratamento com auriculoterapia como terapia complementar.

No contexto do tratamento antitabagismo, a auriculoterapia busca reduzir os sintomas de abstinência e os desejos de fumar. Durante uma sessão de auriculoterapia, pequenas agulhas, sementes de mostarda, esferas de metal ou outros estímulos são aplicados em pontos específicos da orelha (Brasil, 2020a).

Os/as usuários/as entrevistados/as² não deram detalhes sobre as formas de estimulação dos pontos, detendo-se mais na eficiência em que comprovaram ser essa terapia uma técnica das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), que integrada ao tratamento do tabagismo, atua como uma forma eficiente para a diminuição do consumo, conforme relato de uma das pessoas entrevistadas, E04: *“A auriculoterapia tem ajudado muito. Reduziu e muito o meu consumo de cigarros, fumava duas carteiras por dia e, com a ajuda do tratamento, reduzi para uma carteira por dia, e quero diminuir mais ainda”*.

Os dados fornecidos pelo grupo de amostragem da pesquisa se alinham ao levantamento realizado pelo guia de auriculoterapia para tabagismo baseado em evidências. Esse levantamento foi publicado por uma equipe de especialistas multidisciplinares da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no ano de 2020, a fim de fazer uma revisão bibliográfica e um levantamento de dados sobre os testes e terapias utilizando auriculoterapia para o tratamento tabagista. Esses dados puderam apresentar que:

Em todos os estudos incluídos, o tratamento foi realizado em um período de até 8 semanas e acompanhamento de até 12 meses após o tratamento, com sessões semanais e tendo os pontos Shenmen e pulmão como principais na estimulação, ou seja, citados em grande parte dos protocolos. Na maioria dos estudos não houve cessação do tabagismo. No entanto, apesar de não haver a cessação total por parte dos participantes, notou-se a redução de alguns parâmetros analisados, como a redução do número de cigarros consumidos, melhora da autoeficácia e diminuição dos marcadores bioquímicos, confirmando, assim a redução do consumo de cigarros por parte dos pacientes tratados. Em média, essa população de homens e mulheres fumava mais de 10 cigarros ao dia, por mais de um ano, sem existir relato de comorbidades (Brasil, 2020b).

Contudo, os entrevistados consideraram que a terapia de grupo é mais eficiente, tanto para o controle do tabagismo quanto para o favorecimento do alívio da ansiedade e de outros transtornos. Reforçam ainda que é nos grupos que se sentem acolhidos, há um vínculo entre eles, criando um núcleo de escuta, partilha de experiências e trocas afetivas das quais eles sentem muita falta quando não há. Essa característica que dá resposta ao tratamento, eleita pelos

²As falas dos/as entrevistados/as estão em itálico para facilitar a identificação textual.

entrevistados, chama-nos muito a atenção, pois indica que os usuários desejam dar continuidade ao tratamento para o tabagismo. Porém, demonstram preocupação quando não conseguem, por motivos alheios à sua vontade, a exemplo da falta de espaço para o acolhimento em grupo, conforme já evidenciado na pesquisa de campo. Vejamos, na fala de uma pessoa participante, E08 “[...] Lá no posto de saúde tivemos encontro duas vezes, todo mundo ficou muito apertado. Saímos de lá, aqui o espaço foi cedido pelo pastor para termos esses encontros”.

Outro destaque nas entrevistas é a relação entre profissionais e usuários. A confiança aparece como fator primordial, evidenciado de forma geral pelos/as participantes, referindo que essa condição influenciou positivamente no engajamento para o tratamento e no processo de cessação do tabaco.

Uma das pessoas entrevistadas relatou mais uma diversidade no cuidado, ao dizer que recebe abordagem de incentivo para o seu tratamento, até via mensagem por via das Tecnologias de Informação e Comunicação:

Tudo que acontece comigo, mesmo que eu não venha, porque às vezes trabalho muito, eu me comunico pelo WhatsApp, e eles estão lá para me atender. As formas encontradas pelos profissionais sobre a minha participação e nas várias estratégias pensadas pela equipe de profissionais, começa em não fumar durante o horário de trabalho, que corresponde a 12 horas, e se eu consigo não fumar por 12 horas, eu posso muito mais. Basta eu querer, e eu quero parar de fumar (E07).

Partindo da reflexão de Ayres (2003), referente à população vulnerabilizada, o fumante é visto com maior fragilidade e maior risco de adoecimento, podendo ser acometido de outras comorbidades. Também há nos relatos das entrevistas, do ponto de vista emocional, a ansiedade se destaca como comorbidade real e, na maioria dos casos, os profissionais das unidades de tratamento são as únicas escutas disponíveis.

O estudo também explorou como os diálogos e acordos entre usuários e profissionais de saúde são estabelecidos. Essa análise nos permitiu questionar se essa relação promove a autonomia dos/as usuários/as ou se estão limitados por condições estruturais e institucionais, impedindo uma verdadeira participação dos sujeitos em seu processo terapêutico. Por outro lado, pondera-se que essa relação apresentada nas entrevistas é harmoniosa entre os usuários e os profissionais de saúde e ocorre devido à capacidade de comunicação de quem realiza as atividades, fortalecida pela empatia, conforme Ceron:

A empatia é a capacidade do ser humano de se colocar no lugar do outro e entrar em sintonia com as formas pelas quais este passa pelas circunstâncias da vida. É um sentimento geralmente vivido em mão dupla. Não se trata de estar sempre sorrindo, com simpatia, mas, sobretudo, de estar junto com o outro, compartilhando o momento vivido (Ceron, 2024, p. 6).

Desse modo, percebe-se que o valor das relações terapêuticas, quando desenvolvidas

de forma harmoniosa e humanizante, produzem o resultado que valoriza o direito à vida. Obviamente, para o sucesso devido dessas relações, a empatia é fator determinante para vidas humanas compartilhadas no mesmo propósito terapêutico e, sobretudo, sócio-existencial.

6.3.2 O direito à informação, um dos pressupostos da autonomia do sujeito

Nessa categoria, que se centra pela necessidade do direito à informação e pela autonomia do sujeito, a pesquisa identificou que o tratamento oferecido pelo Programa de Controle do Tabagismo na rede de atenção básica à saúde da cidade do Recife apresenta diversos modelos de estratégias, os quais são preconizados pelo Instituto Nacional de Câncer, como as medicações específicas para tratar o tabagismo, as reposições de nicotina com adesivos, as terapias em grupo e ainda as terapias integrativas, a exemplo da auriculoterapia.

Convém destacar, contudo, que um fator importante identificado na pesquisa se refere à falta de divulgação sobre o Programa de Controle do Tabagismo pelo Município do Recife. Os/as usuários/as que participaram das entrevistas não tiveram acesso a uma informação prévia e ampliada, só souberam das ações do Programa, incluindo o tratamento, ao serem atendidos nas unidades de saúde onde são cadastrados/as. Essa realidade vai de encontro à premissa básica do Programa de Controle do Tabagismo, que prevê a socialização das estratégias de promoção ao atendimento de pessoas tabagistas e a ampla divulgação dos locais e condições para acesso às atividades de tratamento e de controle.

O processo de conscientização sobre os danos do tabagismo é exíguo, quando deveria ser ampliado para o cuidado em saúde, visando favorecer a promoção de políticas eficazes de controle do tabaco, mas, sobretudo, a autonomia do sujeito, a partir da atualização constante dos conhecimentos técnicos e científicos pelos profissionais de saúde, os quais devem ser incentivados pelo poder público. Essa falta de tomada de decisão é demonstrada na emocionante fala de E02:

Se possível, faça a divulgação não dessa conversa com vocês, mas dessa iniciativa que a prefeitura tem, de combate ao tabagismo para ajudar pessoas jovens, adultos, velhos como eu. E dizer aos jovens que nunca fumaram, que nunca botem um cigarro nas suas bocas, porque faz um mal tão grande. E dizer que vocês nunca fizeram seus filhos passarem, o que os meus filhos estão passando hoje, pois os meus filhos sofrem com o meu sofrimento (E02).

Esse depoimento deixa evidente o valor de uma ação de política pública de saúde que seja voltada a garantir não somente o tratamento a usuários tabagistas, mas também a ampliação do cuidado com ações de prevenção e divulgação dos males do tabagismo a fim de não

favorecer novos fumantes. Outra lacuna é evidenciada na fala dos/as entrevistados/as, ao ressaltar que não tiveram muita clareza sobre a conduta do tratamento, inclui-se a verificação do grau de dependência do tabaco, vejamos alguns trechos de algumas entrevistas:

Não me falaram como estava de dependência, mas a médica conversou que a gente iria deixar de fumar para colocar o adesivo (E08); só fiz a inscrição e já comecei o tratamento, não sei se é forte minha dependência, acho que sim, mas não me disseram, não fizeram nenhum teste comigo (E12); Acho que fiz um teste para saber a dependência, mas não sei o meu grau, não entendi muito bem não (E13).

Um dos critérios clínicos, seguindo as diretrizes do protocolo para iniciar o tratamento do tabagismo, refere-se à avaliação para saber o grau da dependência do tabaco, que pode ser pelo teste de Fagerström. O referido teste foi desenvolvido por Karl Olov Fagerström, sendo uma ferramenta amplamente utilizada na área da saúde para determinar o grau de dependência de um indivíduo em relação ao tabaco (Brasil, 2020b).

Figura 2: Modelo do Teste de Fagerström

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos De 6 a 30 minutos De 31 a 60 minutos Mais de 60 minutos	3 2 1 0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Sim Não	1 0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O 1º da manhã Os outros	1 0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10 11-20 21-30 Mais de 31	0 1 2 3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim Não	1 0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	Sim Não	1 0

Fonte: (Brasil, 2020a).

Assim, percebe-se a valiosidade dessa informação, com a finalidade de fornecer subsídios ao fumante sobre as suas condições, auxiliando, assim, na sua autonomia. A ausência de comunicação adequada também atinge tanto o coletivo quanto individual, podendo implicar em uma baixa adesão ao tratamento do tabagismo. Nesse sentido, a falta de informações claras afeta diretamente a capacidade do referido Programa alcançar seu público-alvo, limitando a sua eficácia e o seu potencial de impacto.

A pesquisa norteia a essencialidade da informação à população sobre a existência do Programa de Controle do Tabagismo, os critérios de elegibilidade, os benefícios e a conduta terapêutica do tratamento e as formas de acesso. A ampliação, divulgação e informações

pertinentes são fatores essenciais para a eficácia do supracitado Programa. Isso pode incluir campanhas de sensibilização em mídias sociais, cartazes e folhetos informativos nas unidades de saúde e ações de mobilização comunitária, entre outras iniciativas.

Nossa investigação deu conta de compreender a dinâmica da relação estabelecida entre os usuários e os profissionais das unidades de saúde e foi possível observar, a partir dos relatos dos usuários, que as equipes de apoio ao tratamento do tabagismo têm, em sua maioria, equipe bem entrosada e humanizada, estabelecendo desde muito cedo uma relação de confiança e camaradagem entre os usuários. Nos relatos, os usuários se relacionam com os profissionais demonstrando intimidade e proximidade. Contudo, apesar dessa relação emocionalmente significativa, a falta de clareza sobre etapas básicas, como a realização e o resultado do teste de Fagerström, revelou-se como um déficit na comunicação de informações essenciais para o cuidado, que pode comprometer a autonomia dos sujeitos, um dos pilares para a eficácia do tratamento.

O acesso à informação é um direito dos usuários e um elemento central na construção da autonomia, pois permite que os indivíduos compreendam plenamente o que está acontecendo com seu corpo, quais são os passos do tratamento e como eles podem participar ativamente desse processo. Quando essas informações não chegam de forma clara, os usuários ficam em uma posição passiva, dependendo inteiramente dos profissionais para se direcionar no seu tratamento: tal condição vai de encontro aos princípios do cuidado integral em saúde.

A análise crítica, por Foucault (2016), sobre as relações de poder, a partir dos discursos dominantes na área da saúde, desafia-nos a questionar as estruturas de poder e a buscar uma compreensão mais profunda das dinâmicas que permeiam a relação entre profissional de saúde e paciente. Conforme esse autor francês, atualmente o poder de maior relevância é o exercido pelo poder local. Portanto, nessa reflexão, percebe-se que a atenção básica se situa como poder, estar inserida na localidade, mais próximo do usuário, deve exercer o papel de promotora na saúde, incentivando a participação da comunidade.

A dualidade entre uma relação interpessoal próxima e uma comunicação técnica deficiente aponta para a necessidade de um equilíbrio maior na prática profissional. Os profissionais de saúde, enquanto mantêm a proximidade e o apoio emocional, precisam também garantir que estão informando aos usuários de maneira clara e acessível sobre todos os aspectos do tratamento. Essa lacuna de informação não apenas diminui a eficácia do tratamento, mas também pode gerar desconfiança, caso os usuários sintam que não estão sendo devidamente informados sobre sua própria saúde. O acesso à informação não é apenas uma questão de direito, mas também de sobrevivência e qualidade de vida.

A pesquisa norteia a essencialidade da informação à população sobre a existência do Programa, os critérios de elegibilidade, os benefícios e a conduta terapêutica do tratamento e as formas de acesso. A ampliação e divulgação é um fator essencial, e isso pode incluir campanhas de sensibilização em mídias sociais, cartazes e folhetos informativos nas unidades de saúde e ações de mobilização comunitária, entre outras iniciativas. Ademais, nossa investigação também deu conta de compreender a dinâmica da relação estabelecida entre os usuários e os profissionais das unidades de saúde e foi possível observar, a partir dos relatos dos usuários, que as equipes de apoio ao tratamento do tabagismo têm, em sua maioria, equipes bem entrosadas e humanizadas, estabelecendo desde muito cedo uma relação de confiança e camaradagem entre os usuários. Nos relatos, os usuários se relacionam com os profissionais demonstrando intimidade e proximidade.

Em resumo, esta análise compreendeu o levantamento de campo e o depoimento dos participantes, além de observar o contexto social dos usuários, enfrentou desafios para compreender como as dimensões individuais e institucionais interagem com a dinâmica do tratamento do tabagismo na rede de atenção básica à saúde da cidade do Recife, explorando a autonomia do sujeito.

6.4 ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO SOCIAL

Foi pensado em uma proposta de intervenção construtiva, com o objetivo de colaborar com a magnitude do Programa de Controle do Tabagismo, que é oferecido pelo Sistema Único de Saúde, com o objetivo de reduzir a prevalência do tabagismo no Brasil. Durante a pesquisa, observou-se que os atendimentos são compostos por indivíduos que assumem diversos outros “papéis sociais”. Por isso transitam em diversos grupos, exercem distintas funções e possuem diferentes representações dentro da estratificação social, como ser pais ou mães, funcionários/as, passageiros/as, vizinhos/as, clientes, irmãos/ãs, tios/as, entre outros. De modo que todos esses papéis conversam entre si, tocam-se e, socialmente falando, entrelaçam-se.

A OMS ressalta que os malefícios da fumaça do tabaco vão para além dos fumantes, atingindo os fumantes passivos e toda uma cadeia social, refletida nas ampliações das fragilidades emocionais, físicas, econômicas, afetivas e profissionais, cujos setores e/ou papéis sociais se cruzam de alguma forma, atingindo fumantes e não fumantes. Nessa análise, a intervenção social carece de muitas vozes advindas dos diferentes sujeitos, sendo essas do poder público com o propósito de solidificar uma proposta que contemple o máximo de indivíduos, respaldada na autonomia do sujeito.

Já temos a Lei nº 13.541/2014 que proíbe o consumo de tabaco em locais fechados, total ou parcialmente, atendendo à maioria das pessoas especialmente às que não fumam. Porém, aos que fumam e desejam o tratamento ou mesmo não, mas carecem de informações para tomada de decisão consciente, o que fazer? Partindo desses questionamentos, a intervenção foi pensada inicialmente conferindo a importância das políticas públicas, de suas possibilidades e de quais vetores utilizar nos processos de transformação e melhoria da qualidade de vida da população alvo. Desse modo, buscou-se, então, estruturar uma narrativa plural, interdisciplinar e transdisciplinar para abordar os usuários fumantes ativos e passivos.

A primeira intervenção social diz respeito à necessidade da realização de debates públicos que visem garantir a manutenção e ampliação do Programa de Controle do Tabagismo, tendo em vista a sua importância social na melhoria da qualidade de vida de boa parte da sociedade. Essa estratégia de intervenção pode ser pensada e estruturada, com base nos dados levantados, em que os participantes relataram desconhecer o Programa e suas ações. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de melhor divulgação do Programa de Controle do Tabagismo e suas ações de tratamento e prevenção.

Diante do contexto sobredito, a ideia é implicar o poder público municipal para que amplie a divulgação sobre os malefícios do tabaco, as formas de prevenção e a disponibilidade de tratamento para quem deseja parar de fumar. Os estímulos à sociedade podem ser pensados por meio de mídias digitais (*Instagram*, *WhatsApp* e outros), rádio e televisão, além da produção de peças de teatro, cartilhas e palestras nas escolas, atingindo assim, o público mais jovem. Essa lógica de divulgação estimula a autonomia do sujeito.

Quando a informação considera as cargas de especificidades responsáveis pela constituição de cada indivíduo, a reflexão se amplia ao fato de que nada é mais pessoal no indivíduo do que a apropriação daquilo que o mesmo faz, a partir de sua identidade social e cultural. Outra intervenção corresponde ao “espaço físico” onde os indivíduos constroem suas memórias, referências e apropriações pessoais. Esse lugar refere-se ao local de realização dos grupos na abordagem e tratamento do tabagismo. A ação visa garantir uma padronização nos espaços de acompanhamento dos usuários, com salas amplas, ventiladas, internet e armários para guarda de material, entre os quais, data-show, TV, cartazes e folhetos disponibilizados pelo Programa ao grupo de tratamento para apresentação de palestras e trabalhos preventivos na comunidade.

O espaço padronizado e reservado é de suma importância para uma melhor acolhida e envolvimento dos usuários. Além disso, as pessoas que fazem tratamento muitas vezes têm convivências além das reuniões, ou seja, convivem corriqueiramente no cotidiano, no grupo,

falam de suas angústias, frustrações; os sentimentos surgem e o espaço precisa ser sigiloso. Ademais, devido à falta de condição nas unidades, os espaços disponibilizados pela comunidade para a ocorrência dos grupos, como igrejas, salas de aula, salão de ONGs, entre outros, foram produzidos com outro fim, além da falta de sigilo, ocasionando, em vários casos, o abandono do usuário no tratamento.

Outra proposta, não como intervenção, mas como uma orientação com vistas ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, refere-se à realização do Teste de Fagerström, que serve para medir a dependência do sujeito. Sugerimos que seja utilizado, para além dos dados estatísticos, que possam ser impressos e entregues aos usuários, no ato da sua anamnese, partindo de uma representação simbólica de como ele (usuário) está constituído naquele momento a sua identidade de fumante.

Ainda como sugestão, refere-se à construção de estratégias com base na vivência de cada um, e que também possam ser impressas como guias de cuidado individual, mostrando as possibilidades, os caminhos a percorrer ao longo do tratamento, considerando a autonomia do sujeito. Quanto à intervenção, pensando na equipe técnica, a proposta é que as formações e capacitações sejam permeadas nos debates da política de Controle do Tabagismo conjuntamente com a Política de Promoção à Saúde e os Direitos Humanos. Por fim, reitera que o debate se amplie no poder público municipal, a fim de fortalecer o compromisso de redução da prevalência do tabaco, por meio de ações e estratégias de conscientização, a qual perpassa pela autonomia do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma problemática social relevante para os Direitos Humanos e para a saúde pública. Partindo da proposta de compreender o lugar de autonomia dos sujeitos nos processos terapêuticos referentes ao Programa de Controle do Tabagismo, inserido na política de saúde da Prefeitura do Recife. No estudo, foi possível investigar a estrutura do serviço oferecido aos usuários, entender de que forma esses usuários acessam os serviços, como são acolhidos, de quais contextos sociais falam e qual a condução terapêutica realizada pelos profissionais envolvidos no tratamento.

Conhecer o Programa de Controle do Tabagismo pelo olhar dos usuários faz perceptível a necessidade de escuta e de atendimento das necessidades individuais, portanto singulares, de cada sujeito em relação à sua condição de dependente do tabaco. Ademais, os dados levantados informam que o grupo de usuários é heterogêneo, entretanto, as mulheres estão em sua maioria na busca para o tratamento. Suas características estão associadas a outros transtornos mentais como ansiedade e depressão e um contexto familiar que, ao mesmo tempo, as motiva a participar do tratamento, tendo apoio de filhos e netos. A dinâmica dessa mesma família dificulta a frequência nos grupos terapêuticos. Para além dessa distinção em relação aos papéis sociais dos usuários, a maioria dos homens que foram entrevistados conseguiu alcançar o ponto de tratamento e parou de fumar, enquanto entre as mulheres a maioria não conseguiu parar, mas diminuiu o consumo.

A pesquisa possibilitou a construção de uma análise contundente sobre os locais de tratamento disponibilizados, mais que isso, lançou luz sobre as vivências dos usuários em relação à sua condição de dependente e os desafios enfrentados para romper o ciclo de dependência e, sobretudo, o entendimento de que o Programa de Controle do Tabagismo se faz eficaz na condução do tratamento à luz da autonomia do sujeito. Dessa forma, pode-se inferir que os usuários estão satisfeitos com o tratamento realizado, embora reconheçam que o acesso às informações do Programa não é divulgado. A maioria só soube do tratamento por meio de profissionais nos locais em que costumeiramente tem atendimento na sua comunidade, sendo essa unidade básica de saúde.

Faz sentido ainda que as lacunas do Programa no Município do Recife sejam revisitadas. Os usuários relatam dificuldades diversas de acesso ao tratamento, ressaltam que os espaços para as terapias são inadequados ou inexistentes. Em várias comunidades são utilizados espaços fora das unidades de saúde para que os grupos possam acontecer, prejudicando, assim, a confidencialidade e o sigilo necessário que requer essa abordagem.

À vista do exposto, o Programa de Controle do Tabagismo visa oferecer suporte e tratamento a indivíduos com dependência do tabaco e está inserido dentro da política pública de saúde do Município do Recife. Contudo, conforme o estudo, na forma como o serviço é oferecido e acessado pelos usuários, a rede de atenção básica carece de infraestrutura que atenda essa demanda. A análise da relação terapêutica revela um aspecto positivo na construção de uma relação de confiança e proximidade entre os profissionais e os usuários. Essa relação é essencial para o processo terapêutico, pois permite que os usuários se sintam mais à vontade em falar de si, todavia, a quantidade de servidores de nível superior capacitados para o atendimento e acompanhamento desse grupo específico é insuficiente.

Apesar da qualidade das relações interpessoais, há outra lacuna a discutir, que se refere à informação. Nas falas dos entrevistados, a maioria não realizou o Teste de Fagerström, sendo esse um dos meios disponíveis para a avaliação do grau de dependência e para a personalização das terapias. Assim, a falta dessa informação também compromete a autonomia dos usuários que são chamados para serem co-responsáveis na condução do seu tratamento.

A autonomia dos sujeitos é um princípio fundamental nos processos terapêuticos, a capacidade de tomar decisões se relaciona a partir do conhecimento. No contexto do Programa de Controle do Tabagismo, a informação de forma clara é um componente essencial para a eficácia do tratamento, a sua ausência representa uma violação dos direitos humanos, consequentemente, da autonomia do sujeito e compromete a saúde coletiva. Dessa maneira, recomenda-se ainda a expansão do Programa em toda a rede de atenção à saúde no Município e ampliação de políticas públicas com integração da população. Também implementação de melhorias baseadas em evidências científicas, relacionadas ao tratamento e com ações de prevenção do uso do tabaco, realizando palestras nas comunidades e escolas, sendo esse um dispositivo de prevenção que pode contribuir significativamente para o sucesso ainda maior do Programa de Controle do Tabagismo e da Promoção em Saúde da Cidade do Recife.

Os dados obtidos destacam a necessidade de reavaliar e melhorar a forma como o Programa está implementado na cidade do Recife. É essencial que haja uma revisão das práticas de divulgação, garantindo que as informações sobre as ações do Programa cheguem a toda a sociedade recifense. Portanto, dar continuidade à pesquisa significa desenvolver outras possibilidades de abordagem, de acordo com os parâmetros de respeito à autonomia dos indivíduos que são atendidos na saúde.

Também oferecer aos pesquisadores um conjunto de dados que favoreça a elaboração de outras discussões. Além da abertura de análises tanto para o campo dos Direitos Humanos quanto para os estudos em saúde pública. Acredita-se que, com os dados levantados, tenhamos

contribuído para a criação ou revisão de políticas públicas voltadas aos cuidados de usuários(as) que estão ou serão acompanhados pelo Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Elieser Magno Diógenes; ARAÚJO JUNIOR, José Luiz do Amaral Correa de. Usuário, família e comunidade como parte da equipe de saúde na colaboração interprofissional. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral/CEv. 15, n. 2, p. 45-60. Sobral, 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade, cuidado, integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 7, p. 196-206, dez. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. **Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020a**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-10-de-16-de-abril-de-2020-253756566> Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de auriculoterapia para tabagismo baseado em evidências**. Relatório do projeto piloto Brasília: junho de 2020b. Disponível em: https://auriculoterapia.paginas.ufsc.br/files/2020/12/Guia-tabagismo-12_12_2020-.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ioét/pt-br/assuntos/ioét-mental>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel 2006-2023: tabagismo e consumo abusivo de álcool: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ioética/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 7 set. 2023.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023b**. Diário Oficial da União. Publicado em 13/06/2023. Edição: 110. Seção: 1. Disponível em <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-502-de-1-de-junho-de-2023-489152905>. Acesso em: 19 jul. 2023.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVSMS. **Clínica ampliada**. Mar. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html. Acesso em: 19 jul. 2023.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Fiocruz, 2006.

CELLARD, André. A Análise Documental. In: POUPART, Jean. *et al.* (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petropolis, RJ: Vozes, 2008.

CERON, Mariane. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. Una-Sus. São Paulo: Unifesp, 2024. Disponível em https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf, Acesso em 02 de maio 2024.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Introdução**. CIDH, 2024. Disponível em: www.oas.org. Acesso em: 30 jun. 2024.

COELHO, Bernadete Perez. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 2012. 178 f. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Recife, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Forense Universitária, 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil / Pernambuco / Recife**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>. Acesso em: 11 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais: Brasil 2020**. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/%20io%C3%A9tica%20o%20%20-sociais/%20io%C3%A9tica%20.html>. Acesso em: 9 mar. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Doenças relacionadas ao tabagismo: Informações da incidência e das doenças que o tabagismo pode causar**. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de->

saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/doencas-relacionadas-ao-tabagismo. Acesso: 28 fev.2024.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: INCA. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso: 12 fev.2024.

KANT, Immanuel. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Martin Claret, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.

LAPASSADE, Georges. La intervención en las instituciones de educación y de formación. In: GUATTARI, Felix *et al.* **La intervención institucional**. México: Folios, 1981.

LASSANCE, Antonio. Política pública e programa governamental: desfazendo as confusões. **Revista Simetria da Escola Superior de Gestão e Contas do TCMSP**. v. 1, n. 8, p. 132-139, 2002.

LIMA, Lilian Moura *et al.* Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 323-329, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200016>. Acesso em: 18 set. 2024.

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

MACEDO, Kalina Cícera *et al.* Análise situacional do programa de cessação tabágica em uma capital brasileira na pandemia da COVID-19. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 2377-2384, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de método. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS relata progresso na luta contra epidemia de tabaco e destaca ameaça representada por novos produtos**. Jul. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/27-7-2021-oms-relata-progresso-na-luta-contra-epidemia-tabaco-e-destaca-ameaca>. Acesso em: 5 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). OPAS. **Recife respira melhor: a implantação de ambientes livres do fumo**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Tabaco**: Dados/Estatísticas Folha informativa atualizada em julho de 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/ioétic/tabaco>. Acesso em: 24 mar. 2023.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

RECIFE. **Caracterização do território**. 2013. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/pagina/caracterizacao-do-territorio>. Acesso em: 16 jun. 2024.

RECIFE. **RAG Relatório Anual de Gestão 2023**. Disponível em: https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o%202023_7d6509ec313e3a7f4a938129ecf0df7d.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Diretoria Executiva de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação. Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

SANTANA, Ruth Bernardes. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília - DF, v. 25, n. 4, p. 467-477, out./dez., 2009.

SENADO FEDERAL. **Direitos Humanos**: atos internacionais e normas correlatas. 4. ed. Brasília: Senado Federal, 2013.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 91-104, dez. 2015.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez, 2022.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Jun. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ioéticaio/ioéticaio_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.

VILLAS-BÔAS. Maria Elisa. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n 3, Sep-Dec 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422015233088>. Acesso em: 13 set. 2024.

APÊNDICES

1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Política de Controle Do Tabagismo, Autonomia do Sujeito e Práticas de Cuidado: A Perspectiva dos Usuários da Cidade de Recife.

Que está sob a responsabilidade da pesquisadora Izabel Cristina da Silva, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Da Arquitetura, S/N Cidade Universitária. Recife-PE CEP. 50670-901 Telefone coordenação: xxxxxxxx e WhatsApp da pesquisadora: (xx) xxxxxxxx, inclusive para ligações a cobrar e E-mail: xxxxxxxx

Está sob a orientação da: Profa. Dra. Bernadete Perez Telefone: (xx) xxxxxxxx, e-mail xxxxxxxxxxxxxxxx Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Diante de inúmeros problemas relativo ao tabagismo, principalmente relacionados a doenças pelo uso do tabaco, o estudo se justifica diante a necessidade de um programa efetivo na rede municipal de saúde da cidade do Recife, garantindo a abordagem e o tratamento ao fumante considerando a sua autonomia, dispõe-se a Analisar o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo conforme orientação da Convenção quadro de Controle do Tabaco, e propõe-se a realizar uma intervenção útil para resolver um problema real. .

A realização da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com aprovação, pela Resolução 510 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que prevê o desenvolvimento de Pesquisas das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

A proposta da coleta de dados objetiva a analisar a percepção dos usuários sobre a política de controle do tabagismo a luz de sua autonomia, levando-se em conta as práticas de cuidado, com vistas a identificar os avanços, os entraves e os desafios da PCT na cidade do Recife.

O processo da coleta de dados corresponde a triangulação de métodos, os quais permitirá a pesquisadora implementar o objeto da pesquisa à medida que apura as informações comprovando a problemática levantada. Ou seja, a pesquisadora se utilizará de **análise documental, observação participante e entrevista semiestruturada**, com participantes voluntários.

O tempo de duração da entrevista é flexibilizado, mas deverá ter um média de 40 minutos.

As entrevistas serão de forma presencial, gravadas e transcritas na sua íntegra, em local que proporcione privacidade, escuta atenta, sem interrupções e ruídos externos e favorável ao participante. Poderá ter um roteiro pesquisadora previamente elaborado, porém outras perguntas adicionais podem ocorrer que possam esclarecer aspectos que não foram falados pelo entrevistado, porém o entrevistado deve sentir-se à vontade para responder com uma conversa espontânea.

Riscos: O estudo qualitativo é de cunho estritamente científico, porém na ocorrência de algum risco, como: desconforto, indisposição, vergonha, estresse, aborrecimentos, cabe ao entrevistador realizar medidas para solucionar o problema, assegurando ao participante assistência à saúde e ou outros acompanhamentos de forma integral e gratuita.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e em caso de desistência na entrevista, esta decisão não lhe acarretará penalização por parte da pesquisadora nem interrupção de seu acompanhamento assistência/tratamento. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, mediante entrevistas, observações, gravações, fotos e filmagens se houverem, ficarão armazenados em pasta de arquivo no computador pessoal, no endereço da pesquisadora sob a sua responsabilidade, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **POLÍTICA DE CONTROLE DO TABAGISMO, AUTONOMIA DO SUJEITO E PRÁTICAS DE CUIDADO: A Perspectiva dos Usuários da Cidade de Recife**, como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

2. ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

NÚMERO DE ENTREVISTA _____
Arquivo Digital: _____

Local da entrevista: _____
Entrevistado: _____
Cor/raça: _____ Idade: _____
Orientação Sexual: _____ Identidade de Gênero: _____
Escolaridade: _____
Ocupação: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Após o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) apresentado a você, irei lhe ouvir e tomar algumas notas. Reafirmo que a nossa conversa ocorrerá de forma sigilosa, por isso peço a sua autorização para gravar nossa conversa para registro no banco de dados da pesquisa com o fim de compor análises futuras. A gravação será usada apenas com a finalidade de pesquisa pelas pessoas envolvidas no projeto, e não será divulgada de qualquer forma, nem mesmo seus dados serão expostos. Sendo assim, posso iniciar a gravação da nossa conversa? Em caso positivo, vou iniciar a gravação e pedir novamente o seu consentimento, para que fique gravado.

ROTEIRO

1. Você pode me falar como ficou sabendo sobre o tratamento do tabagismo, como foi o seu acesso ao serviço?
2. Por favor, me fale um pouco sobre como foi o início do seu tratamento, como a equipe de profissionais lhe recebeu?
3. Que tipo de informações ou esclarecimentos recebeu sobre a dinâmica do tratamento? Sinta-se a vontade para falar.
4. Comente, a partir do seu ponto de vista, como se deram as escolhas de elaboração das estratégias terapêuticas para o seu tratamento.
5. Você pode descrever as condições para a realização das terapias? Que tipo de melhorias você acha que poderão ser implementadas?
6. Você pode falar sobre a relação que você tem com a equipe de profissionais na sua unidade de saúde? Em especial com os que coordenam o tratamento do tabagismo?
7. Me fale um pouco sobre como foi sua participação na condução das estratégias para atingir o seu objetivo no tratamento do tabagismo.
8. Me fale sobre os tipos de terapêutica utilizadas com você no tratamento, entre elas: medicação, adesivos de nicotina, entre outros. Fique à vontade para falar.
9. Considerando que autonomia seja a capacidade de decidir o que é melhor para você, com relação às estratégias propostas na abordagem terapêutica (opções de tratamento), respeitando a sua dignidade e a liberdade de escolha. Me fale um pouco sobre como você percebe o seu tratamento, levando em conta a sua autonomia.
10. Diante de nossa conversa, há algo que não perguntei e você queira falar? Fique à vontade.

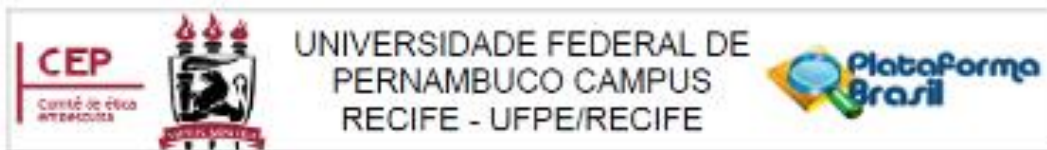
3. RESUMO DAS ENTREVISTAS

Informação do Programa	Condições das unidades	Autonomia dos usuários	Tipo de terapias realizadas	Estágio do tratamento/ comorbidade associadas	Relação terapêutica (usuário / profissional) / e Motivação para o tratamento
Parentes	Espaço físico na unidade de saúde inadequado, pequeno, muito barulho, com interferência de outros atendimentos.	Fez teste de grau de dependência médio. Não participou da elaboração de estratégias.	Auriculoterapia, exercícios respiratórios, terapia de grupo, encaminhamento para psicoterapia, medicação.	Não parou de fumar / crises de ansiedade.	Relação de confiança, respeito e afeto com profissional médico. Motivação familiar (netos).
ACS da Unidade de saúde	Salas na unidade de saúde pequenas para o grupo, no início eram realizados no centro espírita na comunidade.	Desconhece o teste, mas que é respeitada a sua autonomia, considerando sua condição.	Terapia de grupo, medicação, exercícios respiratórios, auriculoterapia.	Parou de fumar/DPOC	Total confiança e muita reciprocidade, acolhimento. Motivação por problemas de saúde.
ACS da Unidade de saúde	Sala na unidade de saúde pequena, apertada para realização do grupo.	Disse que fez o teste para dependência e escolheu suas estratégias. Considera que foi respeitada a sua autonomia.	Terapia de grupo, adesivo de nicotina, mudança de hábitos.	Parou de fumar, mas recaiu	Confiança na equipe de profissionais, sente necessidade de mais profissionais, entre esses o de psicologia. Motivação própria.
Indicação enfermeira da Unidade de saúde	Sala na unidade de saúde pequena improvisada e precária.	Autonomia, não foi valorizada, havia regra, que todos tinham que se adequar.	Adesivos de nicotina	Parou de fumar	Confiança na profissional. Motivação própria
Indicação médica da Unidade de saúde	Sala na unidade de saúde pequena, muito barulho. Grupo realizado em sala de aula na comunidade, depois em espaço da igreja.	Não fez teste de dependência, mas acha que a equipe reconhece sua autonomia	Auriculoterapia, exercícios respiratórios, terapia de grupo, medicação para ansiedade.	Não parou de fumar/ansiedade	Equipe muito boa, que explica tudo com detalhe. Motivação, orientação médica.
Indicação médica da Unidade de saúde.	Sala da unidade de saúde pequena. Grupo realizado na igreja da comunidade.	Não realizou teste de dependência, considera que sua autonomia é respeitada, segue as regras. Não realizou o teste.	Adesivo, terapia de grupo, medicação, auriculoterapia e recebeu auxílio psicológico.	Não parou de fumar/ansiedade	Relação de confiança e amorosidade entre os profissionais. Motivação, orientação médica.
ACS da Unidade de saúde	Falta espaço nas salas da unidade de saúde para o grupo de tabagismo, pessoas ficam em pé.	Fez o teste de dependência, respeitando sua autonomia em escolher a data de parar de fumar.	Adesivo e terapia de grupo	Parou de fumar	Relação de confiança e acolhimento. Motivação e o cuidado da equipe
ACS da Unidade de saúde	Se absteve de falar do local do tratamento.	Fala que acha que fez o teste para saber a dependência, mas não sabe o seu grau, sente que sua autonomia sempre foi respeitada.	Adesivo de nicotina, terapia em grupo, auriculoterapia.	Parou de fumar	Relação de confiança, equipe de excelência. Motivação, acolhimento e apoio dos profissionais.
Indicação médica, mas	Se absteve a falar do espaço físico da	Fez o teste para saber o grau de dependência,	Adesivo de nicotina, terapia em grupo,	Parou de fumar/diabetes, já	Relação de confiança com a equipe de

antes procurou o Caps	unidade	recebeu um livrinho.	medicação.	infartou, glaucoma, doença renal	profissionais que é muito atenciosa. Motivação para problemas de saúde.
ACS da Unidade de saúde	Sala da unidade de saúde muito pequena para o grupo de tratamento.	Fez o teste para saber o grau de dependência. Considera que respeitam sua autonomia, segue a orientação no tratamento.	Terapia em grupo, realização de estratégias, adesivos de nicotina e medicação para ansiedade.	Parou de fumar/ansiedade	Relação de confiança na equipe de profissionais que são muito competentes. Motivação familiar (mãe).
ACS da Unidade de saúde	Na unidade de saúde, sem espaço suficiente, o grupo era realizado em espaços cedidos na comunidade.	Não realizou o teste para saber o grau de dependência, não considera sua autonomia respeitada, não teve encontro individual, só em grupo.	Terapia em grupo.	Não parou de fumar/pressão alta, acompanhamento psiquiátrico.	Confiança na equipe, mas devido às condições estruturais, não teve interesse de retornar ao tratamento, não sente motivação.
Indicação médica da Unidade de saúde	A sala era reservada para o grupo.	Fez teste sobre o grau de dependência, mas “não entendia muito bem não”. Fala que sua autonomia não foi respeitada, só tinha opção de parar e não de reduzir o uso do cigarro no tratamento.	Adesivo	Não parou de fumar/tristeza, choro, agitação	Sobre a relação dos profissionais, pouco acesso para atendimento individuais. Motivação indicação médica
Indicação médica da Unidade de saúde	O grupo acontecia em um espaço fora da unidade, devido a falta de espaço.	Fez teste sobre o grau de dependência que foi muito forte. Não considera que sua autonomia foi respeitada devido a sua singularidade	Adesivo de nicotina, terapia em grupo psicoterapia,	Parou de fumar/tuberculose em tratamento,	Refere falta de um trabalho mais voltado para o emocional. Um psicólogo ia pouco à unidade e só atendia em grupo. Motivação: indicação médica.
Indicação médica da Unidade de saúde	Atendimento individual	Não fez teste nem sabe o seu grau de dependência. Considera sua autonomia respeitada.	Adesivo de nicotina, medicação,	Parou de fumar/suspeita de câncer	Atendimento individualizado, relação de confiança. Motivação, indicação médica, problemas de saúde.
Indicação enfermeira da Unidade de saúde	Poucas salas disponíveis para o grupo de tabagismo.	Fez teste de grau de dependência. Considera que sua autonomia é respeitada.	Adesivo de nicotina, medicação,	Parou de fumar	Relação de confiança com a equipe de profissionais. Motivação pela equipe de profissionais competentes
Profissionais da Unidade de saúde	Indiferente sobre a estrutura do local	Fala que fez o teste, mas não sabe o seu grau de dependência, sente que sua autonomia sempre foi respeitada.	Terapia de grupo	Não parou de fumar	Relação de confiança muito grande na equipe de profissionais. Motivação pela indicação dos profissionais competentes.

Fonte: (Elaborado pela pesquisadora a partir dos dados coletados, 2024).

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICA DE CONTROLE DO TABACO, AUTONOMIA DO SUJEITO E PRÁTICAS DE CUIDADO: A Perspectiva dos Usuários da Cidade de Recife

Pesquisador: IZABEL CRISTINA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74862923.4.0000.5209

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

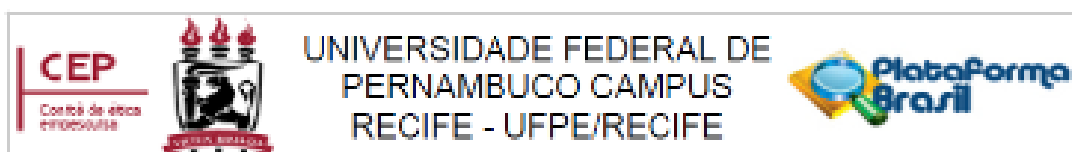
Número do Parecer: 6.481.909

Apresentação do Projeto:

Segundo o projeto, a pesquisa "analisará a Política de Controle do Tabaco, destacando a autonomia do sujeito e suas perspectivas com referência as práticas de cuidado na Cidade de Recife. Ressalta-se que o tabagismo é um grave problema de saúde pública em todo o mundo, e que o Brasil tem sido um líder global na adoção de políticas para seu controle. A Política de Promoção da Saúde no Brasil mantém estratégias que incluem campanhas de

conscientização pública, programas de educação em saúde nas escolas, locais de trabalho e comunidades, bem como programas de incentivo para mudanças de comportamento, abordando vários aspectos da vida, incluindo a alimentação saudável e atividade física regular. O Recife iniciou a luta contra o tabaco em 2005, a partir da campanha Recife Livre do Fumo que tem como objetivo proteger a saúde dos trabalhadores, devido ao uso do tabaco de forma passiva, e em 2006 foi instituído o Decreto Municipal nº 22.000/06 que regulamentou o uso do fumo nos ambientes de trabalho municipais. Busca-se então, como problemática, responder a seguinte questão: O programa de controle do tabagismo tem sido aplicado com efetividade na abordagem e no tratamento ao tabagista à luz da autonomia do sujeito? Para tanto, buscar-se-á como objetivo principal analisar a Política Municipal de Controle do Tabaco, a autonomia do sujeito e as práticas de cuidado na perspectiva dos usuários da Cidade de Recife. A metodologia utilizada foi uma análise literária e da experiência da pesquisadora sobre a temática estudada. Definuiu-se como método a pesquisa-ação, com vistas a propor em caráter participativo e cooperativo uma

Endereço: Av. das Imperiais, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-6536 Fax: (81)2128-3183 E-mail: cep@ufpe.br



Continuação do Formulário C-011 013

intervenção a fim de sanar um problema social na rede de assistência a saúde ao tabagista proporcionado pelo Programa de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife*.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o projeto são:

Objetivo Primário:

Analisar o Programa de Controle do Tabagismo inserido na Política de Controle do Tabaco da cidade do Recife a partir da clínica ampliada e compartilhada com ênfase na autonomia do sujeito, utilizando-se como base a PNPS.

Objetivo Secundário:

- Descrever a rede de atenção aos usuários tabagistas pela Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, no período de junho de 2021 a dezembro de 2023

- Descrever a percepção dos usuários com relação a diversidade de ofertas para o tratamento do tabagismo na rede de assistência municipal,

seu vínculo e integração nos serviços de saúde, e o projeto terapêutico singular

-Descrever os avanços, entraves e desafios da implementação da Política de Controle do Tabagismo na Cidade do Recife, a partir de 2019.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são inerentes ao tipo da pesquisa e estão explicitados tanto no projeto como no TCLE.

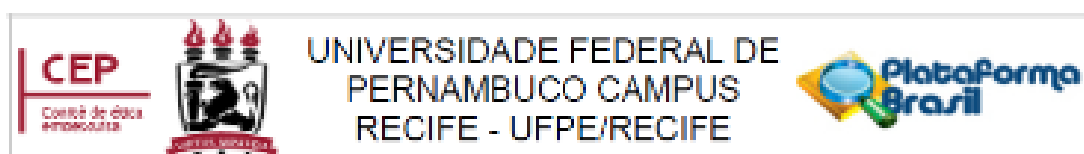
Riscos: Mesmo sendo uma pesquisa qualitativa, episódios de riscos devem ser considerados, podendo ocorrer que o entrevistado se sinta desconfortável, indisposto, com vergonha ou estresse, podendo sentir aborrecimento pela sensação de invasão à sua privacidade, o que resultarão em medidas aplicadas pelo entrevistador para minimizar o problema.

Benefícios: O estudo visa a resolver um problema social identificado no processo de investigação, em benefício para usuários tabagistas, contribuindo assim, para a efetividade da Política de Controle do Tabaco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de matéria relevante, os objetivos estão de acordo com a metodologia indicada, não existe questões sensíveis para as pessoas entrevistadas. Os instrumentos de pesquisa foram apresentados e o cronograma está adequado.

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-400
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8583 Fax: (81)2126-3163 E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer 6.401/2023

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram localizados todos os termos de apresentação obrigatória: O TCLE, a declaração de vínculo, o laudo da orientadora, a Carta de Anuência assinada pela Sra. Dara Andrade Felipe, Chefe de Divisão de Educação na Saúde da Secretaria de Saúde da cidade do Recife.

Recomendações:

Não existe recomendação para o projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está **APROVADO**, com autorização para iniciar a coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da **NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL** da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através do FMEPIDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada com a devida justificativa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_2221086.pdf	09/10/2023 22:58:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mest.pdf	09/10/2023 22:58:50	IZABEL CRISTINA DA SILVA	Aceito

Endereço: Av. das Engenheiras, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 51.170-900
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 3128-0500 Fax: (81) 3128-0163 E-mail: cep@ufpe.br

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CI nº. 536 / 2023 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 06 de outubro de 2023

ILMA. SRA.
Débora Mendonça Amaral de Holanda
Gerente Geral de Ações Integradas no Território

Senhor(a),

Informamos que **Izabel Cristina da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, está autorizada a desenvolver Projeto de Pesquisa no Programa Municipal de Controle do Tabagismo desse serviço, sob o título **“Política de Controle do Tabagismo, autonomia do sujeito e práticas de cuidado: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife”**.

A aplicação do referido projeto está autorizada na modalidade presencial desde sejam cumpridos e respeitados todos os protocolos de biossegurança necessários ao combate e controle da Covid-19, durante seu processo de execução, estando o serviço de saúde autorizado a suspender sua execução caso todas as medidas contingenciais não sejam respeitadas.

Solicitamos agendamento com o/a pesquisador(a) para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período estimado para coleta de dados: novembro de 2023 à janeiro de 2024.

Cordialmente,



Documento assinado digitalmente
DARA ANDRADE FELIPE
Data: 10/11/2023 08:44:33-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dara Andrade Felipe
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CI nº. 556 / 2023 – DES/GFES/SEGTES/SESAU

Recife, 05 de março de 2024

ILMA. SRA.

Débora Mendonça Amaral de Holanda

Gerente Geral de Ações Integradas no Território

Senhor(a),

Informamos que **Izabel Cristina da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, está autorizada a desenvolver Projeto de Pesquisa no Programa Municipal de Controle do Tabagismo desse serviço, sob o título **“Política de Controle do Tabagismo, autonomia do sujeito e práticas de cuidado: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife”**.

A aplicação do referido projeto está autorizada na modalidade presencial desde sejam cumpridos e respeitados todos os protocolos de biossegurança necessários ao combate e controle da Covid-19, durante seu processo de execução, estando o serviço de saúde autorizado a suspender sua execução caso todas as medidas contingenciais não sejam respeitadas.

Solicitamos agendamento com o/a pesquisador(a) para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período estimado para coleta de dados: março de 2024.

Cordialmente,

Documento assinado digitalmente
gov.br DARA ANDRADE FELIPE
Data: 06/03/2024 12:04:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dara Andrade Felipe
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO NO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIVISÃO DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 21 de setembro de 2023

Autorizo **Izabel Cristina da Silva**, pesquisadora do Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver Pesquisa no Programa Municipal de Controle do Tabagismo, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Política de Controle do Tabagismo, autonomia do sujeito e práticas de cuidado: a perspectiva dos usuários da cidade de Recife”**, sob orientação da Profª. Drª. Bernadete Perez Coêlho.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa;
- Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Documento assinado digitalmente
DARA ANDRADE FELIPE
Data: 21/09/2023 22:37:53-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dara Andrade Felipe
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Decreto nº 22.000, de 05/06/2006

Ementa:

Institui o programa “Prefeitura do Recife Livre de Fumo” e regulamenta o uso de produtos fumígenos nas dependências das unidades da administração direta ou indireta do município do Recife

O PREFEITO DO RECIFE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 54, VI, da Lei Orgânica do Município do Recife, e,

CONSIDERANDO que a Constituição Federal estabelece no seu artigo 196 ser a saúde "direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos", e no artigo 225, caput, que "todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações";

CONSIDERANDO que o fumo do tabaco possui 4.720 substâncias tóxicas, várias delas radioativas e cancerígenas;

CONSIDERANDO que a nicotina é droga que provoca dependência, requerendo uma abordagem de respeito, participação e inclusão dos fumantes;

CONSIDERANDO que passamos 80% do nosso tempo no ambiente de trabalho, geralmente em locais fechados;

CONSIDERANDO que os fumantes passivos estão sujeitos a graves problemas, desde irritação ocular e de garganta até o câncer de pulmão;

CONSIDERANDO que existe a necessidade de se preservar a saúde dos servidores e dos visitantes das repartições públicas municipais; e,

CONSIDERANDO, ainda o disposto na Lei Federal nº 9.294/96, na Lei Estadual nº 12.578/04; e na Lei Municipal nº 15.901/94, DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Programa "Ambiente de Trabalho Livre do Fumo", para conscientização, dos servidores municipais e dos visitantes das repartições públicas municipais, dos males produzidos pelo uso de produtos fumígenos, bem como da necessidade de se manter em condições ideais de salubridade o ambiente de trabalho.

Parágrafo único. Para fins de operacionalização do programa acima mencionado será criada uma Comissão Executiva composta por servidores dos órgãos e entidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife, cuja coordenação ficará a cargo de representantes indicados pela Secretaria de Saúde e pela Secretaria de Administração.

Art. 2º Fica proibido na forma da Lei Municipal o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, nas dependências de todas as unidades da Administração Direta e Indireta do Município do Recife, inclusive banheiros, escadas, garagens e elevadores, à exceção de áreas externas designadas para os servidores e visitantes fumantes, desde que possuidoras de condições adequadas de ventilação e renovação de ar.

§ 1º Ficam designados os espaços a seguir indicados do edifício-sede da Prefeitura do Recife para utilização pelos servidores e visitantes fumantes:

- a) canteiro central do estacionamento principal;
- b) área externa fronteira à entrada da garagem do subsolo;
- c) área reservada do mezanino.

§ 2º Os espaços nas demais unidades serão definidos pelos gestores em conjunto com a Comissão Executiva mencionada no artigo anterior.

Art. 3º O servidor municipal que não observar as estipulações deste Decreto se sujeita à aplicação de sanções previstas na Lei nº 14.728/85.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Recife, 05 de junho de 2006.

João Paulo Lima e Silva
Prefeito Do Recife

Nota: Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial.
Data de Inserção no Sistema Leis Municipais: 11/08/2006

LEI Nº 12.578, DE 13 DE MAIO DE 2004.

Estabelece normas suplementares à Legislação Federal no tocante ao uso e consumo de produtos fumígenos no âmbito do Estado de Pernambuco.

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE PERNAMBUCO:

Faço saber que tendo em vista o disposto nos §§ 6º e 8º do art. 23, da Constituição do Estado, o Poder Legislativo decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Esta Lei estabelece, no exercício da competência prevista no art. 24, § 2º, da Constituição Federal, normas suplementares à Lei Federal nº 9.294, de 15 de julho de 1996, no tocante ao uso e consumo de produtos fumígenos no âmbito do Estado de Pernambuco.

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recintos coletivos, privados ou públicos, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, inclusive cigarros eletrônicos e equipamentos assemelhados, em recintos coletivos, privados ou públicos, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente. (Redação alterada pelo art. 1º da Lei nº 17.087, de 22 de outubro de 2020.)

Parágrafo único. A autorização ao uso de produto fumígeno em área destinada exclusivamente a esse fim, não se aplica ao uso de cigarros eletrônicos e equipamentos assemelhados enquanto perdurar proibição à comercialização, importação e propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, nos termos da legislação federal. (Acrescido pelo art. 1º da Lei nº 17.087, de 22 de outubro de 2020.)

Art. 3º Para os fins desta Lei:

I - entende-se por recinto coletivo o local fechado, destinado à permanente utilização simultânea por várias pessoas, tais como:

- a) recintos de trabalho coletivo;
- b) elevadores de prédios públicos, empresariais ou residenciais;
- c) estações de trem, metrô, rodoviárias e aeroportos;
- d) agências bancárias;
- e) auditórios, salas de conferência ou de convenções;
- f) museus, teatros, salas de projeção, bibliotecas, salas de exposições de qualquer natureza e locais onde se realizam espetáculos circenses;
- g) garagens de prédios públicos e de edifícios empresariais e residenciais;

- h) aeronaves e demais veículos de transporte coletivo;
- i) centros de compra, galerias e estabelecimentos similares;
- j) restaurantes, bares, cafés e similares;
- l) casas de espetáculos, boates e similares;

m) espaços por natureza vulneráveis a incêndios, especialmente os depósitos de explosivos e inflamáveis, os postos e distribuidores de combustíveis e os depósitos de material de fácil combustão;

n) hospitais, clínicas, consultórios médicos, casas de saúde, prontos-socorros, postos de saúde e quaisquer outros estabelecimentos de saúde;

o) salas de aula e demais espaços interiores de quaisquer estabelecimentos educacionais;

p) creches e orfanatos.

II - ficam excluídos do conceito de recinto coletivo os locais abertos ou ao ar livre, ainda que cercados ou de qualquer forma delimitados em seus contornos;

III - configuram recintos de trabalho coletivo as áreas fechadas, em qualquer local de trabalho, destinadas a utilização simultânea por várias pessoas que nela exerçam, de forma permanente, suas atividades;

IV - entende-se por aeronaves e veículos de transporte coletivo as aeronaves e veículos como tal definidos na legislação pertinente, utilizados no transporte de passageiros, mesmo sob forma não remunerada;

V - área devidamente isolada e destinada exclusivamente a esse fim é aquela que no recinto coletivo for exclusivamente destinada aos fumantes, separada da destinada aos não-fumantes por qualquer meio ou recurso eficiente que impeça a transposição da fumaça;

VI - a área de que trata o inciso V deste artigo deverá apresentar adequadas condições de ventilação, natural ou artificial, e de renovação do ar, de forma a impedir o acúmulo de fumaça no ambiente.

Art. 3º-A É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, nos estádios de futebol localizados no âmbito do Estado de Pernambuco, salvo o disposto no art. 3º, V, desta Lei. (Acrescido pelo art. 1º da Lei nº 15.514, de 22 de maio de 2015.)

Art. 4º Nas aeronaves e veículos coletivos somente será permitido fumar quando transcorrida, em cada trecho, uma hora de viagem e desde que haja, nos referidos meios de transporte, parte especialmente reservada aos fumantes, devidamente sinalizada.

Art. 5º A inexistência de área destinada ao uso de produtos fumígenos não poderá servir de justificativa para a infringência das proibições instituídas por esta Lei.

Art. 6º Nos locais onde é proibida a utilização dos produtos fumígenos, deverão ser afixados avisos indicativos da proibição em lugar de ampla visibilidade e de fácil identificação pelo público.

Parágrafo único. Nos avisos de que trata o *caput* deste artigo deverão ser informadas também as penalidades previstas nesta Lei.

Art. 7º Constitui obrigação dos responsáveis pelos recintos coletivos de que trata o art. 1º desta Lei zelar pelo seu efetivo cumprimento, mediante a adoção das seguintes providências:

I - advertir o usuário de produto fumígeno quanto à proibição de que trata esta Lei;

II - em caso de recalcitrância, determinar a sua retirada do recinto.

Art. 8º A inobservância das obrigações previstas no art. 7º desta Lei sujeitará:

I - o responsável pelo recinto coletivo à multa no valor R\$ 1.000,00 (um mil reais);

II - o estabelecimento privado à multa que poderá variar entre R\$ 1.000,00 (um mil reais) e R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), de acordo com o porte do estabelecimento, conforme critérios a serem estabelecidos em Decreto do Poder Executivo.

Parágrafo único. Quando o responsável pelo recinto coletivo for o dirigente de órgão público, promover-se-á, ainda, a sua responsabilização administrativa, nos termos da legislação aplicável.

Art. 9º O prazo para pagamento das multas de que trata o art. 8º desta Lei será fixado em Decreto do Poder Executivo, sendo assegurado ao infrator o contraditório e a ampla defesa perante o órgão estadual competente.

§ 1º Em caso de pagamento fora do prazo estabelecido no *caput* deste artigo, os valores serão atualizados pelo índice utilizado pelo Governo do Estado para a correção dos tributos estaduais e acrescidos de juros de mora de um por cento ao mês.

§ 2º A partir de um ano sem que haja o pagamento da multa, o Governo do Estado fará a devida cobrança através dos meios judiciais competentes.

Art. 10. A correção do valor das multas previstas no art. 8º desta Lei será feita anualmente pelo Poder Executivo, que adotará o mesmo índice usado para a atualização dos tributos estaduais.

Art. 11. No talonário destinado à lavratura das multas haverá espaço necessário para inteira identificação do infrator, inclusive quanto aos seus endereços residencial e de trabalho.

Art. 12. O Poder Executivo definirá, através de decreto, o órgão competente para proceder à autuação, imposição e gradação das multas de que trata esta Lei, observadas as peculiaridades de cada caso e a legislação vigente.

§ 1º É permitida a indicação de mais de um órgão e a celebração de convênios para o fim

disposto no *caput* deste artigo.

§ 2º Qualquer cidadão é parte legítima para reclamar providências por parte dos responsáveis pelos recintos coletivos de que trata o art. 1º desta Lei e do órgão mencionado no *caput* deste artigo.

Art. 13. Fica autorizado o Poder Executivo, através do órgão competente, a disponibilizar um setor ou departamento para viabilizar a criação de um banco de dados, destinado ao registro de identificação dos infratores, para fins de caracterização dos casos de reincidência.

Art. 14. O resultado da arrecadação das multas instituídas nesta Lei será revertido para um fundo especial destinado à prevenção e combate das doenças provocadas pela utilização de produtos fumígenos.

Parágrafo único. Fica o Poder Executivo autorizado a criar o fundo especial mencionado no *caput* deste artigo.

Art. 15. O Poder Executivo, através do órgão competente, promoverá ampla publicidade quanto ao disposto nesta Lei, enfatizando a existência das penalidades nela instituídas.

Art. 16. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, contados de sua publicação.

Art. 17. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 18. Ficam revogadas as disposições em contrário, especialmente as Leis nºs 10.273, de 19 de junho de 1989, 11.324, de 09 de janeiro de 1996, e 11.729, de 30 de dezembro de 1999.

Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, em 13 de maio de 2004.

ROMÁRIO DIAS

Presidente

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial do Estado.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Centro de Documentação e Informação

LEI Nº 9.294 DE 15 DE JULHO DE 1996

Dispõe sobre as Restrições ao Uso e à Propaganda de Produtos Fumíferos, Bebidas Alcoólicas, Medicamentos, Terapias e Defensivos Agrícolas, nos Termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O uso e a propaganda de produtos Fumíferos, derivados ou não do tabaco, de bebidas alcoólicas, de medicamentos e terapias e de defensivos agrícolas estão sujeitos às restrições e condições estabelecidas por esta Lei, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

Parágrafo único. Consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta Lei, as bebidas potáveis com teor alcóolico superior a treze graus Gay Lussac.

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado, privado ou público. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.546, de 14/12/2011*)

§ 1º Incluem-se nas disposições deste artigo as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema.

§ 2º É vedado o uso dos produtos mencionados no caput nas aeronaves e veículos de transporte coletivo. (*Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001*)

§ 3º Considera-se recinto coletivo o local fechado, de acesso público, destinado a permanente utilização simultânea por várias pessoas. (*Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.546, de 14/12/2011*)

Art. 3º É vedada, em todo o território nacional, a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, com exceção apenas da exposição dos referidos produtos nos locais de vendas, desde que acompanhada das cláusulas de advertência a que se referem os §§ 2º, 3º e 4º deste artigo e da respectiva tabela de preços, que deve incluir o preço mínimo de venda no varejo de cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tipi, vigente à época, conforme estabelecido pelo Poder

Executivo. (*“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.546, de 14/12/2011*)

§ 1º A propaganda comercial dos produtos referidos neste artigo deverá ajustar-se aos

seguintes princípios:

I - não sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde, ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas;

II - não induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga, ou a tensão, ou qualquer efeito similar;

III - não associar idéias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes;

IV - não associar o uso do produto à prática de atividades esportivas, olímpicas ou não,

nem sugerir ou induzir seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais;

(Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

V - não empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo;

VI - não incluir a participação de crianças ou adolescentes. *(Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)*

§ 2º A propaganda conterá, nos meios de comunicação e em função de suas características,

advertência, sempre que possível falada e escrita, sobre os malefícios do fumo, bebidas

alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, segundo frases estabelecidas

pelo Ministério da Saúde, usadas sequencialmente, de forma simultânea ou rotativa.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)

§ 3º As embalagens e os maços de produtos fumígenos, com exceção dos destinados à exportação, e o material de propaganda referido no caput deste artigo conterão a advertência mencionada no § 2º acompanhada de imagens ou figuras que ilustrem o sentido da mensagem.

(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)

§ 4º Nas embalagens, as cláusulas de advertência a que se refere o § 2º deste artigo serão sequencialmente usadas, de forma simultânea ou rotativa, nesta última hipótese devendo variar no máximo a cada cinco meses, inseridas, de forma legível e ostensivamente destacada, em uma das laterais dos maços, carteiras ou pacotes que sejam habitualmente comercializados diretamente ao consumidor.

§ 5º Nas embalagens de produtos fumígenos vendidas diretamente ao consumidor, as cláusulas de advertência a que se refere o § 2º deste artigo serão sequencialmente usadas, de forma simultânea ou rotativa, nesta última hipótese devendo variar no máximo a cada 5 (cinco) meses, inseridas, de forma legível e ostensivamente destacada, em 100% (cem por cento) de sua face posterior e de uma de suas laterais. *(Parágrafo com redação dada pela Lei nº 12.546, de 14/12/2011)*

§ 6º A partir de 1º de janeiro de 2016, além das cláusulas de advertência mencionadas no § 5º deste artigo, nas embalagens de produtos fumígenos vendidas diretamente ao consumidor também deverá ser impresso um texto de advertência adicional ocupando 30% (trinta por cento) da parte inferior de sua face frontal. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.546,*

de 14/12/2011)

§ 7º (VETADO na Lei nº 12.546, de 14/12/2011)

Art. 3º-A Quanto aos produtos referidos no art. 2º desta Lei, são proibidos: (Artigo acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

I - a venda por via postal; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

II - a distribuição de qualquer tipo de amostra ou brinde; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

III - a propaganda por meio eletrônico, inclusive internet; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

IV - a realização de visita promocional ou distribuição gratuita em estabelecimento de ensino ou local público; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

V - o patrocínio de atividade cultural ou esportiva; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

VI - a propaganda fixa ou móvel em estádio, pista, palco ou local similar; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

VII - a propaganda indireta contratada, também denominada "merchandising", nos programas produzidos no País após a publicação desta Lei, em qualquer horário; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

VIII - a comercialização em estabelecimento de ensino, em estabelecimento de saúde e em órgãos ou entidades da Administração Pública; (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000 e com nova redação dada pela Lei n.º 10.702, de 14/7/2003)

IX - a venda a menores de dezoito anos. (Inciso acrescido pela Lei n.º 10.702, de 14/7/2003)

§ 1º Até 30 de setembro de 2005, o disposto nos incisos V e VI não se aplica no caso de eventos esportivos internacionais que não tenham sede fixa em um único país e sejam organizados ou realizados por instituições estrangeiras. (Parágrafo acrescido pela Lei n.º 10.702, de 14/7/2003)

§ 2º É facultado ao Ministério da Saúde afixar, nos locais dos eventos esportivos a que se refere o § 1º, propaganda fixa com mensagem de advertência escrita que observará os conteúdos a que se refere o § 2º do art. 3ºC, cabendo aos responsáveis pela sua organização assegurar os locais para a referida afixação. (Parágrafo acrescido pela Lei n.º 10.702, de 14/7/2003)

Art. 3º-B Somente será permitida a comercialização de produtos fumígenos que ostentem em sua embalagem a identificação junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na forma do regulamento. (Artigo acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

Art. 3º-C A aplicação do disposto no § 1º do art. 3ºA, bem como 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 fumígenos, exige a veiculação gratuita pelas emissoras de televisão, durante a transmissão do evento, de mensagem de advertência sobre os malefícios do fumo.

§ 1º Na abertura e no encerramento da transmissão do evento, será veiculada mensagem de advertência, cujo conteúdo será definido pelo Ministério da Saúde, com duração não inferior a trinta segundos em cada inserção.

§ 2º A cada intervalo de quinze minutos será veiculada, sobreposta à respectiva transmissão, mensagem de advertência escrita e falada sobre os malefícios do fumo com duração não inferior a quinze segundos em cada inserção, por intermédio das seguintes frases e de outras a serem definidas na regulamentação, usadas sequencialmente, todas precedidas da

afirmação "O Ministério da Saúde adverte":

I - "fumar causa mau hálito, perda de dentes e câncer de boca";

II - "fumar causa câncer de pulmão";

III - "fumar causa infarto do coração";

IV - "fumar na gravidez prejudica o bebê";

V - "em gestantes, o cigarro provoca partos prematuros, o nascimento de crianças com peso abaixo do normal e facilidade de contrair asma";

VI - "crianças começam a fumar ao verem os adultos fumando";

VII - "a nicotina é droga e causa dependência"; e

VIII - "fumar causa impotência sexual".

§ 3º Considera-se, para os efeitos desse artigo, integrantes do evento os treinos livres ou oficiais, os ensaios, as reapresentações e os compactos. (Artigo acrescido pela Lei n.º 10.702, de 14/7/2003)

Art. 4º Somente será permitida a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão entre as vinte e uma e as seis horas.

§ 1º A propaganda de que trata este artigo não poderá associar o produto ao esporte olímpico ou de competição, ao desempenho saudável de qualquer atividade, à condução de veículos e a imagens ou idéias de maior êxito ou sexualidade das pessoas.

§ 2º Os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão advertência nos seguintes termos: "Evite o Consumo Excessivo de Álcool".

Art. 4º-A Na parte interna dos locais em que se vende bebida alcoólica, deverá ser afixado advertência escrita de forma legível e ostensiva de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção. (Artigo acrescido pela Lei nº 11.705, de 19/6/2008)

Art. 5º As chamadas e caracterizações de patrocínio dos produtos indicados nos artigos 2º e 4º, para eventos alheios à programação normal ou rotineira das emissoras de rádio e televisão, poderão ser feitas em qualquer horário, desde que identificadas apenas com a marca ou "slogan" do produto, sem recomendação do seu consumo.

§ 1º As restrições deste artigo aplicam-se à propaganda estática existente em estádios, veículos de competição e locais similares.

§ 2º Nas condições do caput, as chamadas e caracterizações de patrocínio dos produtos estarão liberados da exigência do § 2º do art. 3º desta Lei.

Art. 6º É vedada a utilização de trajes esportivos, relativamente a esportes olímpicos, para veicular a propaganda dos produtos de que trata esta Lei.

Art. 7º A propaganda de medicamentos e terapias de qualquer tipo ou espécie poderá ser feita em publicações especializadas dirigidas direta e especificamente a profissionais e instituições de saúde.

§ 1º Os medicamentos anódinos e de venda livre, assim classificados pelo órgão competente do Ministério da Saúde, poderão ser anunciados nos órgãos de comunicação social com as advertências quanto ao seu abuso, conforme indicado pela autoridade classificatória.

§ 2º A propaganda dos medicamentos referidos neste artigo não poderá conter afirmações que não sejam passíveis de comprovação científica, nem poderá utilizar depoimentos de profissionais que não sejam legalmente qualificados para fazê-lo.

§ 3º Os produtos fitoterápicos da flora medicinal brasileira que se enquadram no disposto no § 1º deste artigo deverão apresentar comprovação científica dos seus efeitos terapêuticos no prazo de cinco anos da publicação desta Lei, sem o que sua propaganda será automaticamente vedada.

§ 4º É permitida a propaganda de medicamentos genéricos em campanhas publicitárias patrocinadas pelo Ministério da Saúde e nos recintos dos estabelecimentos autorizados a dispensá-los, com indicação do medicamento de referência. (Parágrafo acrescido pela Medida Provisória nº 2.190-34)

§ 5º Toda a propaganda de medicamentos conterá obrigatoriamente advertência indicando que, a persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. (Primitivo § 4º renumerado pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001)

Art. 8º A propaganda de defensivos agrícolas que contenham produtos de efeito tóxico, mediato ou imediato, para o ser humano, deverá restringir-se a programas e publicações dirigidas aos agricultores e pecuaristas, contendo completa explicação sobre a sua aplicação, precauções no emprego, consumo ou utilização, segundo o que dispuser o órgão competente do Ministério da Agricultura e do Abastecimento, sem prejuízo das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou outro órgão do Sistema Único de Saúde.

Art. 9º Aplicam-se ao infrator desta Lei, sem prejuízo de outras penalidades previstas na legislação em vigor, especialmente no Código de Defesa do Consumidor e na Legislação de Telecomunicações, as seguintes sanções: (“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

I - advertência; (Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

II - suspensão, no veículo de divulgação da publicidade, de qualquer outra propaganda do produto, por prazo de até trinta dias; (Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

III - obrigatoriedade de veiculação de retificação ou esclarecimento para compensar propaganda distorcida ou de má-fé; (Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

IV - apreensão do produto; (Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

V - multa, de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) a R\$ 100.000,00 (cem mil reais), aplicada conforme a capacidade econômica do infrator; (Inciso com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

VI - suspensão da programação da emissora de rádio e televisão, pelo tempo de dez minutos, por cada minuto ou fração de duração da propaganda transmitida em desacordo com esta Lei, observando-se o mesmo horário. (Inciso acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

VII - no caso de violação do disposto no inciso IX do artigo 3ºA, as sanções previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo do disposto no art. 243 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. (Inciso acrescido pela Lei nº 10.702, de 14/7/2003)

§ 1º As sanções previstas neste artigo poderão ser aplicadas gradativamente, e, na reincidência, cumulativamente, de acordo com as especificidades do infrator.

§ 2º Em qualquer caso, a peça publicitária fica definitivamente vetada.

§ 3º Considera-se infrator, para os efeitos desta Lei, toda e qualquer pessoa natural ou jurídica que, de forma direta ou indireta, seja responsável pela divulgação da peça publicitária ou pelo respectivo veículo de comunicação. (Parágrafo com redação dada pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)

§ 4º Compete à autoridade sanitária municipal aplicar as sanções previstas neste artigo, na forma do art. 12 da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ressalvada a competência exclusiva ou concorrente:

I - do órgão de vigilância sanitária do Ministério da Saúde, inclusive quanto às sanções aplicáveis às agências de publicidade, responsáveis por propaganda de âmbito nacional;

II - do órgão de regulamentação da aviação civil do Ministério da Defesa, em relação a infrações verificadas no interior de aeronaves;

III - do órgão do Ministério das Comunicações responsável pela fiscalização das emissoras de rádio e televisão;

IV - do órgão de regulamentação de transportes do Ministério dos Transportes, em relação a infrações ocorridas no interior de transportes rodoviários, ferroviários e aquaviários de passageiros. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.167, de 27/12/2000)*

§ 5º O Poder Executivo definirá as competências dos órgãos e entidades da administração federal encarregados em aplicar as sanções deste artigo. *(Parágrafo acrescido pela Lei nº 10.702, de 14/7/2003)*

Art. 10. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo máximo de sessenta dias de sua publicação.

Art. 11. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 12. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 15 de julho de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Arlindo Porto

Adib Jatene

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

DECRETO Nº 8.262, DE 31 DE MAIO DE 2014

Vigência

Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, **caput**, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, no art. 50 da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, e no Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006,

DECRETA:

Art. 1º O Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 2º

I - RECINTO COLETIVO FECHADO - local público ou privado, acessível ao público em geral ou de uso coletivo, total ou parcialmente fechado em qualquer de seus lados por parede, divisória, teto, toldo ou telhado, de forma permanente ou provisória;

.....

V - LOCAL DE VENDA - área ou espaço fixo e fisicamente delimitado localizado no interior de estabelecimento comercial e destinado à exposição e à venda de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

VI - EMBALAGEM DE PRODUTO FUMÍGENO, DERIVADO OU NÃO DO TABACO - invólucro, recipiente ou qualquer forma de acondicionamento destinado a acondicionar ou empacotar os produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, que sejam comercializados diretamente ao consumidor.

“Art. 3º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo fechado.

§ 1º A vedação prevista no **caput** estende-se a aeronaves e veículos de transporte coletivo.

§ 2º Excluem-se da proibição definida no **caput**:

I - locais de cultos religiosos de cujos rituais o uso do produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, faça parte;

II - estabelecimentos destinados especificamente à comercialização de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, desde que essa condição esteja anunciada, de forma clara, na entrada, e desde que em local reservado para a experimentação de produtos dotados de condições de isolamento, ventilação ou exaustão do ar que impeçam a contaminação dos demais ambientes;

III - estúdios e locais de filmagem ou gravação de produções audiovisuais, quando necessário à produção da obra;

IV - locais destinados à pesquisa e ao desenvolvimento de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco; e

V - instituições de tratamento da saúde que tenham pacientes autorizados a fumar pelo médico que os assista.

§ 3º Nos locais indicados no § 2º deverão ser adotadas condições de isolamento, ventilação e exaustão do ar e medidas de proteção ao trabalhador em relação à exposição ao

fumo, nos termos de normas complementares editadas pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Emprego.” (NR)

“Art. 7º É vedada, em todo o território nacional, a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos, narguilé ou outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, com exceção apenas da exposição dos referidos produtos nos locais de vendas, observado o seguinte:

I - a exposição dos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, nos locais de venda somente poderá ocorrer por meio do acondicionamento das embalagens dos produtos em mostruários ou expositores afixados na parte interna do local de venda;

II - o expositor ou mostruário conterá as seguintes advertências sanitárias:

a) advertência escrita sobre os malefícios do fumo, segundo frases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, usadas sequencialmente, de forma simultânea ou rotativa;

b) imagens ou figuras que ilustrem o sentido das mensagens de advertência referidas na alínea “a”; e

c) outras mensagens sanitárias e a proibição da venda a menor de dezoito anos;

III - as frases, imagens e mensagens sanitárias previstas no inciso II ocuparão vinte por cento da área de cada uma das faces dos mostruários ou expositores que estejam visíveis ao público; e

IV - o expositor ou mostruário conterá, ainda, a tabela de preços, que deve incluir o preço mínimo de venda no varejo de cigarros classificados no código 2402.20.00 da Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI vigente.” (NR)

“Art. 7º-A. As embalagens de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, conterão:

I - advertência escrita sobre os malefícios do fumo, segundo frases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, usadas sequencialmente, de forma simultânea ou rotativa;

II - imagens ou figuras que ilustrem o sentido das mensagens de advertência referidas no inciso I; e

III - outras mensagens sanitárias e a proibição da venda a menor de dezoito anos.

§ 1º As embalagens dos produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, não poderão conter palavras, símbolos, dispositivos sonoros, desenhos ou imagens que possam:

I - induzir diretamente o consumo;

II - sugerir o consumo exagerado ou irresponsável;

III - induzir o consumo em locais ou situações perigosas ou ilegais;

IV - sugerir ou induzir bem-estar ou saúde;

V - criar falsa impressão de que uma marca seja menos prejudicial à saúde do que outra;

VI - atribuir aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou tensão ou produzam efeito similar;

VII - insinuar o aumento de virilidade masculina ou feminina ou associar ideia ou imagem de maior êxito na sexualidade das pessoas fumantes;

VIII - associar o uso do produto a atividades culturais ou esportivas ou a celebrações cívicas ou religiosas; e

IX - conduzir a conclusões errôneas quanto às características e à composição do produto e quanto aos riscos à saúde inerentes ao seu uso.

§ 2º Nas embalagens de produtos fumígenos, derivados ou não do tabaco, as cláusulas de advertência e as imagens a que se referem os incisos do **caput** deste artigo serão sequencialmente usadas de forma simultânea ou rotativa e, nesta última hipótese, variarão no máximo a cada cinco meses, inseridas, de forma legível e ostensivamente destacada, em cem por cento da face posterior da embalagem e de uma de suas laterais.

§ 3º A partir de 1º de janeiro de 2016, além das cláusulas de advertência e imagens a que se referem os incisos do **caput** deste artigo, nas embalagens de produtos fumígenos,

derivados ou não do tabaco, vendidas diretamente ao consumidor, também deverá ser impresso texto de advertência adicional ocupando trinta por cento da parte inferior de sua face frontal.” (NR)

Art. 2º Este Decreto entra em vigor cento e oitenta dias após a sua publicação.

Art. 3º Ficam revogados o inciso IV do caput do art. 2º e o art. 4º e art. 5º do Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996.

Brasília, 31 de maio de 2014; 193º da Independência e 126º da República.

DILMA ROUSSEFF

Arthur Chioro