

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
URI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO (PPGEDU)
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO E SEU
IMPACTO NA SAÚDE PULMONAR

MAURÍCIO DE VARGAS SOARES

Frederico Westphalen
2025

MAURÍCIO DE VARGAS SOARES

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO E SEU
IMPACTO NA SAÚDE PULMONAR**

Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) – *Campus* de Frederico Westphalen – como requisito para obtenção do grau de **Mestre em Educação**.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Riboli

Frederico Westphalen

2025

IDENTIFICAÇÃO

Instituição de Ensino/Unidade

URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen/RS

Rua Assis Brasil, nº 709, Bairro Itapagé, CEP: 98400-000 Frederico Westphalen/RS.

Direção do Campus

Diretora Geral: Prof.^a Dr.^a Elisabete Cerutti

Diretor Administrativo: Prof. Me. Alzenir José de Vargas

Diretor Acadêmico: Prof. Dr. Carlos Eduardo Blanco Linares

Departamento/Curso

Chefe do Departamento de Ciências Humanas: Prof.^a Maria Cristina Gubiani Aita

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação: Prof.^a Dr.^a Luci Mary Duso Pacheco

Orientadora

Prof. Dr. Cesar Riboli

Mestrando

Maurício de Vargas Soares

Temática

Políticas públicas de controle do tabagismo e saúde pulmonar.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 ESTADO DO CONHECIMENTO.....	9
3 METODOLOGIA	18
3.1 Análise de conteúdo.....	21
4 POLÍTICAS PÚBLICAS	23
4.2 Políticas públicas educacionais.....	27
5 TABAGISMO E SAÚDE PULMONAR.....	35
6 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO E SEU IMPACTO NA SAÚDE PULMONAR	49
7 ANÁLISE.....	57
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	63

RESUMO

O reconhecimento do tabagismo como grave problema de saúde pública tem estimulado as nações a adotarem, através de determinadas políticas, estratégias cada vez mais estruturadas e abrangentes para estimular a redução do consumo de cigarros, promovendo a educação sobre os danos, principalmente respiratórios, causados pelo hábito.

O ambiente escolar e as séries iniciais, pontos sensíveis à iniciação do hábito de fumar, são um foco principal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil, na medida que estabelece a inclusão do assunto no currículo escolar, como política educacional pois, desde 1996, através da Lei nº 9.394, define-se a obrigatoriedade do ensino de temas transversais como saúde, meio ambiente e ética.

Amparado pela análise bibliográfica, é possível fazer-se uma reflexão sobre a situação do tabaco, o contexto socioeconômico e, até mesmo cultural em que está inserido, além da efetividade das medidas adotadas contra o tabagismo em um período de dez anos. O INCA (Instituto Nacional do Câncer), detém a responsabilidade de nortear as ações para educação em sala de aula. Sua tarefa consta, também, no monitoramento em níveis populacionais da prevalência, gerando dados estatísticos que corroboram para o entendimento do possível efeito redução do tabagismo e sua relação com a ocorrência de doenças pulmonares.

De fato, a prevalência do hábito de fumar na população brasileira tem diminuído ao longo dos anos, porém, no momento, sem redução expressiva dos seus efeitos no que diz respeito à saúde pulmonar. Além disso, em determinados subgrupos, os índices de tabagismo vêm aumentando.

Vale ressaltar que, compreender com profundidade as políticas educacionais de controle do tabagismo e seu resultado, pode contribuir para aprimorar as estratégias de prevenção do próprio hábito que já configura como patologia, bem como das graves enfermidades advindas.

Palavras-chave: Políticas públicas. Tabagismo. Saúde Pulmonar.

ABSTRACT

The recognition of smoking as a serious public health problem has encouraged nations to adopt, through specific policies, increasingly structured and comprehensive strategies to encourage the reduction of cigarette consumption, promoting education about the damage, mainly respiratory, caused by the habit.

The school environment and the early grades, sensitive points for the initiation of the smoking habit, are a main focus of the National Tobacco Control Program in Brazil, as it establishes the inclusion of the subject in the school curriculum, as an educational policy since, since 1996, through Law No. 9,394, the mandatory teaching of cross-cutting themes such as health, environment and ethics has been defined.

Based on bibliographic analysis, it is possible to reflect on the situation of tobacco, the socioeconomic and even cultural context in which it is inserted, in addition to the effectiveness of the measures adopted against smoking over a period of ten years. INCA (National Cancer Institute) is responsible for guiding actions for education in the classroom. Your task also includes monitoring prevalence at the population level, generating statistical data that corroborate the understanding of the possible reduction effect of smoking and its relationship with the occurrence of lung diseases.

In fact, the prevalence of smoking in the Brazilian population has decreased over the years, but currently without a significant reduction in its effects on lung health. Furthermore, in certain subgroups, smoking rates have been increasing.

It is worth noting that a thorough understanding of educational policies for tobacco control and their results can contribute to improving prevention strategies for the habit itself, which is already a pathology, as well as the serious illnesses that result from it.

Keywords: Public policies. Smoking. Lung health.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema políticas públicas, tabagismo e saúde pulmonar.

A promoção de um estilo de vida saudável deve ser uma prioridade para melhorar a qualidade de vida das comunidades e reduzir os custos associados ao tratamento de doenças ligadas ao tabaco. Quando as pessoas não têm informações sobre os riscos associados a seu uso, podem ser menos propensas a evitar ou abandonar seu uso. A educação também desempenha um papel crucial na formação de uma consciência a respeito dos malefícios do uso do tabaco em todas as suas formas e apresentações.

O trabalho, pesquisa de mestrado em Educação, se desenvolve na esperança de que consiga contribuir na valorização das iniciativas de promoção de saúde, auxiliando na elaboração de programas educativos para crianças e adolescentes sobre prevenção ao uso do tabaco, reiterando a importância das políticas de saúde na redução do tabagismo.

O reconhecimento do tabagismo como grave problema de saúde pública tem estimulado as nações a adotarem, através de determinadas políticas, estratégias cada vez mais estruturadas e abrangentes para estimular a redução do consumo de cigarros, promovendo a educação sobre os danos, principalmente respiratórios, causados pelo hábito.

O ambiente escolar e as séries iniciais, pontos sensíveis à iniciação do hábito de fumar, são um foco principal do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil, na medida que estabelece a inclusão do assunto no currículo escolar, como política educacional pois, desde 1996, através da Lei nº 9.394, Lei de Diretrizes e Bases da Educação, define-se a obrigatoriedade do ensino de temas transversais como saúde, meio ambiente e ética.

Amparado pela análise documental, é possível fazer-se uma reflexão sobre a efetividade das medidas adotadas contra o tabagismo em um período de dez anos.

Como mentor intelectual e gestor, o INCA (Instituto Nacional do Câncer), detém a responsabilidade de nortear as ações para educação em sala de aula. Sua tarefa consta, também, no monitoramento em níveis populacionais da prevalência, gerando dados estatísticos que corroboram para o entendimento do possível efeito redução do tabagismo e sua relação com a ocorrência de doenças pulmonares.

A prática médica é, provavelmente, uma das profissões mais antigas do mundo. Os gregos foram os pioneiros no estudo das doenças, onde segundo Lima (2003)

[...] a sua cultura foi a primeira a se basear no primado da inteligência, ou seja, na supremacia do espírito de livre capacidade e livre exame. O entendimento entre as pessoas e o pensamento lógico e científico superavam a fé nos deuses, a superstição e a ignorância (Lima, 2003)

Eles tiveram como mestre, Hipócrates, contemporâneo de Platão e considerado como pai da medicina.

Após Hipócrates e Galeano, a medicina teve poucos avanços. Na Idade Média, era comum que o médico procurasse curar praticamente todas as doenças utilizando o recurso da sangria, feita, principalmente, com a utilização de sanguessugas. Porém, neste período os conhecimentos avançaram pouco, devido a uma forte influência da Igreja Católica, que condenava as pesquisas científicas.

No período do Renascimento Cultural (séculos XV e XVI) houve um grande avanço na medicina. Movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, médicos buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratórios

Segundo Lima (2003),

[...] este movimento superou o costume medieval que até então mantinha grande parte da população em estado da ignorância e passividade. Uma das principais características deste período foi o renascimento do conceito de dignidade de cada indivíduo e um desejo de liberdade (Lima, 2003).

Mesmo sendo tão antiga e ter se desenvolvido através da história, como ciência médica, na forma que conhecemos hoje, a medicina se encontra apenas em seu segundo século de existência. A medicina, como arte, tem suas raízes em épocas pré-

históricas, enquanto a científica pode ser considerada apenas durante o Século XIX, sendo resultante do crescimento e progresso das ciências naturais.

Na história quem praticava a medicina eram os feiticeiros, os xamãs e os sacerdotes dos templos. Segundo Lima, “a medicina, até então empírica e instintiva, passou ser exercida dentro de um conceito religioso e mágico. Forças sobrenaturais eram aceitas como causadoras de doenças e magia era a principal forma de tratamento”. Eles utilizavam recurso e perícias herdadas, até que a física, a química e a biologia transformaram o médico em praticante de ciência aplicada.

A medicina atual dispõe de várias drogas capazes de curar, controlar e, até mesmo, evitar inúmeras doenças. Aparelhos eletrônicos são capazes de fazer um diagnóstico apurado, passando informações importantes sobre o paciente e sua doença. Com todo conhecimento, a medicina hoje propicia uma visão mais ampla e concreta dos problemas humanos. Segundo Moraes (1997), “a medicina está situada na confluência de várias ciências e se apresenta com muitas técnicas aprimoradas por significativo contingente de arte”.

Os profissionais da medicina são resultado de uma formação árdua, onde o intelectual e o treinamento prático são conseguidos através de anos de estudos e dedicação. Segundo Moraes, “o estilo de vida que ela proporciona tem caráter sacerdotal, não pela gratuidade de seu serviço, mas pela devoção que ele exige”.

Podem ser várias as razões que levam uma pessoa a ingressar na medicina. Uma parte, com certeza, se identifica com a doença e sente satisfação em ajudar as pessoas. Está no cerne da Medicina a ligação essencial com o humano. Há nela todo um resumo da magnífica experiência humana: sofrimento, alegria, dor, cura, fé, esperança, caridade, vida e morte. Ao lidar com a doença, ele tenta debelar aquela que antecedeu a própria medicina. Tem, diante de si, um paciente sofredor buscando conforto, compreensão e cura.

Formado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), em 2004, com quase o dobro de tempo de formação em residências, mais de 2 décadas de atuação, como médico pneumologista e intensivista, atuando em instituições públicas, privadas e filantrópicas, seja em nível ambulatorial ou unidades de terapia intensiva (UTI “s”), através da qual foi possível detectar problemas recorrentes que supostamente vêm prejudicando o desenvolvimento de uma educação em saúde para controle do tabagismo

no sentido mais amplo, bem como observar a inquietação dos docentes através da mobilização de saberes na busca pelo aprimoramento de suas práticas pedagógicas.

Vale registrar que o interesse pelo tema surgiu na medida em que a vivência lutando contra as patologias relacionadas ao cigarro alinha o compromisso com a promoção de saúde descrito no Código de Ética Médica (Art. XIV), com a condolência do paciente que se expôs e desenvolveu uma determinada patologia que, na grande maioria, dificilmente poderá obter êxito em cura e determinará um grande sofrimento e redução de qualidade de vida, como a necessidade de usar, muitas vezes, a partir dos 45 anos de idade, oxigenioterapia domiciliar até o fim de sua existência ou mesmo ter sua vida abreviada.

A prática médica envolve um papel educativo fundamental que é exercido em todas as interações com o paciente, desde uma consulta de rotina até o momento de alta hospitalar, podendo, também, considerar como inclusiva e popular. Requer habilidades de comunicação, sensibilidade para considerar o contexto social e cultural do paciente e a capacidade de adaptar a informação à sua condição de compreensão no momento.

Então, para que esta investigação possa contribuir para o estudo da temática retro citada, verificar-se-á os documentos norteadores do Programa Nacional de Controle do Tabagismo disponibilizados pelo Ministério da Saúde, bem como analisar-se-ão as diferentes concepções de estratégias, a fim de discutir a iminente necessidade de que as políticas públicas voltadas para essa modalidade de ensino, além de questões estruturais, comportem também políticas de formação de educadores mais amplas e capazes de abarcar todas as dimensões intrínsecas à educação em saúde.

2 ESTADO DO CONHECIMENTO

Para realizar a compreensão e demonstrar a originalidade da pesquisa relacionada às políticas públicas de controle do tabagismo, a temática foi submetida à pesquisa denominada “estado do conhecimento”.

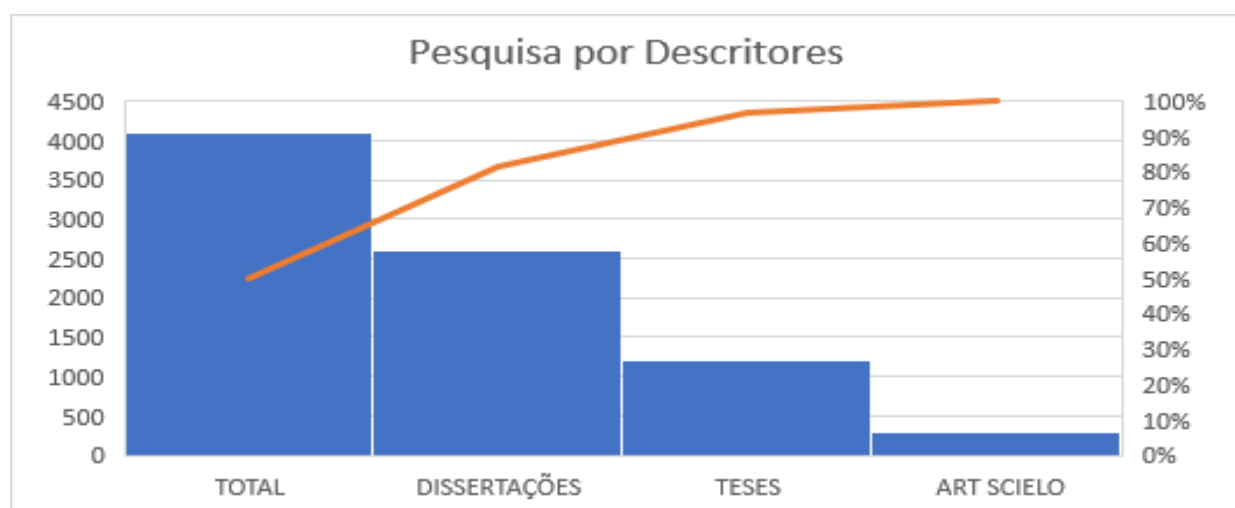
A busca sistematizada da produção científica foi realizada em bancos de dados de maior credibilidade, através de dois descritores, ressaltou a importância do trabalho, visto que poucas são as publicações do tema tabagismo utilizando-se deste enfoque (políticas públicas).

A pesquisa, realizada em fevereiro de 2024, considerou os trabalhos produzidos de janeiro de 2014 a janeiro de 2024, devido à estimativa de escassa produção e, principalmente, o fato de a pesquisa epidemiológica (fonte de dados estatísticos), encontrar-se no espaço de tempo de 2009 a 2019 (análise documental).

Foram usados os seguintes descritores: “Políticas Públicas *AND* Educação em Saúde” e “Políticas Públicas *AND* Controle do Tabagismo”.

As publicações selecionadas são demonstradas de forma individualizada, estando separadas por descritor e categorias, para melhor compreensão.

Gráfico 01 -Totalidade de publicações: Teses, Dissertações e Artigos Scielo



Fonte: elaborada pelo autor.

O gráfico 01 evidencia a proporção de trabalhos divididos em dissertações, teses e artigos, usando-se os descritores selecionados. Chama atenção a pequena quantidade de artigos publicados.

Tabela 01 - Total de produções: Dissertações, Teses e Artigos

DESCRITOR	TOTAL	DISSERTAÇÕES	TESES	ART SCIELO
'Políticas Públicas AND Educação em Saúde'	4.087	2.594	1.204	289
'Políticas Públicas AND Controle do Tabagismo'	30	14	8	8

TOTAL	4.117	2.608	1.212	297
--------------	--------------	--------------	--------------	------------

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa realizada através do Banco de Dados da CAPES e Artigos Scielo.

A tabela 01 demonstra um panorama geral do estado do conhecimento, na qual verificou-se a totalidade das dissertações (2.608), teses (1.212) e artigos (297), somando um total de 4.117 publicações.

Tabela 02 - Quadro demonstrativo DESCRITOR: ‘Políticas Públicas AND Educação em Saúde’

Banco de Dados: CAPES	TOTAL	DISSERTAÇÕES	TESES
ANO-BASE: 2014 a 2024	3.798	2.594	1.204
Filtro 1 – Área do Conhecimento: Saúde Coletiva	339	224	115
Filtro 2 – Área de Concentração: Promoção de saúde	31	26	5
Selecionadas por título	1	1	0

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa realizada através do Banco de Dados da CAPES.

A tabela a seguir evidencia o descritor políticas públicas e educação em saúde a qual identificou os seguintes números:

Tabela 03 - DESCRITOR: ‘Políticas Públicas AND Educação em Saúde’

Banco de Dados: Scielo	TOTAL
ANO-BASE: 2014 a 2024	289
Filtro 1 – Idioma: Português	261
Filtro 2 – Periódico: Revista de Saúde Pública	7
Selecionadas por título	2

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa realizada através do Banco de Dados da Scielo

Como pode ser observado no levantamento, utilizando-se o descritor “Políticas Públicas AND Educação em Saúde”, foram encontrados 4087 trabalhos, divididos em

2594 dissertações, 1204 teses e 289 artigos. Após a utilização dos Filtros 1 e 2 (Quadro 01), chegou-se a 31 títulos, sendo 26 dissertações e 5 teses. Posteriormente, foram separadas aquelas publicações cujo título tivesse proximidade com o tema, resultando em um único trabalho.

Por sua vez, usando critérios diferentes de seleção, em razão da impossibilidade de usar filtros semelhantes, foram escolhidos 289 artigos, 261 em língua portuguesa. Aplicando o Filtro 2 (Quadro 02), relativo ao periódico de maior afinidade com o tema da pesquisa, selecionados 7 e, por título, 2.

Ainda que existam alguns poucos trabalhos publicados, após refinamentos da pesquisa, notou-se escassa produção relacionada à temática, bem como o excesso de lacunas epistemológicas.

Tabela 04 - DESCRITOR: 'Políticas Públicas AND Controle do Tabagismo'

Banco de Dados: CAPES	TOTAL	DISSERTAÇÕES	TESES
ANO-BASE: 2014 a 2024	22	14	8
Filtro 1 - Área do Conhecimento: Ciências da saúde	15	10	5
Filtro 2 - Área de Concentração: Políticas, planejamento, gestão e cuidados em saúde	2	1	1
Selecionadas por título	2	1	1

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa realizada através do Banco de Dados da CAPES.

Tabela 05 - DESCRITOR: 'Políticas Públicas AND Controle do Tabagismo'

Banco de Dados: Scielo	TOTAL
ANO-BASE: 2014 a 2024	8
Filtro 1 - Idioma: Português	8
Filtro 2 - Periódico: Caderno de Saúde Pública	3
Selecionadas por título	3

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa realizada através do Banco de Dados da Scielo

Na pesquisa realizada com o descritor “Políticas Públicas *AND* Controle do Tabagismo”, foram identificadas 30 publicações, separadas em 14 dissertações, 8 teses e 8 artigos. Com a aplicação dos Filtros 1 e 2 (Quadro 03), obteve-se 2 trabalhos, sendo 1 dissertação e 1 tese, cujo título no filtro subsequente mostrava relação com a temática e, por isso, mantidos.

Da mesma forma que o descritor anterior, os 8 artigos foram expostos a filtros separadamente, todos no mesmo idioma (português), e encontrados em periódicos de relevância para pesquisa (Filtros 1 e 2 do Quadro 4), selecionando-se três títulos.

Desse modo, usando o recorte temporal de 2014 a 2024, a pesquisa teve como objetivo mostrar o que foi produzido nos últimos anos, no que diz respeito às estratégias de controle do tabagismo e o resultado observado na sociedade.

Analisando os trabalhos identificados, conforme a tabela 06, a seguir, percebe-se que nenhum deles integra todos os elementos pesquisados, ou mesmo apresentam o enfoque, que mistura dados políticos, educacionais, de saúde, buscando o panorama mais amplo possível no tema.

Tabela 06 - Trabalhos selecionados

Nº	ANO	AUTOR	TÍTULO	PALAVRAS-CHAVE	RESUMO
Sousa, Odílio Martins Moreira de. AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA EDUCAÇÃO INFANTIL' 22/02/2021 146 f. Mestrado em Saúde Coletiva Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, Fortaleza Biblioteca Depositária: UNIVERSIDADE DE FORTALEZA					
1	2022	Sousa, Odílio Martins Moreira de	Avaliação das ações de promoção de saúde na educação infantil.	Políticas Públicas AND Educação em Saúde	A escola de educação infantil tem a função de promover o desenvolvimento integral da criança, favorecendo a aquisição de competências para viver plenamente em sociedade. A aprendizagem nessa fase da educação básica envolve saberes e conhecimentos, que influem positivamente na construção da personalidade, na conquista da autonomia da criança, e, na adesão de estilos de vida saudáveis. Essa pesquisa se propôs a avaliar as contribuições da pré-escola, sob a perspectiva da promoção da saúde, como um serviço prestado pelo setor da educação, segundo a teoria de Donabedian (2003; 2005). Método: coleta na forma de entrevistas semiestruturadas (2 gestoras da escola de educação infantil, 3 docentes e 15 mães); roteiro de observação; e, análise documental. Tratamento dos dados: análise de conteúdo (BARDIN, 2016). Resultados: o cuidado na educação infantil é compartilhado entre as docentes e as famílias das crianças, através da construção e manutenção de uma rede de atenção social local, favorecendo a aprendizagem, não apenas do educando, mas incluindo a comunidade no processo ensino-aprendizagem, que envolve a aquisição de ferramentas sociais de enfrentamento e decisão sobre a própria saúde; a escola demonstrou estar atenta ao estado de saúde dos educandos, e, à insuficiência dos serviços locais básicos de saúde em relação às necessidades da comunidade; os currículos unificados como a Base Nacional Comum Curricular e as diretrizes nacionais da educação infantil contribuem para a promoção da saúde no cotidiano escolar; e, a escola de educação infantil oferece um serviço de promoção de saúde entendido como satisfatório, considerando a tríade donabediana, estrutura, processo e resultado. Conclusão: Apesar de alguns elementos estruturais sejam inadequados, o trabalho das docentes da educação infantil oferece condições favoráveis à aprendizagem em saúde e adesão de hábitos, com resultados consoantes com os preceitos das políticas de promoção da saúde, obedecendo às diretrizes ético normativas educacionais, situação

					confirmada pela observação das mães. Dessa forma, a escola de educação infantil pode ser considerada um ambiente promotor de saúde, que devido às inconsistências intersetoriais do Programa Saúde na Escola, destaca-se a atuação autônoma da instituição educacional em um regime de trabalho e dedicação independente da adesão a políticas de promoção da saúde, o qual as professoras de educação infantil seguem, em razão das exigências legais que a função de docente do serviço público exige, concentrando-se em suas atribuições pautadas na concepção da criança como sujeito de direitos.
Miccas, Fernanda Luppino; Batista, Sylvia Helena Souza da Silva . Educação permanente em saúde: metassíntese Revista de Saúde Pública Fev 2014, Volume 48 N. 1 P 170 – 185.					
2	2014	Miccas, Fernanda Luppino; Batista, Sylvia Helena Souza da Silva	Educação permanente em saúde: metassíntese	Políticas Públicas AND Educação em Saúde	OBJETIVO Realizar metassíntese da literatura sobre os principais conceitos e práticas relacionados à educação permanente em saúde. MÉTODOS : Foi realizada busca bibliográfica de artigos originais nas bases de dados PubMed, Web of Science, Lilacs, IBECs e SciELO, utilizando os seguintes descritores: "public health professional education", "permanent education", "continuing education", "permanent education health". De um total de 590 artigos identificados, após os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 48 para análise, os quais foram submetidos à análise individual, análise comparativa, análise com critérios de agrupamentos de elementos-chave e submetidos à metassíntese. RESULTADOS : Os 48 artigos originais foram classificados como elementos-chave em quatro unidades temáticas: 1) Concepções; 2) Estratégias e dificuldades; 3) Políticas públicas; e 4) Instituições formadoras. Foram encontradas três concepções principais de educação permanente em saúde: problematizadora e focada no trabalho em equipe, diretamente relacionada à educação continuada e educação que se dá ao longo da vida. As principais estratégias para efetivação da educação permanente foram a problematização, manutenção de espaços para a educação permanente e polos de educação permanente. O maior fator limitante foi relacionado à gerência direta ou indireta. Foram indicadas a necessidade de implementação e manutenção de políticas públicas, além de disponibilidade de recursos financeiros e de recursos humanos. As instituições formadoras teriam necessidade de articular ensino e serviço para a formação de egressos críticos-reflexivos. CONCLUSÕES : A articulação educação e saúde encontra-se pautada tanto nas ações dos serviços de saúde, quanto de gestão e de instituições formadoras. Assim, torna-se um desafio implementar processos de ensino-aprendizagem que sejam respaldados por ações crítico-reflexivas. É necessário realizar propostas de educação permanente em saúde com a participação de profissionais dos serviços, professores e profissionais das instituições de ensino.
Silva, Kênia Lara; Sena, Roseni Rosângela de; Belga, Stephanie Marques Moura Franco; Silva, Paloma Moraes; Rodrigues, Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde: desafios revelados práticas exitosas. Revista de Saúde Pública. Fev 2014, Volume 48 N. 1 P 76 - 85					
3	2014	Silva, Kênia Lara ; Sena, Roseni Rosângela de ; Belga, Stephanie	Promoção da saúde: desafios revelados práticas exitosas	Políticas Públicas AND Educação em Saúde	OBJETIVO : Identificar os avanços e desafios para a promoção da saúde em práticas exitosas nas áreas da saúde, educação, cultura, assistência social e esporte-lazer. MÉTODOS : Estudo qualitativo com dados obtidos da análise em profundidade que incluiu observação participante e entrevista com gestores, coordenadores, profissionais e participantes de 29 práticas indicadas como exitosas para a promoção da saúde, em seis municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, 2011. As variáveis de

		Marques Moura Franco ; Silva, Paloma Moraes ; Rodrigues , Andreza Trevenzoli			estudo foram concepção, dimensão, disseminação e oportunidade de acesso identificadas nas práticas, orientada pela análise de conteúdo temática. RESULTADOS : Observou-se indefinição conceitual e metodológica a respeito da promoção da saúde apresentada por objetos e finalidades contraditórios. As práticas se diferiram quanto à dimensão, disseminação e oportunidade de acesso, determinadas pela articulação intersetorial e investimento político e financeiro. CONCLUSÕES : A focalização das práticas em públicos vulneráveis, limites do financiamento e parcerias intersetoriais foram identificados como desafios para a promoção da saúde. Promoção da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Educação em Saúde; Assistência Social; Atividade Motora; Cultura; Pesquisa Qualitativa
PINHO, MARIANA COUTINHO MARQUES DE. Câmara Setorial do Tabaco como veto player da Política Nacional de Controle do Tabaco 30/03/2021 111 f. Mestrado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Biblioteca de Saúde Pública					
4	2021	Pinho, Mariana Coutinho Marques de	Câmara Setorial do Tabaco como veto player da Política Nacional de Controle do Tabaco	Políticas públicas AND Controle do tabagismo	A Política Nacional de Controle do Tabaco teve sua origem em ações depreendidas pelo governo federal na década de 1980 e hoje é reconhecida como uma política pública exitosa e contribui positivamente para indicadores de saúde. A política regulatória da produção, propaganda e consumo de tabaco no Brasil resultou do aprendizado social difundido por comunidades epistêmicas no plano internacional e nacional. No entanto, grupos afetados diretamente pela política regulatória têm exercido a opção do veto político. O objetivo da dissertação é descrever e analisar a dinâmica organizacional da Câmara Setorial do Tabaco, que pertence ao Ministério da Agricultura, e descrever a atuação de atores políticos afetados por políticas de controle do tabaco de difusão multilateral. Para isso, foi realizada pesquisa documental e revisão bibliográfica acerca do controle do tabaco no Brasil, atores (players) envolvidos e Câmara Setorial do Tabaco. Em seguida, procedeu-se com a coleta e organização dos dados e posteriormente com a análise das atas. Os referenciais teóricos e metodológico foram os relativos às comunidades epistêmicas, veto players, incrementalismo e neoinstitucionalismo. Os resultados apontam para o sucesso da política de controle do tabaco no Brasil, com apoio da comunidade epistêmica e diante da resistência de atores que defendem a fumicultura. A Câmara Setorial do Tabaco é composta prioritariamente por atores que defendem a cadeia produtiva do tabaco. Conclui-se que a política de controle do tabaco no Brasil, assim as medidas para políticas de desigualdades e de inclusão seguiu em um movimento incremental. Em determinado momento, as ações governamentais de controle do tabaco passaram a ocorrer em outro ritmo, mais lento. A Câmara Setorial do Tabaco é uma reação à Convenção-Quadro e uma violação ao seu artigo 5.3. Suas atas refletem a articulação para, ao cumprir seu objetivo, impedir o avanço da PNCT. A comunidade epistêmica brasileira tem contribuído com a proteção de que os interesses das empresas de tabaco e de seus aliados prevaleça. Nos últimos anos, a produção de novas e relevantes medidas de controle do tabaco sofreu impacto e registrou declínio significativo. Assim, o contexto político brasileiro no qual as medidas de controle do tabaco foram discutidas e vetadas é favorecido pelo enfraquecimento dos processos bilaterais.
Perez, Cristina de Abreu. Percepções e emoções suscitadas pelas advertências sanitárias das embalagens de cigarros brasileiras entre jovens e adultos, fumantes e não fumantes Rio de Janeiro 2022' 20/06/2022 275 f. Doutorado em SAÚDE PÚBLICA Instituição de Ensino: FUNDACAO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ), Rio de Janeiro Biblioteca Depositária: Saúde Pública					

5	2022	Perez, Cristina de Abreu	Percepções e emoções suscitadas pelas advertências sanitárias das embalagens de cigarros brasileiras entre jovens e adultos, fumantes e não fumantes Rio de Janeiro 2022'	Políticas públicas AND Controle do tabagismo	O tabagismo é reconhecidamente um problema de saúde pública, que tem como oponente as indústrias do tabaco bilionárias que visam ao lucro acima da saúde e deve ser enfrentado com ciência. Esta tese teve como objetivo contribuir com uma política nacional de controle do tabagismo, que tem sido modelo para muitos países, buscando conhecer as percepções e emoções suscitadas pelas advertências sanitárias das embalagens de cigarros brasileiras entre jovens e adultos, fumantes e não fumantes. O Marco Referencial utilizado foi a Teoria do Comportamento do Consumidor, que amplamente tem sido estudada e serviu de base, para que as falas pudessem ser interpretadas. A investigação ocorreu em todas as regiões do Brasil com base na metodologia qualitativa, através de grupos focais constituídos por fumantes e não fumantes das classes sociais C e D, em dois subgrupos etários: 15-17 anos e 18-55 anos. Não foram incluídos os analfabetos, usuários de outros produtos derivados do tabaco e mulheres grávidas. Os participantes e os responsáveis pelos menores de idade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As emoções e percepções suscitadas pelas advertências nos informantes apontam que as advertências sanitárias das embalagens de cigarros brasileiros parecem cumprir seu papel informando e estimulando não fumar, assim como evidenciam que o fumante demonstra ter conhecimento e perceber os efeitos deletérios causados pelos cigarros. No entanto, a percepção de que deixar de fumar é tão difícil, ou as tentativas anteriores podem ser tão frustrantes, que ele se mantém num ciclo vicioso da dependência, potencializado pela nicotina. Apesar do êxito alcançado pelas advertências brasileiras, algumas inovações podem ser introduzidas como: advertências nos próprios cigarros, inseridos nos maços, embalagem padronizada, a adoção de formatos alternativos de mensagens como questionamento e testemunho pessoal, a introdução de novos temas como consequências financeiras do tabagismo, a introdução de mensagens reforçando a possibilidade de deixar de fumar ainda mantendo o enquadramento negativo, fortalecendo no fumante a capacidade de mudar comportamento, reforçando a autoeficácia percebida, assim como informando efetivamente sobre o risco de sofrer consequências negativas pelo uso do cigarro, aumentando a eficácia da resposta percebida, apontando formas e estratégias para se alcançar a cessação de fumar.
Portes, Leonardo Henriques; Machado, Cristiani Vieira; Turci, Silvana Rubano Barretto. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. Cadernos de Saúde Pública 2018, Volume 34 N. 2					
6	2018	Portes, Leonardo Henriques ; Machado , Cristiani Vieira; Tur ci, Silvana Rubano Barretto	Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016	Políticas públicas AND Controle do tabagismo	O estudo analisa a política brasileira de controle do tabaco entre 1986 e 2016, buscando caracterizar a trajetória da política e discutir os seus avanços, limites e desafios. Adotaram-se a perspectiva da economia política e contribuições do referencial de análise de políticas públicas. Realizou-se análise bibliográfica, documental, de dados secundários e de entrevistas semiestruturadas com atores envolvidos na política. Fatores relacionados ao contexto nacional e internacional, ao processo político e ao conteúdo da política influenciaram a institucionalidade do controle do tabaco no país. Ressaltam-se a consolidação da rejeição social ao tabagismo, a estruturação governamental da política, a atuação da sociedade civil e o prestígio do Brasil no cenário internacional. Medidas intersetoriais de controle do tabaco, como o aumento de preços e impostos de cigarros, a promoção de ambientes livres do fumo e a adoção de advertências sobre os malefícios do tabagismo contribuíram para a expressiva redução da prevalência de fumantes no período. A implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde no Brasil, a partir de 2006, contribuiu para a expansão e consolidação da política nacional. No entanto, interesses econômicos relacionados ao tabaco limitaram a implementação de algumas ações estratégicas. Entre os desafios, destacam-se a sustentabilidade do controle do tabaco a médio e longo prazos e a superação das barreiras relacionadas à diversificação em áreas plantadas de fumo, ao combate ao comércio ilícito de cigarros e à interferência da indústria do fumo na política.
Teixeira, Luiz Antônio da Silva ; Paiva, Carlos Henrique Assunção ; Ferreira, Vanessa Nolasco. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização mundial da Saúde na agenda política brasileira, 2003-2005. Cadernos de Saúde Pública 2017, Volume 33 Supl. 3					
7	2017	Teixeira, Luiz Antônio da Silva ; Paiva, Carlos Henrique Assunção ; Ferreira,	A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização mundial da Saúde na agenda política	Políticas públicas AND Controle do tabagismo	Este estudo analisa a criação de uma agenda política de controle do tabaco no Brasil a partir da participação do país na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde (CQCT-OMS). Tal processo se estendeu entre as negociações diplomáticas para a participação do Brasil nesse Tratado, em 2003, e a sua ratificação pelo Congresso Nacional, em 2005, e foi marcado por longas controvérsias que colocaram frente a frente atores da saúde pública, que são os responsáveis pelas atividades de controle do tabaco, o alto escalão da diplomacia brasileira, os emissários da indústria tabaqueira, os representantes dos pequenos plantadores de fumo da Região Sul do país, deputados, senadores e ministros. O estudo toma como base as contribuições de John W. Kingdon sobre o processo de configuração de agenda no âmbito da formulação de políticas públicas. Sua construção baseou-se em bibliografia secundária, fontes legislativas e institucionais no período de 1995 a 2005. Conclui-se que a convergência da capacidade técnica da

		Vanessa Nolasco	brasileira, 2003-2005		burocracia da saúde e suas ações para o controle do tabaco, o envolvimento do alto escalão do Ministério das Relações Exteriores (fluxo de políticas), a iniciativa de criação do CQCT-OMS (fluxo de problemas) e a existência de um ambiente favorável, tanto no Executivo quanto no Legislativo (fluxo político), possibilitaram a abertura de uma janela de oportunidade para a ratificação da CQCT-OMS e sua ascensão à agenda de decisão governamental.
Pinto, Márcia Teixeira ; Pichon-Riviere, Andres ; Bardach, Ariel . Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cadernos de Saúde Pública jun. 2015, Volume 31 N. 6 Pág. 1283 – 1297					
8	2015	Pinto, Márcia Teixeira; Pichon-Riviere, Andres; Bardach, Ariel	Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos	Políticas públicas AND Controle do tabagismo	Os avanços no controle do tabagismo no Brasil podem ser verificados na redução da prevalência nas últimas duas décadas. As estatísticas de óbitos, ocorrência de eventos e custos diretos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas não são estimadas com frequência no país. O objetivo deste artigo foi estimar a carga do tabagismo em 2011, em termos de mortalidade, morbidade e custos da assistência médica das principais doenças tabaco- relacionadas. Desenvolveu-se um modelo econômico baseado em uma micro simulação probabilística de milhares de indivíduos através de coortes hipotéticas que considerou a história natural, os custos diretos em saúde e a qualidade de vida desses indivíduos. O tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer. O custo para o sistema de saúde foi de R\$ 23,37 bilhões. O monitoramento da carga do tabagismo é um importante estratégia para informar aos tomadores de decisão e fortalecer a política pública de saúde.

Fonte: Elaborada pelo autor com pesquisa de trabalhos selecionados entre 2014 e 2024

O trabalho desenvolvido se destaca pela abordagem do tema, a construção de uma linha de raciocínio baseada na profundidade dos conceitos envolvendo as políticas públicas e, principalmente, em termos de ineditismo, a interdisciplinaridade, ou seja, a associação de educação e políticas, juntamente com a ótica de um pesquisador médico especialista na área de pneumologia.

Portanto, a pesquisa “Estado do Conhecimento” reforça a importância da continuidade do projeto, dada a relevância do tema, o quanto interfere no cotidiano da sociedade, e o grande número de questionamentos que permeiam o tema.

O objetivo da presente pesquisa é “examinar as políticas públicas de educação no combate ao tabagismo e os impactos na saúde pulmonar.” Como objetivos específicos foram estabelecidos: analisar as políticas públicas educacionais para redução do tabagismo em seu aspecto teórico e sua existência; compreender o cenário no qual estão inseridas as políticas públicas antitabagismo enquanto medida educativa; analisar as políticas públicas de educação no combate ao tabagismo para evidenciar os impactos na saúde pulmonar.

A partir do objetivo geral e específico, foi concebido o seguinte problema de pesquisa: as políticas públicas conseguem combater a doença na sua origem?

Pode-se ver a definição das políticas públicas educacionais contra o tabagismo como uma vitória do interesse público sobre o privado na medida em que seu papel de

mediador de interesses antagônicos é exercido, ou seja, ocorre a supremacia do interesse público sobre a indústria produtora de tabaco.

Quando se aplica o conceito de tecnocracia (Morin, 1999), examinando os dados estatísticos produzidos pelos efeitos do uso do cigarro, relacionando as mortes, necessidades e custos de tratamento, bem como ausência ao trabalho, faz-se importante que o Estado, através de suas políticas públicas (Laswell, 1936), se articule para decidir, elaborar, implementar e avaliar, através de suas ações, estratégias que propiciem não só preservação da saúde, mas redução de gastos.

Mesmo em uma situação em que o Estado, principalmente no Brasil, acompanha os interesses de classes dominantes, desde o processo de industrialização, ou seja, a grande massa é carente de representatividade, tendo governo que atende os anseios da classe hegemônica; os dados matemáticos, sociológicos, históricos e sociais sinalizam a necessidade de voltar-se contra um forte e influente ramo da indústria.

Elaborar leis que regulem e determinem a educação em saúde talvez represente e documente, desse modo, o conceito defendido por Mészáros, na obra A educação para além do capital - é necessário romper com a lógica do capital se quisermos contemplar a criação de uma alternativa significativamente diferente. É preciso se apropriar da Educação enquanto mediação de um processo de luta mais amplo e emancipador.

Portanto, apropriar-se da educação, é uma ação estratégica para legitimação da luta de classes, lembrando, neste caso, características do pós-Modernismo, segundo Bauman, como questionamento da ordem, promoção de flexibilidade, desconstrução e negação.

A partir destas concepções evidenciadas e o problema de pesquisa estabelecido como “As políticas públicas de educação para o combate do tabagismo” questiona-se: efetivamente, as mesmas podem ser consideradas competentes no que diz respeito aos impactos causados à saúde pulmonar dos brasileiros?

3 METODOLOGIA

Configurando-se como uma etapa extremamente importante nas investigações científicas, o processo de análise e interpretação de dados necessita de uma postura criteriosa, uma vez que o empenho em identificar especificidades pode significar

melhores condições para o desenvolvimento da pesquisa, bem como acarretar novos estudos baseados num melhor entendimento do processo. Sobre a importância dessa fase do estudo, Gil (2002) discorre:

A análise tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente (Gil, 2002, p. 168).

Quando se fala em concepções, está se falando em uma construção histórica, uma vez que as condições sociais levam a mudanças de paradigmas, sempre que acontecem transformações na sociedade.

As concepções aqui discutidas tratam de metodologias implementadas para a realização de trabalhos científicos, que visam trazer confiabilidade para a pesquisa, considerando que trata de temas relevantes para a consecução de uma sociedade mais igual e que, portanto, demanda um estudo sério e confiável.

Considerando, nesse caso, que a pesquisa é desenvolvida mediante a utilização dos conhecimentos existentes e disponíveis e a utilização de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos, deve-se pautar por um método que efetivamente, auxilie na produção de uma pesquisa com resultados confiáveis, já que a pesquisa percorre um processo com várias fases, partindo da formulação do problema, até a apresentação dos resultados.

Admitindo que o objetivo de uma pesquisa científica sempre é atingir os objetivos que se propôs, a escolha da metodologia é extremamente importante, visto que ele é quem irá conduzir aos resultados da pesquisa.

Primeiro, é importante definir metodologia como o estudo do método para se buscar determinado conhecimento. Demo (2003, p. 19) diz que Metodologia “(...) é uma preocupação instrumental. Trata das formas de se fazer ciência. Cuida dos procedimentos, das ferramentas, dos caminhos”.

Nesse caso, a escolha do método adequado a cada tipo de pesquisa faz toda a diferença, já que:

“Todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos, em contrapartida, nem todos os ramos de estudo que empregam esses métodos são

ciências. Dessas afirmações, podemos concluir que a utilização de métodos científicos não é da ossada exclusiva da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos” (Marconi& Lakatos, 2003:88).

Quando se trata de método de pesquisa, deve-se entender que:

Não é possível sair da condição de objeto (massa de manobra), sem formar consciência crítica desta situação e contestá-la com iniciativa própria, fazendo deste questionamento o caminho de mudança. Aí surge o sujeito, que o será tanto mais se, pela vida afora, andar sempre de olhos abertos, reconstruindo-se permanentemente pelo questionamento. Nesse horizonte, pesquisa e educação coincidem, ainda que, no todo, uma não possa reduzir-se à outra. Nenhum fenômeno histórico é mais característico do questionamento reconstutivo do que o processo emancipatório, não apenas em seu ponto de partida, mas principalmente como marca permanente do processo (Borges e Silva, 2011, p 36.)

Isso porque o pesquisador não está desassociado da sua realidade histórica, o que demanda compreender, entender e intervir na realidade, a partir do conhecimento historicamente produzido.

Nesse caso, o método histórico fundamenta-se em reconstruir o passado objetivamente e acuradamente, em geral relacionando-o com uma hipótese sustentável. Desse modo, o conhecimento histórico contribui para a formação de novos conceitos, tal como destaca o pensamento de Piaget (1980, p. 25): “para a compreensão dos problemas epistemológicos tais como se põem hoje, convém fornecer um quadro prévio e a partir de uma evocação histórica”.

Quando se propõe a usar o método histórico-crítico, está se propondo também a que se observe não somente o conhecimento em si, mas o que o vincula ao seu sujeito e a sua história. Nesse caso, isso implica em uma análise global do conhecimento, ou seja, suas heranças científicas, tradições culturais e as circunstâncias que o atravessaram.

A presente pesquisa, se constitui, de acordo com Gil (2002) numa pesquisa qualitativa, que se valerá também de alguns dados quantitativos, de caráter descritivo, bibliográfico. Destacando que a pesquisa qualitativa, segundo Godoy (1995):

[...] não procura enumerar e/ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico de análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesse amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve. Envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada,

procurando compreender os fenômenos, segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995, p 58).

Já Minayo enfatiza que a pesquisa qualitativa:

[...] trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes e, a partir desse conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, busca compreender e interpretar a realidade (Minayo, 2007, p 24).

Para iniciar a investigação, serão utilizadas reflexões de autores renomados para fundamentar as questões norteadoras elencadas na formulação do problema, bem como documentos oficiais relacionados às políticas públicas.

A pesquisa documental, como procedimento metodológico que se utiliza de técnicas e instrumentos para apreensão é de grande valia para as investigações em políticas educacionais. Neste caso, serão utilizadas informações provenientes da legislação nacional, dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), além das conclusões de trabalhos epidemiológicos (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar). Observando a complexidade envolvida nos documentos de políticas, certamente, produzirá inferências e conhecimentos pautados numa perspectiva qualitativa e globalizante, atentando para critérios de plausibilidade e validação que darão confiança e credibilidade aos procedimentos produzidos.

Assim, a partir do levantamento bibliográfico, buscar-se-á explicar e referenciar o problema de pesquisa considerando os conceitos teóricos já divulgados e que possam ser de grande utilidade para o delineamento e percurso da pesquisa.

3.1 Análise de conteúdo

Para o desenvolvimento de qualquer trabalho científico, faz-se necessária a especificação dos procedimentos adotados para se chegar aos resultados esperados pela pesquisa. Conforme Triviños (1987), a análise de conteúdo tem uma longa trajetória em sua construção, mas foi com Berelson e Lazarsfeld (*apud* Triviños, 1987) que o método ganhou maturidade em relação ao seu emprego e à sua fundamentação teórica,

quando esses autores publicaram, em 1948, uma obra sobre a Análise de Conteúdo estabelecendo, entre outras coisas, as regras e princípios de análise.

Publicada em Paris no ano de 1977, a obra da professora Laurence Bardin, *L'analyse de contenu*, é considerada a de maior destaque quando o assunto é análise de conteúdo, sendo um verdadeiro manual sobre a operacionalização do método, seus princípios e conceitos fundamentais.

A autora define a estratégia como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (Bardin, 1977, p. 34).

A mesma autora afirma ainda que a análise de conteúdo “é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitem inferir sobre uma realidade que não a da mensagem”.

Já Franco (2003, p. 13) considera que é “o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada”.

Nesse caso, a análise de conteúdo é importante por ser uma técnica que permite a análise do que foi observado pelo pesquisador, o que auxilia na compreensão da pesquisa. Isso porque essa técnica é, na verdade, um conjunto de instrumentos metodológicos para análise das diferentes fontes de pesquisa utilizadas.

A análise de conteúdo divide-se em três fases, quais são: pré-análise, desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais; exploração do material, que consiste na construção das operações de codificação, isto é, consideram-se os recortes dos textos, a definem-se as e a classificação e agregação das informações; interpretação, que consiste na captação de conteúdos contidos em todo o material coletado.

CAPÍTULO IV – POLÍTICAS PÚBLICAS

O campo das políticas públicas é permeado por diversas colaborações disciplinares, assim como campo de pertencimento de áreas afins.

Em 1936, Harold Dwight Lasswell (1956) apresentou, pela primeira vez, a expressão análise de Política Pública (*Policy Analysis*). O autor procurou estabelecer contato entre a produção de ações governamentais no conhecimento científico e acadêmico em torno do tema. Herbert Simon (1957) traz para o debate o conceito *Policy Makers*, entendido como a criação de um meio racional de estruturas que pudesse satisfazer as necessidades próprias dos tomadores de decisão.

A expressão política pública visa definir uma situação específica da política que, por sua vez, é uma palavra de origem grega *politiko*, que determina a condição de participação da pessoa que é livre nas decisões dos rumos da cidade, a pólis.

Do ponto de vista etimológico, refere-se à participação do povo nas decisões da cidade. Lembrando que um agente sempre foi fundamental no acontecimento da política pública: o Estado. O Estado é definido como conjunto de poderes políticos de uma nação; governo; divisão territorial de certos países; nação politicamente organizada. O Estado Moderno teve início na segunda metade do século XV, na França, Inglaterra e Espanha, posteriormente, por toda a Europa.

O primeiro pensador sobre o Estado, Nicolau Maquiavel, na obra *O Príncipe* (1500), definia como um fenômeno de dominação, exercendo mais poder sobre os homens do que sobre o território.

Thomas Hobbes, autor de *Leviatã*, estabelece a teoria contratualista, ou seja, é realizado um pacto entre os indivíduos, com objetivo de construir uma sociedade harmônica. Para isso, defendia o poder absolutista nas mãos de um determinado soberano.

Diferentemente do anterior, John Locke, defendia que o poder deveria residir no povo, fundando uma democracia liberal, portanto, contra o despotismo do soberano.

Em *O Discurso*, de Jean Jacques Rousseau, de 1755, e *Do Contrato Social*, de 1762, já se discute que as relações entre os homens, do povo, podem ser desiguais,

mas a democracia deve ser assegurada pelo Estado. Defensor da propriedade privada, pregava a doutrina do liberalismo.

Adam Smith reforça a participação do Estado como defensor da nação e do princípio da propriedade, através do modelo de economia liberal, descrito em *A Riqueza das Nações* (1776).

Já para Hegel, o Estado funda a sociedade civil, ou seja, a soberania é estatal. O indivíduo pode recusar a tudo, mas tem responsabilidade social de construir o futuro de todos.

Rompendo com a linha de raciocínio de pensadores anteriores, Marx, assim como Engels, Gramsci e Mèzáros; defende que a sociedade civil está entrelaçada com a política e o que é determinante, na verdade, são as relações antagônicas entre a burguesia e o proletariado.

Marx difere de Engels, ao sinalizar que toda organização aparelhada do Estado é burguesa, e a conquista revolucionária só viria pela via contrária, superando o capitalismo e, conseqüentemente, levando à queda do próprio Estado. Enquanto Engels acreditava no voto como principal arma da classe trabalhadora e outras técnicas como antiquadas.

Lenin (*O Estado e a Revolução*, 1917), e Gramsci (*Cadernos do Cárcere*) concordam com Marx no que diz respeito ao caráter revolucionário, definido o Estado como uma máquina para exercício de poder, e uma ditadura de classe.

No caso da formação do Estado Brasileiro, a burguesia só encontra condições necessárias para construção e sua estrutura, com o processo de industrialização, que inicia a partir da década de 1930. De acordo com Sheen (2000), ao lado do desenvolvimento da burguesia, também se expandiram os índices de representação da classe média e do proletariado no conjunto da população brasileira.

No Brasil, a constituição do Estado Moderno foi caracterizada predominantemente, por negociações de interesses entre a oligarquia e a burguesia, deixando de lado as lutas da classe trabalhadora no âmbito da sociedade civil.

Souza apresenta seu entendimento sobre o tema políticas públicas:

Campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações e ou entender por que o como

as ações tomaram certo rumo em lugar de outro (variável dependente). Em outras palavras, o processo de formulação de política pública é através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real (Souza, 2003, p. 13).

Já para Azevedo (2003, p. 38), a partir das compreensões de Dye (1984) e Lowi (1966), política pública é tudo o que um governo faz e deixa de fazer, com todos os impactos de suas ações e suas omissões.

A afirmação de Dye encontra fundamento no artigo de Bacharachib & Barataz (1962), publicado no *American Science Review*, intitulado de *Two Faces Of Power*. O trabalho demonstra que a posição do governo de “não fazer nada” mediante um dado problema, pode ser considerado uma maneira de produzir políticas públicas. A definição cunhada por Lasswell, anterior à de Dye e também muito utilizada, surge em forma de provocação: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Para Francisco Heidemann e Salm (2009), a instituição que de alguma maneira serve a comunidade política (aqui entendida como sociedade em geral) promove de alguma forma políticas públicas. Nesse caso, o autor força uma divisão dos dividendos da execução de algum bem público, no entanto, não distribui de maneira equânime os custos desse processo. Cabe ao Governo Estatal prever as fontes de execução das políticas e o ator privado se apropriar dos resultados positivos.

Estabelece-se uma distinção entre política e política pública. Para Michel Foucault (1979), todas as pessoas fazem política, todos os dias, e até consigo mesmas na medida em que precisam tomar decisões diante de conflitos sociais, pessoais e subjetivos. Já para Azevedo, a sociedade civil não é responsável direto nem agente implementador de políticas públicas e sim o governo.

Para Foucault, o Estado seria o órgão central de poder e junto com as instituições disciplinares surgem também os mecanismos de dominação do indivíduo. O poder encontra-se sempre associado a alguma forma de saber. Exercer o poder torna-se possível mediante conhecimentos que lhe servem de instrumento e justificação. Em nome da verdade legitimam-se e viabilizam-se práticas autoritárias de segregação, monitoramento, gestão dos corpos e do desejo. Inversamente, é no centro de aparatos sofisticados de poder que sujeitos podem ser observados, esquadrihados, de maneira que, deles, sejam extraídos saberes produtores de subjetividade.

Atendo-se a uma análise nominalista, Foucault, recusa-se a pensar o poder enquanto coisa ou substância, os quais seriam possuídas por uns e extorquidas por outros. O poder opera de modo difuso, capilar, espalhando-se por uma rede social que inclui instruções diversas como a família, o hospital, a escola, a clínica. Ele é, assim, um conjunto de relações de força multilaterais (Foucault, 1979).

As reflexões do filósofo consistem na tentativa de estabelecer uma análise que escape das teorias políticas tradicionais, para as quais as relações de força são pensadas a partir do modelo de contrato social, da luta de classes, ou ainda da figura de um Estado absoluto e opressivo em oposição à sociedade civil.

Nesse sentido, o poder atua, não em conformidade à lógica binária dos dominadores versus dominados. Não é da onisciência de um soberano-que-tudo-sabe que o poder emana ou conserva-se. Ele irradia-se de modo microfísico, sem possuir um centro permanente. As relações de força são móveis e suscetíveis a modificarem-se, compõem arranjos transitórios dados a uma constante transfiguração. Será tal mobilidade que dará a Foucault contemplar a possibilidade de resistência face ao controle, reconhecendo-a como elemento indissociável de seu exercício.

No conjunto de suas reflexões, inscreve-se a análise de Foucault sobre biopoder, conceito pelo qual ele entenderá as práticas, surgidas no ocidente moderno, voltas à gestão e regulação dos processos vitais humanos. O poder sobre a vida instala-se como modo de administrar populações, levando em conta sua realidade biológica fundamental. Através dele, estabeleceu-se em nossas sociedades, desde o século XVII, um contingente significativo de conhecimentos, leis e medidas políticas, visando ao controle de fenômenos como aglomeração, epidemias, transformação dos espaços, organização liberal da economia.

Ele denomina todos esses mecanismos como o poder que faz viver, ou seja, o mesmo faz uma comparação com o poder soberano onde a intenção era fazer morrer, enquanto o poder disciplinar cuida de valorizar a vida. Seu intuito seria cuidar e garantir o bem-estar a toda sociedade contemporânea. Essa nova tecnologia estaria voltada para a manutenção da vida da espécie humana, mas também seria uma forma de controle invisível.

4.2 Políticas públicas educacionais

Se “políticas públicas” é tudo aquilo que um governo faz ou deixa de fazer, políticas públicas educacionais é tudo aquilo que um governo faz ou deixa de fazer em educação. Porém, educação é um conceito muito amplo para se tratar das políticas educacionais. Isso quer dizer que políticas educacionais é um foco mais específico do tratamento da educação, que em geral se aplica às questões escolares. Em outras palavras, pode-se dizer que políticas públicas educacionais dizem respeito à educação escolar (Oliveira, 2010).

Pode-se dizer que o primeiro documento de política educacional que vigorou no Brasil foram os “Regimentos” de D. João III, editados em 1548 para orientar as ações do primeiro governador geral do Brasil, Tomé de Souza, que chegou em 1549, acompanhado de quatro padres e dois irmãos jesuítas chefiados por Manuel da Nóbrega. Nesse mesmo ano jesuítas recém-chegados deram início à obra educativa centrada na catequese, guiados pela orientação contida nos referidos “Regimentos”, cumprindo, um mandato que lhes fora delegado pelo rei de Portugal.

A unificação dos países numa mesma agenda econômica (Globalização), imposta a estes pelo controle que um grupo limitado de países exerce sobre o mercado internacional, permitindo influenciar as decisões políticas dos demais, mudou o desenho político e econômico do mundo, exigindo também a incorporação de novas preocupações e tecnologias na educação.

Pode-se dizer que a releitura de uma doutrina de política econômica dos séculos XVIII e XIX, neoliberal ou neoliberalismo, que tem como premissa básica a não intervenção do Estado nas relações econômicas, garantindo, assim, total liberdade para que os grupos econômicos (proprietários dos meios de produção) pudessem investir a seu modo os seus bens, permitiu a integração do mundo inteiro a uma mesma agenda econômica.

Colocando-se em relevo as tensões e os conflitos de interesses na sociedade mais ampla em relação ao objetivo e função da escola, Michael Young (2007), discute os questionamentos de educadores e sociólogos críticos em relação ao papel da escola, a seu ver, equivocados, bem como as políticas governamentais neoliberais que visam adequar a escola às necessidades da economia, instituindo, a tensão entre demandas

políticas/econômicas e realidades educacionais uma das maiores questões educacionais do nosso tempo. Segundo ele, as escolas existem para o propósito de promover a obtenção de conhecimentos e que a negação desse propósito equivale a “negar as condições de adquirir conhecimento poderoso para os alunos que já são desfavorecidos pelas suas condições sociais” (2007, p. 1288-1294).

No Brasil, é possível identificar três orientações em relação às finalidades e formas de funcionamento da escola: a orientação dos organismos multilaterais, especialmente do Banco Mundial, para políticas educativas de proteção à pobreza; a orientação dialética/intercultural de atenção à diversidade social e cultural; e a orientação dialética/crítica assentada na tradição histórico-cultural; sendo que a primeira delas tem sido dominante em decorrência de vinculações das políticas educacionais a orientações de organismos internacionais (Libâneo, 2016).

Essas agências foram criadas pelos Estados Unidos, na Conferência de Bretton Woods em 1944, realizada no estado de New Hampshire, para regulamentar, no âmbito internacional, seu predomínio em assuntos mundiais, liderando o planejamento da reconstrução econômica dos países devastados após a 2ª Guerra Mundial. Criou-se, assim, o Banco Mundial, que passou a fazer empréstimos a países em desenvolvimento para implementar sua infraestrutura e impor políticas de controle econômicas e sociais (Libâneo, 2016).

A internacionalização, gerando modelação dos sistemas e instituições educacionais conforme expectativas supranacionais definidas pelos organismos internacionais ligados às grandes potências econômicas mundiais, reproduzindo documentos de políticas como diretrizes, programas, projetos de lei, etc.

Os organismos internacionais que mais atuam na educação, são a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura (Unesco), o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE).

Essas organizações atuam por meio de conferências e reuniões internacionais, tais como Conferência Mundial sobre Educação para Todos (1990), Conferência de Cúpula de Nova Delhi, Índia (1993), Cúpula Mundial de Educação para Todos – Dakar (UNESCO, 2000). Documentos originados dessas conferências assinadas pelos países-

membros e as orientações políticas e técnicas do Banco Mundial vêm servindo de referência às políticas educacionais do Brasil (Saviani, 2009; Evangelista, 2013).

As finalidades dessas instituições multilaterais sempre estiveram ligadas à cooperação técnica e financeira a países com dificuldades, por meio de empréstimos para programas relacionados à saúde, educação, saneamento, sustentados por acordos formais entre os países conforme estratégias e normas reguladoras eficientemente formuladas, incluindo ações de intervenção política nos países signatários.

A partir de 1990, passou-se a incorporar temas como justiça, equidade e inclusão, os quais deveriam figurar nas políticas educativas para países emergentes, em torno do mote “educação para alívio da pobreza” (Evangelista; Shiroma, 2006).

Verifica-se, assim a intencionalidade moral e econômica de promover a oferta da educação, ajustando às exigências de mundialização do capital, já que o aumento da pobreza teria um efeito prejudicial à Globalização (Evangelista; Shiroma, 2006).

Segundo Leher (1998, p. 9)

[...] longe de ser uma questão marginal, a educação encontra-se no cerne das proposições do Banco Mundial, como um requisito para a inexorável globalização, cumprindo a importante função ideológica de operar as contradições advindas da exclusão estrutural dos países periféricos que se aprofunda de modo inédito. O Banco Mundial inscreve a educação nas políticas de alívio da pobreza como ideologia capaz de evitar a “explosão” dos países e das regiões periféricas e de prover o neoliberalismo de um porvir em que exista a possibilidade de algum tipo de inclusão social (“todo aquele que se qualificar poderá disputar, com chance, um emprego”), para isto, a coloca no topo de seu programa de tutela nas regiões periféricas (Leher, 1998, p. 13).

Trata-se de desenvolvimento centrado no indivíduo como base para potencializar suas energias produtivas. Mais especificamente, o desenvolvimento humano é entendido como “um termo que se utiliza no sentido mais estreito e se refere ao desenvolvimento e conservação das capacidades das pessoas para contribuir para o desenvolvimento econômico e social”. Segundo Boom,

Em que pese o fato de esta nova estratégia ser expressa em termos de metas humanitárias e de preservação da liberdade, ela busca um novo controle dos países e de seus recursos. Mas ainda, a nova estratégia enfoca o ser humano como recurso mais importante sobre o qual devem ser focalizados todos os esforços, não só como objeto de exploração, mas como sujeito que demanda e consome e, portanto, suscetível de ingressar no mercado. Em síntese, o desenvolvimento humano é a miragem com a qual se pretende impulsionar as

novas relações da política global em que o mercado opera como ordenador econômico por excelência e a produtividade do indivíduo se constitui como propósito central dessa estratégia (Boom, 2004, p. 220).

Na linguagem do Banco Mundial, a educação é a solução para prevenir problemas da expansão capitalista em decorrência da marginalidade e da pobreza. A aprendizagem e a escola se prestam à solução de problemas sociais e econômicos dentro dos critérios do mercado global. A satisfação das necessidades básicas de aprendizagem significa criar os insumos necessários para que o aluno alcance a aprendizagem como produto, ou seja, conhecimento e habilidades necessárias ao mercado de trabalho.

Segundo Stephen Ball (1994), a educação foi transformada em uma mercadoria, fazendo com que instituições funcionem como empresas privadas gerando compra e venda de serviços educacionais, comercialização de materiais, criação de instituições educacionais.

Ball traz o conceito de performatividade de Lyotard (1984), que a considera uma tecnologia. Este conhecimento está ligado à ideia de transformação da educação em produto, sendo mensurado através de indicadores de resultados, gerando mecanismos de comparação e julgamento de profissionais. Novas linguagens, papéis e subjetividades são produzidas nesse contexto em que os professores baseados nesse valor performativo, onde sua prática é remodelada para atender demandas externas e avaliações.

A performatividade seria uma das tecnologias políticas de reforma, que funciona como um mecanismo para “reformatar” professores, atuando na mudança da identidade e nas subjetividades docentes. Ressalta a faceta negativa do conceito desde a utilização da expressão “terrores da performatividade”. Ela pode ser considerada uma tecnologia, cultura e um método de regulamentação que se baseia em meios de controle, mudança, atrito e julgamentos acerca da atuação profissional.

É a instauração de uma nova cultura de performatividade competitiva com o intuito de produzir novos perfis institucionais. Que visa produzir lucros na área social, além de expandi-la. Implementa práticas que “vinculam a organização e o desempenho das escolas a seus ambientes institucionais”. Promove mudança da posição do cidadão de dependência ao estado de bem estar social para exercer o papel de consumidor ativo.

Tudo isso movido por um sistema de recompensas e, por outro lado, sanções sempre baseadas na competição e na performatividade.

Novas linguagens, papéis e subjetividades são produzidos nesse contexto em que os professores baseados nesse valor performativo, onde sua prática é remodelada para tender demandas externas e avaliações. Cria-se na pós-modernidade (ou modernidade líquida) uma nova ideia, um novo conceito de profissionalismo. As nomenclaturas, segundo Ball variam entre “novo profissionalismo”, “pós - profissionalismo” ou “profissionalismo pós-moderno”. Essas novas concepções preconizam a obediência cega às regras impostas por instituições e a obtenção de resultados, satisfazendo julgamentos pré-estabelecidos. A prática docente torna-se fechada em si, a função criativa e dialética do professor é cerceada para dar lugar à busca incessante da *performance* que não adiste “falhas”.

No entanto, apesar das contribuições que Ball traz para o campo crítico, ele não explicita os valores e posições políticas que norteiam suas pesquisas, caracterizando o que Gerwitz (2007) chama de “crítica vinda de cima”, ou seja, uma análise científica não comprometida com os dilemas práticos vivenciados pelos sujeitos e, consequentemente, deficitária na contribuição que pode oferecer para o desenvolvimento de políticas e práticas mais justas.

Sharon Gewirtz, por sua vez, ao utilizar o conceito de justiça social, baseado na concepção multidimensional de justiça elaborada por Nancy Fraser em diálogo com as cinco facetas da opressão e Iris Young, como base de suas análises, apresenta com horizonte um valor primordial que, segundo ela, deveria informar a direção e o conteúdo das lutas políticas, fundamentar a escolha dos alvos de mudança social e caracterizar o tipo de sociedade com o qual as pesquisas deveriam assumir compromisso ético. Este seria o diferencial de Sharon Gewirtz em relação a Stephen Ball, o que marca sua grande contribuição ao campo de análise de políticas públicas.

Ela reforça que o campo de investigação da sociologia política deveria contribuir para informar o trabalho daqueles que lutam cotidianamente pela criação e implementação de práticas e políticas socialmente justas. Nesse sentido, ela ressalva que a utilização do conceito de justiça social, mas pesquisas não deve restringir-se a considerações teóricas e abstratas; ao invés, deve abranger reflexões sobre os dilemas e desafios de sua implementação no mundo real. Isso inclusive problematiza o próprio

conceito ao permitir vislumbrar como as diferentes dimensões da justiça social podem entrar em conflito entre si, com outros valores socialmente desejáveis e com as condições concretas de cada tempo histórico.

A partir das ideias de alguns autores (Bowe et al., 1992; Rhodes e Marsh, 1992; Ball, 1994; 2007; Taylor, 1997; Fulcher, 1999; Muller e Surel, 2002; Olsen et al., 2004; Lingard e Ozga, 2007), busca-se indicar que a pesquisa de políticas educacionais comprometida com uma perspectiva crítica e dialética, necessita de uma investigação abrangente a respeito do conjunto de influências que atuam no processo de formulação de políticas, como: influências globais, indivíduos, grupos, redes políticas (Mainardes, 2009).

Há milhares de anos, os povos que constituíam a humanidade, na Pré-História, desenvolveram-se em relativo isolamento, com linguagens, crenças, rituais e costumes absolutamente diferentes e estranhos uns dos outros. Sua conexão não é um fenômeno recente em encontra-se em fermentação desde as grandes navegações. A circulação de mercadorias tem uma longa tradição, desde o consumo de especiarias do Oriente, do cultivo da batata na Europa e inúmeras outras importações, incluindo alimentos, animais e até doenças. Com a conquista da América e a disseminação das ideias e técnicas dos europeus, começa um processo de ocidentalização do mundo, que corre lentamente do século XV até o século XX.

Ao final do século XX, esse processo acelera-se. Mas globalização não é o mesmo que consciência planetária. Pode-se dizer, conforme Morin, que “a humanidade comunicante continua a ser uma humanidade em retalhos”. Aumentamos o intercâmbio de mercadorias e a velocidade das trocas, mas não o contato entre as pessoas e as alianças entre os povos.

A globalização da educação pode ser geradora de oportunidades como acesso a uma educação e qualidade, intercâmbio entre universidades e desenvolvimento de conhecimentos relevantes para um contexto globalizado. Pode, também, representar como mercadoria, em vez de um bem, gerar mais lucro do que fornecer educação de qualidade.

Educação é frequentemente associada à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), pela dimensão e amplitude que tem, aparecendo na arena dos processos educacionais em saúde. Os lugares de produção do cuidado, visando

integralidade, corresponsabilidade e resolutividade são, ao mesmo tempo, cenários de produção pedagógica, pois concentram o encontro criativo, entre profissionais e usuários.

O Ministério da Saúde define educação em saúde como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (MS, 2006).

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do Ministério da Saúde apresente elementos que pressupõe essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática.

A educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade.

O termo *educação em saúde* vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX e para sua melhor compreensão faz-se necessário o entendimento da história da saúde pública no Brasil. A expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, apresentava estratégias de saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas, em que as classes populares eram vistas como passivas e incapazes de iniciativas próprias. As ações do estado se davam por meio das chamadas campanhas sanitárias.

Outras formas de educação eram caracterizadas por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela saúde. Um trabalho realizado por Alves e Aerts em 2011 afirma:

[...] com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver o conhecimento científico capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população.

Exemplo clássico de como se davam as práticas educativas em saúde na época ficou registrado na obra do escritor infanto-juvenil Monteiro Lobato, que criou em seu livro *Urupês*, obra publicada em 1918, o personagem *Jeca Tatu*, trabalhador rural do vale do Paraíba (São Paulo), um caboclo que sofria do *amarelão*, doença posteriormente diagnosticada como ancilostomose ou ancilostomíase, denunciando as precárias condições de vida da população. À época, as campanhas sanitárias utilizaram a figura do personagem indicando que as origens dos problemas de saúde eram de responsabilidade individual, não contextualizando os problemas sanitários de forma crítica a partir de mudanças coletivas.

Atualmente, as concepções de educação em saúde, abrangeram a prática transformadora e problematizadora, bem como a relação com a educação continuada e educação ao longo da vida. Tais conceitos são baseados nas premissas das políticas públicas e das mudanças históricas da maneira de lidar e reconhecer as necessidades da população. Os artigos que fundamentam a pesquisa na compreensão da educação em saúde, pautada na realidade e que promove a integração entre o universo do ensino e da saúde, identificaram que a participação de todas as esferas constitui numa forma de democratização nas relações institucionais e pode ser estratégica para um objetivo comum.

Desta forma, compreende-se e discute-se a proposta política de educação em saúde como construção compartilhada de conceitos que supera a cultura organizacional baseada na centralidade de decisões. Adicionalmente, pressupõe uma rede de relações tecida por todos os participantes por meio das ideias, necessidade e sentimentos presentes nas interações sociais, o que se reflete nas percepções e vivências da realidade.

CAPÍTULO V- TABAGISMO E SAÚDE PULMONAR

O tabagismo é um dos principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e a principal causa global de prevenível de morbidade e mortalidade, responsável por cerca de 6 milhões de mortes ao ano. Projeções apontam que, em 2020, esse número será de 7,5 milhões, ou seja, 10% de todas as mortes ocorridas no mundo.

Há, aproximadamente, quatro séculos, o tabaco era desconhecido da maior parte da população, exceção da população indígena da América. Originária da América, essa planta só ficou conhecida na Europa a partir do século XVI. Teria sido André Thevet – capelão da expedição francesa, que, entre 1555 e 1567, tentou se estabelecer no Brasil, na chamada França Antártica, quando se deu a fundação da cidade que seria chamada Rio de Janeiro pelos portugueses que depois o expulsaram.

Jean Nicot, embaixador com acesso à corte, utilizou, conforme ensinamento dos indígenas, as folhas do tabaco para tentar curar as enxaquecas crônicas da rainha Catarina de Médicis. A partir do século XVIII, o *petum* (nome indígena do tabaco) ficou conhecido como *nicotiana tabacum* (nome científico).

Os europeus acreditaram, inicialmente, em poderes curativos da planta. De acordo com relatos de Sir Francis Drake, navegador inglês que visitou a América pelo menos quatro vezes no século XVI, os ameríndios usavam o tabaco:

[...] contra dor de dente, colocando suas folhas sobre o dente dolorido; como colírio, lavando os olhos com uma infusão preparada com suas folhas; e usavam o bálsamo, para cicatrizar feridas provocadas por flechas envenenadas. Quando enjoados, eles inalavam a fumaça para provocar vômito. Quando moído para virar pó servia para descongestionar o nariz.

Além disso, era usado para evocar espíritos em rituais de contemplação e, até mesmo, nas cerimônias de estabelecimento de tratado da paz.

Os europeus ampliaram o uso do tabaco como medicamento na forma de xaropes, extratos, sucos, inalações, pomadas, emplastros, entre outros. Ele passou a ser usado na tentativa de curar úlceras, enxaquecas, doenças reumáticas, hérnia, gota, escabiose, doenças venéreas e, por incrível que pareça, até asma.

A associação do suposto potencial curativo certamente contribuiu para sua rápida disseminação. Nenhuma droga ou comportamento social expandiu-se com a

velocidade do tabagismo que, em 1650, já havia conquistado os cinco continentes. Na Europa, aristocratas e burgueses entregaram-se rapidamente ao consumo do tabaco. Clube e academias foram criados para ensinar a fumar longos cachimbos. Na Prússia, fundou-se no início do século XVIII, o "*Tabak Collegium*" ("Parlamento do Tabaco"). No qual, todas as tardes, ministros, generais e artistas se reuniam para discutir assuntos políticos, administrativos e legislativos aspirando longos cachimbos.

A população, principalmente marinheiros e soldados, rapidamente aderiram à nova moda. O aumento do consumo estimulou o interesse na produção, que se disseminou nas colônias inglesas do Sul, na América do Norte, Sir Walter Raleigh tornou-se o mais célebre tabagista da história e, ao divulgar o uso do cachimbo, milionário.

O tabaco também foi produzido no Brasil na região do recôncavo baiano, em Sergipe e Alagoas para ser utilizado como elemento de escambo do tráfico de escravos na África, difundindo-se também nesse continente. Na região das Antilhas, a produção de tabaco também se ampliou. Até hoje, são famosos os charutos produzidos em Cuba.

Nem todos acreditavam nas virtudes do tabaco. Alguns monarcas, como Jaime I, da Inglaterra, e Luiz XIX, da França, foram fortes opositores. Proibiram o fumo em seus reinos e puniam que desobedecia.

Aos poucos, os cachimbos rústicos dos índios de transformaram em requintados instrumentos de fumar feitos de matérias nobres como porcelana, bronze, argila e cobre, decorados, ornados e até, incrustados com pedras preciosas.

Além do cachimbo, outra forma de fumar tornou-se muito popular a partir do início do século XVIII: a moda de aspirar rapé. Inicialmente, o apelo vinha de suas virtudes terapêuticas: o espirro provocado pelo rapé "eliminava os humores supérfluos, revigorava o cérebro e clareava a mente". Após constatar a ilusão terapêutica, o hábito enraizou-se no comportamento social e nas relações diplomáticas como atitude que revelava elegância e civilidade de seus praticantes.

Para guardar e aspirar rapé eram utilizadas a tabaqueiras, que passaram a ser fabricadas com os tipos de materiais: ouro, chifre, marfim, transformando-se, assim, em mais um símbolo de *status*.

O consumo cada vez mais aumentava os lucros. Para garantir que a Coroa se beneficiasse, foi instituído, na França, em 1716, o monopólio real. Com isso, o Estado passou a ser o único importador, fabricante e vendedor de tabaco. Essa política, de

caráter mercantilista, gerou fabulosos lucros para a Coroa Francesa, que punia severamente os infratores contrabandistas.

Essa situação durou até a Revolução Francesa. Em 1791, restabeleceu-se a liberdade de cultivar, fabricar e vender tabaco. Mais tarde, Napoleão estimulou sua produção e consumo, estimulando a ideia de que fumar era um ato revolucionário, e com isso, cresciam cada vez mais o consumo e os lucros.

Durante a segunda metade do século XIX, o rapé começou a ceder lugar para o charuto e o cigarro. A industrialização e a urbanização mudavam radicalmente a vida das pessoas, criando novas formas de moradia e novos hábitos. O consumo de café, que se generalizou nesse século, reforçou o consumo de tabaco. Acreditava-se que ambos agiam com estimulantes físicos e intelectuais, o que levava tanto os trabalhadores fabris quanto as elites a consumi-los com voracidade.

A produção industrial do cigarro cresceu vertiginosamente, atingindo o total de bilhões de unidades diárias. O Brasil, que produzia tabaco para trocar por escravos, aumentou enormemente sua produção, principalmente no século XX. O consumo de tabaco tem sido amplamente difundido pela literatura e artes em geral. Ao longo da história, diversos autores destacam suas propriedades relaxantes que libertam os pensamentos e estimulam as ideias. Em língua portuguesa, o exemplo mais significativo é, talvez, o poema "A Tabacaria", de Fernando Pessoa.

Observa-se como, nele, Fernando Pessoa expressa um sentimento que se tornou lugar-comum em sua época e que mantém até hoje: a de que o fumo relaxa, estimula os pensamentos, aumenta a sensação de liberdade e é fonte de grande prazer. Essa ideia, que é verdadeira em parte porque a nicotina presente no tabaco é um estimulante, é reforçada pela publicidade, que utiliza os mesmos apelos, além daqueles relacionados à sensualidade.

O tabaco também foi louvado por arquitetos, músicos e escultores. Como elemento decorativo, as folhas de tabaco foram usadas para adornar estátuas, capitéis, brasões de armas, expressando o poder e a riqueza de nobres, cidades e reinos. No Brasil, a folha de tabaco fez parte no brasão presente na Bandeira Nacional.

Músicos como Johan Sebastian Bach, convicto fumante de cachimbo, dedicou uma de suas cantatas profanas ao tabaco. Na música popular são inúmeras as letras que fazem referência ao cigarro. O tango argentino *Fumando Espero!* foi um sucesso

estrondoso na década de 1920. Dizia: "Fumar é um prazer ideal, sensual. Fumando espera aquele que mais quero!" Inclusive, há fortes indícios de que ele foi encomendado por companhias que fumageiras para divulgar o consumo de cigarro entre as mulheres.

Medicamento, desinibidor ou relaxante, estimulante ou liberador, símbolo de inteligência, elegância, poder ou riqueza de seus consumidores, a prática de fumar tabaco foi louvada e estimulada de todas as formas possíveis, passando de comportamento restrito aos índios americanos à prática frequente e dependência de bilhões de pessoas em todo mundo.

O mais antigo registro histórico dos danos do tabagismo, data de 1761, quando o médico londrino John Hill, correlacionou tumores de nariz ao consumo de rapé (Carvalho, 2001). Em 1798, o médico estadunidense Benjamin Rush publicou sobre os riscos do tabaco para a saúde, apresentando os relatos de acidente vascular cerebral, epilepsia, câncer nos lábios, morte súbita por uso excessivo, entre outros. Em 1859, o clínico francês Bouisson advertiu sobre os efeitos nocivos do fumo em um estudo com 68 clientes no Hospital Montpellier que sofriam de câncer nos lábios, da mucosa bucal e da língua, dos quais 66 fumavam cachimbo.

Por volta da metade do século XX, a indústria fumageira havia consolidado as principais marcas de cigarro no mercado mundial, apesar de uma forte pressão de entidades científicas que criticavam a veiculação de ideias que transmitiam ao público a imagem de um produto seguro para o consumo. As empresas produtoras defenderam a inexistência de pesquisa conclusivas capazes de associar rigorosamente, por exemplo, câncer de pulmão ao tabagismo, ao tempo que manipulavam a opinião pública com lançamento de cigarros com baixo teor de nicotina ou anúncios que destacam o caráter *light* ou suave de seus produtos.

A fim de amenizar as críticas, a indústria adicionou, na década de 50, os filtros nos cigarros, sugerindo que os consumidores poderiam continuar usando seus produtos de forma segura. A introdução desse dispositivo no Brasil teve ampla aceitação. Em 1977, os cigarros com filtro chegavam a 33%, atingindo 96% em 1979.

Matthew Myers, importante personalidade na luta contra o tabagismo e presidente do "Campaign for Tobacco-Free Kids" considera que, provavelmente uma das mentiras mais devastadoras na história do mundo dos negócios tenha sido a veiculação da ideia

de que fumar não causa enfermidades e de que a indústria tabaqueira não focou a publicidade em crianças e adolescentes.

O cigarro tornou-se símbolo de rebeldia, de autonomia e de sucesso. A partir da década de 1950, passou a fazer parte das produções cinematográficas, e o cinema, assim como a publicidade, sem dúvida, foi o grande responsável pela propagação do hábito de fumar. Belos astros e estrelas de Hollywood apareciam fumando, atribuindo glamour ao hábito e conquistando uma multidão de imitadores. (Rezende Júnior, 2013)

Entretanto, cada vez mais pesquisas apontavam a correlação entre o fumo e os problemas de saúde, a exemplo da que foi realizada em 1953 pelo médico judeu e alemão Ernst Wynder e seus colaboradores, que experimentaram pincelar o dorso de 81 ratos com alcatrão obtido da condensação da fumaça de cigarros. Cada rato, recebeu, três vezes por semana, quarenta gramas de uma solução de alcatrão e acetona após ter o dorso raspado. Dos 62 ratos que sobreviveram após um ano, 58% desenvolveram câncer.

Essa foi a primeira vez que um experimento de laboratório comprovou o efeito cancerígeno do fumo, tendo uma repercussão negativa para a indústria, resultando numa redução de 10% do consumo de cigarros em 1953 e 1954.

A indústria entrou em pânico. Sua primeira providência foi contratar uma das maiores em presas de relações públicas dos EUA, a *Hill and Knowlton*, para tentar neutralizar a repercussão dos ratos pintados com nicotina. Em janeiro de 1954, a resposta da indústria circulou num anúncio de página inteira, publicado em 448 jornais americanos. Sob o título “Uma declaração franca para os fumantes”, o anúncio era categórico nas afirmações: não havia provas científicas de que cigarro causasse câncer; os bioestatísticos poderiam apontar como causa qualquer outro fator ligado à vida moderna, como a poluição de carros e fábricas ou a alimentação industrializada. “Acreditamos que nossos produtos não fazem mal à saúde”, dizia o texto, assinado pelo recém-criado Comitê de Pesquisas da Indústria do Tabaco. Ao final do anúncio, o comitê fazia uma promessa: alardeava que a indústria “aceitava como responsabilidade básica o interesse pela saúde das pessoas, acima de todas as outras considerações de nosso negócio”. (Carvalho, 2001)

A essa altura, a indústria do tabaco já tinha conhecimento de que o consumo de cigarro aumentava a incidência de câncer de pulmão. Essa informação foi baseada em mais de 150 mil documentos secretos da indústria fumageira entregues para análise e

que só viriam a se tornar públicos em 1994, após ação judicial movida pelos EUA contra a *British American Tobacco* e a *Philip Morris*.

Os documentos revelam o conhecimento da indústria do fumo a respeito dos prejuízos que a exposição à fumaça do fumo traz à saúde, bem como os esforços desenvolvidos pela indústria para impedir que as medidas para garantir ambientes interiores limpos não fossem amplamente adotadas. Discutem-se o desenvolvimento de marcas de cigarro, como os ingredientes são manipulados para alcançar diferentes objetivos e as estratégias de comercialização para tingir o maior número de pessoas possível, fumantes e não fumantes. Os documentos também contêm informações importantes sobre o conhecimento e envolvimento da indústria do fumo no contrabando de cigarros e as avaliações da posição das outras empresas no mercado mundial (Brasil, 2004, p. 45).

Em 1954, pouco depois de a *Philip Morris Companies* ter usado bebês em anúncios com finalidade de endossar as escolhas dos pais a consumir o produto, a marca ressurgiu respaldada no mito cowboy americano. Demonstrou-se com isso o apelo para a classe trabalhadora masculina, pelas ideias de virilidade e liberdade transmitidas nos anúncios publicitários.

O cigarro talvez tenha conquistado o mundo não por seus efeitos fisiológicos, mas pelo simbolismo que carrega. Ele é o mais ocidental dos símbolos da passagem da infância para um mundo mais autônomo. Não é à toa que o consumo de cigarro entre adolescentes cresce mesmo em países onde o uso entre adultos está em queda (Carvalho, 2001, p. 61).

O desenvolvimento de pesquisas continuava confrontando os interesses da indústria. Ainda em 1954, um estudo epidemiológico realizado por mais de quatro mil médicos britânicos demonstrou mais uma irrefutável associação estatística entre o consumo de tabaco e o câncer de pulmão. Nesse mesmo ano, a publicação de uma investigação realizada por Hammond e Horn nos EUA durante 44 meses, com 187.783 homens, sobre o hábito de fumar, estabeleceu correlação com taxas de mortalidade (Rosenberg citado em Spink et. al., 2009).

A divulgação desses estudos contribuiu para o fortalecimento do movimento antitabagista nos EUA, motivando empresas multinacionais tabageiras a intensificar suas atuações nos países em desenvolvimento, prevendo as dificuldades desses países em elaborar rigorosas legislações para o controle do tabaco. Mirando crianças e

adolescentes, a indústria fumageira investiu fortemente na publicidade, expandindo seus negócios em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Um executivo da *Philip Morris* escreveria em 1957: “atingir os jovens pode ser mais eficiente embora o custo de atingi-los seja mais alto, porque os jovens estão dispostos a experimentar, influenciam mais outras pessoas na mesma faixa etária do que em qualquer outra época da vida e são mais leais à marca inicial”.

Além disso, desde 1960, a indústria tinha conhecimento de que a nicotina era uma substância que causava dependência, sendo relatadas nos arquivos secretos as estratégias de inclusão de produtos químicos para aumentar o grau de adição dos usuários, além de técnicas de manipulação genética de níveis de nicotina.

A retomada da visão condenatória forte e expressiva sobre o tabaco foi traçada pela Organização mundial da Saúde, nos EUA, a partir da década de 1960.

O cigarro começou a deixar de ser apenas cigarro em 1964. A mola propulsora da metamorfose foi um relatório de 387 páginas do Ministério da Saúde dos EUA, considerado hoje um marco histórico na saúde pública. Pela primeira vez, um documento oficial americano reconhecia o que os cientistas estavam cansados de saber – que o cigarro causa câncer de pulmão... um grupo do Ministério da Saúde dos EUA examinou 30 mil textos científicos sobre fumo e, sob o critério de absoluta segurança científica, selecionou 7 mil, que serviriam de bases para as conclusões (Carvalho, 2001. P. 44-45)

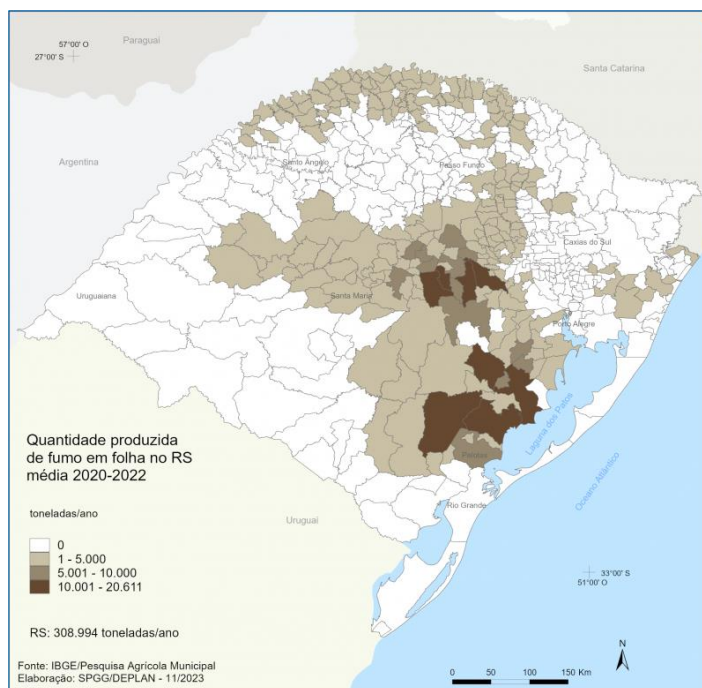
De 1964 até o final da década, entraram em pauta no Congresso Nacional Brasileiro diversas iniciativas a fim de coibir a propaganda de tabaco, criar impostos para combater o câncer, imprimir advertências sobre os riscos à saúde nos maços de cigarros a até proibir a vendas para menores de 18 anos. Seja por conta da pressão da indústria fumageira, da dita desinformação ou da corrupção dos políticos brasileiros, todos esses projetos foram arquivados.

A produção de fumo brasileira se deu na Bahia no século XIX. Entretanto, no século XX houve uma grande concentração na Região Sul. Mas, foi no Rio Grande do Sul, em Santa Cruz do Sul o maior volume de produção, instituída como “a capital do fumo”. Logo o chamado “sistema integrado de produção do fumo” contribuiu para o êxito econômico e financeiro das empresas brasileiras de tabaco.

Enquanto as políticas de controle sobre o tabagismo não eram aprovadas no Brasil, o consumo e a produção aumentavam vertiginosamente. A partir de 1970,

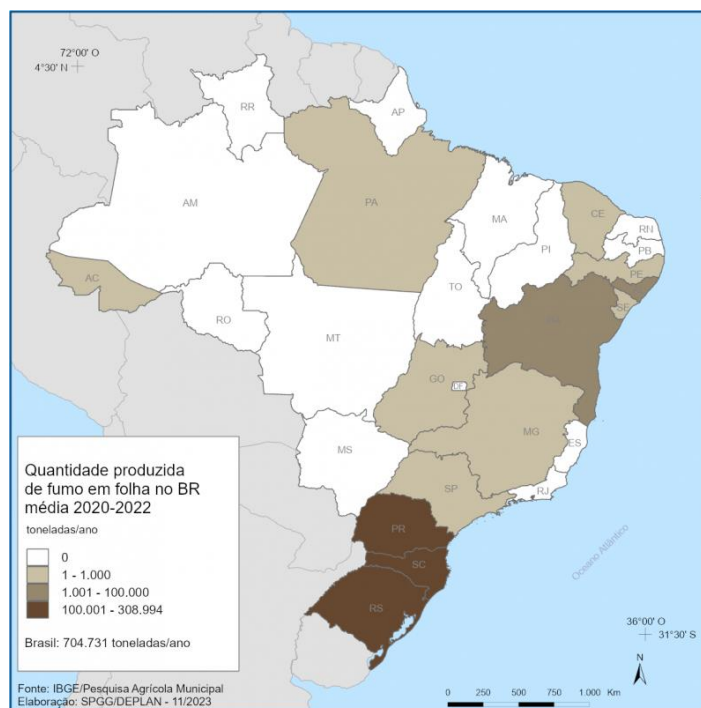
grandes multinacionais se instalaram na região do Vale do Rio Pardo (RS), fortalecendo-se em razão da agricultura familiar (figuras 1 e 2), mão de obra barata e ao bloqueio do atual Zimbábue, que na época foi o maior exportador de fumo para a Europa (Brasil, 2004).

Figura 01 – Produção de tabaco no Rio Grande do Sul (2020-2022)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Figura 02 – Produção de tabaco no Brasil (2020-2022)



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

O uso do tabaco passou a ser identificado como fator de risco para uma série de doenças a partir da década de 1950. No Brasil, na década de 70, começaram a surgir movimentos de controle do tabagismo liderados por profissionais de saúde e sociedades médicas. A atuação governamental, no nível federal, começou a institucionalizar-se em 1985 com a constituição do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, em 1986, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (INCA 2011; INCA 2012; Romero, Costa e Silva, 2011; Cavalcante, 2005).

Desta forma, desde o final da década de 1980, sob a ótica da promoção da saúde a gestão e governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional do Câncer, o que inclui o desenvolvimento de um conjunto de ações nacionais que integram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

O Programa tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de produtos derivados de tabaco no Brasil. Para tanto, segue um modelo lógico, no qual ações educativas, de

comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio, a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, principalmente entre crianças, adolescente e jovens, para promover a cessação de fumar; para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres de fumo.

A fumaça do tabaco é um aerossol de gotículas (particuladas) contendo água, nicotina e outros alcaloides, além de alcatrão. Também contém diversas substâncias químicas, muitas das quais podem contribuir para a doença humana. As principais substâncias químicas tóxicas na fase particulada do tabaco incluem nicotina, benzopireno e outros hidrocarbonetos policíclicos, N'-nitrosonocarnitina, β -naftilamida, polônio-210, níquel, cádmio, arsênio e chumbo. A fase gasosa contém monóxido de carbono, acetaldeído, acetona, metanol, óxidos de nitrogênio, cianeto de hidrogênio, acroleína, amônia, benzeno, formaldeído, nitrosaminas e cloreto de vinila. A fumaça do tabaco pode produzir doença por meio da absorção sistêmica de toxinas e/ou causar lesão pulmonar local por produtos químicos oxidantes.

O uso do tabaco é motivado primariamente pelo desejo de nicotina. A dependência da droga é definida como o uso compulsivo de uma substância psicoativa, com consequências prejudiciais ao indivíduo e a sociedade. Com o fumo do tabaco, a nicotina é absorvida rapidamente na circulação pulmonar; em seguida, move-se rapidamente para o cérebro, onde age nos receptores colinérgico nicotínicos produzindo seus efeitos prazerosos em 10 a 15 segundos após uma tragada. O tabaco sem fumaça é absorvido mais lentamente e resulta em efeitos farmacológicos agudos menos intensos. Com o uso prolongado do tabaco, a dependência física se desenvolve, associada a um número elevado de receptores colinérgico nicotínicos no cérebro. Quando o tabaco é indisponível, mesmo por algumas horas, desenvolvem-se com frequência os sintomas de abstinência, incluindo ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, fome, desejo por tabaco, distúrbio do sono e, em algumas pessoas, a depressão.

A dependência por tabaco é multifatorial, incluindo um desejo por ações farmacológicas diretas da nicotina, alívio dos sintomas de abstinência e associações

aprendidas. Fumantes relatam uma variedade de motivos para fumar, incluindo prazer, excitação, vigilância aumentada, melhora do desempenho, alívio da ansiedade ou depressão, redução da fome e controle do peso corporal.

A nicotina liga-se estereosseletivamente aos receptores colinérgicos nicotínicos no cérebro, gânglios autonômicos, medula adrenal e junções neuromusculares. Esses receptores são encontrados em todo cérebro, com o maior número de sítios de ligação do córtex, tálamo e núcleos interpenducular, além de ligação substancial na amígdala, septo, núcleo motor do tronco cerebral e *locus* cerúleo. O receptor colinérgico nicotínico é um canal dependente de ligante, composto por cinco subunidades. Diferentes receptores nicotínicos são encontrados em diferentes partes do cérebro e apresentam diferentes condutâncias químicas para o sódio e cálcio e sensibilidade distinta para diferentes agonistas nicotínicos. Acredita-se que os diferentes receptores nicotínicos sejam os diferentes mediadores das diversas ações farmacológicas da nicotina, talvez correspondendo aos múltiplos efeitos da nicotina observados em fumante humanos.

Os receptores de nicotina parecem estar localizados tanto nos corpos celulares quanto nas terminações nervosas. Todos os receptores nicotínicos são permeáveis aos íons cálcio. A ativação do receptor nicotínico funciona, pelo menos, em parte, e possivelmente em sal grande maioria, facilitando a liberação de neurotransmissores, incluindo a acetilcolina, a norepinefrina, dopamina, serotonina, β -endorfina, ácido gama-aminobutírico e outros. A nicotina aumenta a transmissão sináptica excitatória rápida, que pode contribuir para o aprendizado e memória. As recompensas comportamentais da nicotina também parecem estar ligadas à liberação de dopamina.

Os dois principais sistemas da dopamina no cérebro são os sistemas mesocorticolímbicos e o nigroestriatal. O sistema mesocorticolímbico inclui a área tegmentar ventral, projetando-se para o *núcleo accumbens*, o córtex e as regiões límbicas. O sistema nigroestriatal inclui a substância negra, com a *pars* compacta projetando-se para estriado dorsal. A nicotina causa um aumento do disparo rápido e fásico dos neurônios da área tegmentar ventral, resultando em liberação de dopamina no núcleo *accumbens*. A liberação da dopamina na camada externa do núcleo *accumbens* é característica dos efeitos de muitas dependências a drogas (por exemplo, heroína, cocaína, álcool) e acredita-se que seja importante do reforço mediado pela droga.

O tabagismo é a causa mais evitável de câncer, sendo responsável, por aproximadamente 30% das mortes por essa patologia.

No Brasil, o câncer de pulmão, segundo as estimativas de 2020, é o terceiro mais comum em homens (17.760 casos novos) e o quarto em mulheres (12.440 casos novos). A doença foi responsável, nesse ano, por 28.620 óbitos.

A fumaça do cigarro e, conseqüentemente, o tabagismo constituem o fator etiológico mais importante na gênese do câncer de pulmão. A neoplasia pulmonar é 10 vezes mais frequente nos fumantes que nos não fumantes e 15 a 30 vezes mais comum nos fumantes de maior carga tabágica (40 maços/ano), demonstrando a relação dose/efeito. Noventa por cento dos casos de câncer de pulmão o homem e 79 % na mulher podem ser atribuídos ao tabagismo, já o risco para os fumantes passivos (fumaça ambiental do cigarro) é 30% maior quando comparado a quem nunca fumou e não está exposto.

Acredita-se que complexos formadores de carcinógenos da fumaça do tabaco e o DNA sejam um passo crucial na indução do câncer. O consumo de cigarro induz padrões específicos de mutações no gene *p53* que estão associados a carcinomas de células escamosas do pulmão, cabeça e pescoço. O risco de casos de câncer pulmonar e outros tipos é proporcional ao número de cigarros consumidos por dia e ainda muito maiores em relação à duração do tabagismo. Nos fumantes ativos, os níveis de adutos de DNA (agentes carcinogênicos ligados covalentemente) em tecido pulmonar não tumoral ou células sanguíneas mononucleares estão relacionados ao consumo de cigarro. Entretanto, vale mencionar que os níveis de adutos de DNA em ex-fumantes foram inversamente associados a à idade de início do tabagismo. Esse achado sugere que fumantes jovens são mais suscetíveis ao dano do DNA e a persistência de alterações genéticas do que aqueles que iniciaram o consumo de cigarro em idade mais avançada, o qual apresenta implicações consideráveis para prevenir os adolescentes de fumarem. Uma análise de estudo de associação genômica ampla de uma coorte de fumantes comparada a uma coorte de não fumantes confirmou que a expressão de milhares de genes é alterada pela exposição ao cigarro. As informações adicionais derivadas do sequenciamento de alta eficiência de um câncer pulmonar fornecem um quadro de amplas alterações genéticas mutacionais com centenas de variante somáticas pontuais

e diversas alterações genéticas estruturais amplas, tais como deleção de segmentos cromossômicos.

A morbimortalidade por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica continua sendo um desafio significativo no Brasil, é a quinta causa de morte entre todas as idades. Nas últimas décadas, também foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) entre pacientes com maiores de 40 anos, apesar da redução da taxa de mortalidade padronizada em 25,8% entre 2000 e 2019 e do aumento da idade média ao óbito de 73,2 para 76,0 anos. No período, foram registrados 1.132.968 óbitos representando 5% da mortalidade proporcional de todos os óbitos registrado., sendo 67,6% como causa básica e 32,4% como associada.

A prevalência no país também apresentou uma redução de 13% nas últimas décadas passando para 9.226,7 casos por 100.000 habitantes em 1990, para 8.025,3 casos por 100.000 habitantes em 2017.

A doença pulmonar causada pelo cigarro inclui síndrome sobrepostas de bronquite crônica (tosse e secreção de muco), enfisema e obstrução das vias aéreas respiratórias. As condições patológicas pulmonares produzidas pelo consumo de cigarro incluem perda de cílios, hiperplasia de glândulas mucosas, número aumentado de células de *globet* nas vias aéreas centrais, inflamação, metaplasia de células escamosas, muco obstruindo as pequenas vias aéreas respiratórias, destruição de alvéolos e um número reduzido de pequenas artérias. O mecanismo de injúria é complexo e parece incluir inflamação, assim como lesão direta por substâncias químicas oxidantes, atividade de elastase aumentada (uma proteína que degrada a elastina e outros componentes do tecido conjuntivo) e diminuição da atividade de antiprotease. Uma deficiência genética de atividade de α 1-antiprotease produz um desbalanço similar entre a protease pulmonar e a atividade antiprotease e é um fator de risco para doença pulmonar precoce e grave induzida por cigarro.

Além dos efeitos da lesão induzida pelo consumo de cigarros, a liberação de monóxido de carbono a partir da fumaça de cigarro serve para agravar o nível e funcionalidade dos fumantes que têm DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), significativa. O monóxido de carbono liga-se avidamente à hemoglobina, reduz a capacidade de a hemoglobina transportar oxigênio e afeta a liberação de oxigênio nos tecidos. Portanto, a exposição a exposição ao monóxido de carbono produz uma anemia

funcional. Os níveis de carboxi-hemoglobina geralmente são de 5% a 10% em fumantes, comparados a 1% ou menos em não fumantes. Em uma pessoa normal, o monóxido de carbono da fumaça de cigarro causa poucos sintomas, mas, em pacientes com doença pulmonar, apresenta o potencial para causar danos significativos.

CAPÍTULO VI - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO E SEU IMPACTO NA SAÚDE PULMONAR

O Brasil é um dos primeiros países a regular a descrição, o conteúdo e as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adotar imagens de advertência nas embalagens de cigarros, tornando-se, assim, uma referência internacional.

A partir de 1960, surgiram os primeiros debates sobre as doenças relacionadas ao tabaco e nas décadas seguinte as ações que favoreceram o controle do tabagismo como política de destaque: 1979, elaboração da “Carta de Salvador” e do “Programa Nacional Contra o Fumo”; 1980, realização da “1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo”; 1985, formação do “Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil”; 1986, criação do “Programa Nacional de Combate ao Fumo”, com gestão compartilhada entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e o Ministério da Saúde.

A Constituição Federal de 1988, além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando com medidas de prevenção e apoio à cessação do tabagismo, serviu para justificar as medidas antitabaco posteriores.

O Brasil implementou pela primeira vez restrições à publicidade e à promoção do tabaco em 1988, quando se definiram horários para veiculação de propagandas na televisão, cinema e teatro, acompanhadas de advertência sanitária ... Em 1990, O governo aprovou uma lei que proíbe a publicidade enganosa e abusiva e, em 1995, recomendou que as emissoras de televisão evitassem transmitir imagens de celebridades fumando ... Em dezembro de 2000, foi implementada uma política abrangente que proibiu a publicidade do tabaco em todas as mídias, exceto no ponto de venda, vetou o patrocínio de atividade esportivas e culturais nacionais ou internacionais por mascas de tabaco e também proibiu atividades promocionais, tais como amostrar grátis e merchandising. Em uma lei aprovada em 2003, toda publicidade no interior dos pontos de venda era obrigada a ter em 10% do seu espaço as mesmas advertências sanitárias ilustradas presentes nas embalagens de cigarro ... Em dezembro de 2011, toda a propaganda nos pontos de venda foi proibida, exceto a exibição das embalagens para venda.

A partir de 1989, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, assume a coordenação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, buscando reduzir a aceitação social do tabagismo

a partir da prevenção à iniciação do fumo, da proteção da população contra exposição da fumaça do tabaco e do apoio à cessação do tabagismo.

Uma pesquisa brasileira recente apontou a existência de pontos de venda de cigarros em um raio de até um quilômetro de escolas de nível fundamental e médio e faculdades. A frequência com que crianças de até 12 anos visitam esses estabelecimentos é de 72% e para adolescentes de 12 a 18 anos, de 81%. Em 82% dos casos, os cigarros encontram-se dispostos em *displays* e em 84% são visíveis para as crianças. Além disso, 66% desses pontos de venda possuem cartazes de propaganda de cigarros facilmente visíveis (Pantani, Pinski, Monteiro, 2011, p. 68).

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999 favoreceu ações de controle e fiscalização e controle dos produtos derivado do tabaco mais eficazes do que as desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Nesse ano, foi formada a Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco (CNCT) para representar o país nas negociações internacionais da Convenção Quadro para Controle do Tabagismo (CQCT), um tratado internacional que estabelece um quadro de cooperação para atingir um objetivo comum:

[...] proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco. (INCA, 2004, p. 18)

Em 2003, com a adoção do tratado, a CNCT foi substituída pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ), sendo incorporados novos órgãos de diversos setores. Com a ratificação da CQCT pelo Brasil em 2005, e a sua entrada em vigor nacionalmente em 2006, as diversas ações para o controle do tabaco passaram a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT), uma política de Estado intersetorial articuladas entre os três entes federativos.

O arcabouço legal e normativo contribui para a institucionalidade do controle do tabagismo, como a Lei Federal 9.294/1996 e sua regulamentação posterior (Decreto nº 2.018/1996, Lei nº 10.167/2000, Lei 12.546/2011 e Decreto nº 8.262/2014), que permitiram avanços significativos em relação à divulgação de advertências, à restrição

de propaganda dos produtos derivados do tabaco e à proibição do fumo em ambientes coletivos fechados. Destacam-se diversas portarias do Ministério da Saúde e resoluções da Anvisa (destinadas à regulação de produtos do tabaco) e do Banco Central (voltadas à regulamentação da produção de fumo).

Medidas de controle do tabagismo foram implementadas no Brasil nas três últimas décadas, em sua maioria relacionadas à redução da demanda de tabaco. Uma das principais ações refere-se aos reajustes dos impostos sobre o cigarro, além do recolhimento do Imposto sobre Produtos Industrializados e o estabelecimento de preço mínimo de vendas (2011). Mesmo que exista venda ilegal (descaminho), a experiência brasileira sugere que aumentar os impostos pode expandir as receitas do governo e reduzir a prevalência de fumantes.

A partir dos anos 1980, a restrição do fumo, ambientes livres de fumaça, avançou no país, subsidiada por legislações nacionais, estaduais e municipais. Desde 2011, não é permitido fumar em ambientes coletivos fechados, privados ou públicos, salvo algumas exceções (loais de culto religioso, tabacarias e instituições de saúde).

Os malefícios do tabagismo foram inseridos na publicidade a partir de 1988, com a inclusão de imagens nas embalagens que sensibilizassem a população, além da restrição de sua própria propaganda e proibição de mensagens que induzam ao consumo dos produtos e sua relação com o bem-estar desde 1980. A Lei Federal nº 10.167/2000 proibiu o patrocínio de eventos culturais e esportivos por marcas de cigarros e sua propaganda nos grandes meios de comunicação. Desde 2011, a publicidade está limitada à exposição dos produtos nos locais de vendas.

Para reduzir a oferta de tabaco, se destacam, o combate ao comércio ilícito e a diversificação de produção em áreas plantadas de fumo. Apesar da interferência das empresas para obstruir as ações de redução do tabagismo, especialmente na região Sul, houve avanços nos últimos 30 anos. Definiram-se regras para comercialização de cigarros, incluindo o registro especial, o uso dos selos de controle e o imposto de exportação. A partir da atuação integrada da Receita Federal e Polícia Federal contra o contrabando e a falsificação de cigarros, com destaque para a criação do Sistema de Controle e Rastreamento da Produção de Cigarros (Scorpions) em 2007, o combate ao mercado ilegal vem apresentado resultados, atingindo o montante de R\$ 581 milhões em cigarros destruídos por infração fiscal em 2016.

Com a ratificação da CQCT, em 2005, foi lançado o Programa de Diversificação em Áreas Cultivadas de Tabaco, já que o Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador de folhas de fumo do mundo. Entre as estratégias para a diversificação de culturas, ressalta-se o estabelecimento de critérios para concessão de crédito do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) aos fumicultores em regime de parceira ou integração com a indústria do fumo. Para a concessão do benefício, no ano agrícola 2016/2017 exige-se que a receita bruta gerada por outras atividades seja, de no mínimo 20%. Para o ano agrícola de 2020/2021, a exigência mínima passa a ser de 50%.

A educação da sociedade sobre o impacto negativo do tabagismo tem como estratégia fundamental a realização de campanhas nas principais datas comemorativas relacionadas ao controle do tabaco. O Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto, instituído em 1986) e o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio, instituído em 1987). Ressalta-se o Programa Saber Saúde, que já atingiu 2.389.126 alunos de 14280 escolas em 1212 municípios. O Curso de Educação à Distância (EAD) do Saber Saúde, lançado em 2012, promoveu a capacitação de 1390 profissionais que atuam na área de educação em todo país.

De acordo com a Constituição Federal do Brasil (1988), inciso VII do Art. 208, o dever do Estado com relação à educação será efetivado mediante o atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares, de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (Brasil, 2016).

Harada (2003) destaca que a escola, como agente da saúde, deve procurar o desenvolvimento do educando, visando o estabelecimento de capacidades, primordial ao seu aprimoramento de autocuidado em saúde, a fim de colaborar na prevenção dos fatores de risco em período educativo.

A adoção de ações e estratégias de promoção a saúde, são orientações adotadas pelos Ministérios da Educação e Saúde, por intermédio do PSE (Programa Saúde na Escola). As orientações visam o aumento da eficácia dos profissionais de ensino no que se refere a abordagem do aluno, família e comunidade no campo da saúde (BRASIL, 2007).

Albuquerque (2004, p. 207) afirma que “a educação é socialização, quando se aprende a ser membro da sociedade, e ainda, que não há uma educação única, com aprendizado isolado, a integração do homem no meio social o faz participante e, integrante ativo, da comunidade à qual faz parte”.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é resultado do trabalho interligado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, com intuito de expandir as ações estratégicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica (BRASIL, 2007). Ele torna-se um meio importante de se tratar e abordar o tabagismo nas escolas, promovendo ações de saúde e educação.

Conforme Decreto nº 6.286/2007, Art. 1º, fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Com base neste mesmo decreto Art. 2º, o PSE tem como seus objetivos:

I – Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II – Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações entre as condições de saúde dos estudantes;

VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

O PSE foi implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizado por meio de termo de compromisso. A sua execução acontece de forma conjunta com o Ministério da Saúde e Educação (BRASIL, 2007).

Este Programa Saúde na Escola constitui-se em uma estratégia de integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. As ações previstas neste programa incluem atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde nos critérios de prevenção ao consumo de entorpecentes, controle do tabagismo e outros indicadores de risco de câncer e educação permanente em saúde (BRASIL, 2011).

O Programa Saber Saúde capacita profissionais da área saúde e da educação para trabalharem conteúdos relacionados à promoção da saúde para crianças e adolescentes dentro das escolas. O material do Saber Saúde conta com livros, revistas para jovens, adesivos, vídeos e jogos (INCA, 2013).

Evidências apontam para a associação entre a entrada precoce na puberdade e a adoção de comportamentos de risco para a saúde, além de aumento na exposição a fatores de risco com o avançar da idade. Comportamentos de saúde ou de risco à saúde adquiridos na adolescência, tendem a se perpetuar na vida adulta, com as respectivas consequências para a qualidade de vida. Assim, uma política pública focada no desenvolvimento de atitudes saudáveis em idades precoces tem relevância estratégica para promover à saúde (Nogueira; Fumo; Silva, 2004).

Portanto, a escola que participa e contribui com este programa PSE torna-se uma importante desenvolvedora de ações em saúde promovendo, prevenindo e assistido a saúde escolar (Brasil, 2007). O professor como parte integrante e fundamental do ambiente escolar, tem o papel de propor inúmeras alternativas metodológicas e possibilidades de organizar sua comunicação para introduzir o tema tabagismo na escola. O mesmo é incentivador de mudanças, orientando o aluno com conhecimento e promovendo a prevenção do tabagismo (Elmôr, 2009).

Segundo Sayão e Aquino (2004, p. 109) “existem três tipos de seres humanos: os que inventam o conhecimento, os que usufruem do conhecimento, e uma categoria muito especial: aqueles que recriam com o mais novo o que foi legado por todos”. O professor

como disseminador do conhecimento pode usufruir e fazer um legado ainda maior do seu conhecimento para o seu aluno, se perpetuando e levando os jovens a uma qualidade de vida melhor.

As ações de vigilância são fundamentais para PNCT, na medida em que várias pesquisas envolvendo o monitoramento de indicadores sobre o tabagismo são realizadas periodicamente no país, como o inquérito “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico” (Vigitel), aplicado desde 2006. Outros exemplos são: a “Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar” (PeNSE) em 2009, 2012 e 2015; a “Pesquisa Nacional de Saúde” (PNS) em 2013 e o “Projeto Internacional de Avaliação da Política de Controle do Tabaco” (Projeto ITC) em 2009, 2012 e 2016/17. Vale ainda destacar o lançamento do “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022”, incluindo ações de vigilância, pesquisa e promoção de saúde relacionadas ao tabagismo.

Ações intersetoriais visando o controle do tabaco implementadas no Brasil nas últimas décadas favoreceram uma significativa redução da prevalência de fumantes (de 35% em 1989 para 15% em 2013).

O percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando expressiva queda nas últimas décadas em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). Uma queda expressiva nesses números foi observada no ano de 2003, quando na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) o percentual observado foi de 22,4%. No ano de 2008 segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab) este percentual era de 18,5%. Dados do ano de 2019, a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontam o percentual total de fumantes em 12,6%.

As pesquisas realizadas por diferentes instituições, no Brasil, na última década indicam que o uso de tabaco ocupa o segundo lugar entre as drogas mais experimentadas. A idade média de experimentação de tabaco entre os jovens brasileiros é de 16 anos de idade, tanto para meninos quanto para meninas. Nacionalmente, a frequência de fumantes jovens do sexo masculino tende a ser maior do que do sexo feminino. Os estudos indicam que a experimentação de tabaco é maior entre estudantes da rede pública de ensino e, geralmente, as frequências de uso de tabaco nos últimos

30 dias também são maiores em instituições de ensino públicas. Quando comparadas às pesquisas anteriores, os resultados indicam melhora dos indicadores de experimentação, percentual de usuários de tabaco nos últimos 30 dias, incluindo aumento da idade média de experimentação.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2019), realizada pelo IBGE e Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação, foi desenhada para investigar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes escolares do 9º ano do ensino fundamental, bem como informações básicas das escolas fornecidas pelos diretores das unidades.

Segundo a PeNSE, em 2019 a proporção total de fumantes entre alunos de 13 a 17 anos foi de 6,8%, sendo maior entre os meninos (7,1%) em relação às meninas (6,5%). Quando se comparam os achados da PeNSE 2015, pode-se observar um discreto aumento na proporção total de fumantes na faixa etária dos 13 a 17 anos (6,6% em 2015 para 6,8% em 2019) devido ao aumento na proporção de fumantes entre as meninas (6,0% em 2015 para 6,5% em 2019) tendo a prevalência de fumantes entre os meninos se mantido estável no mesmo período (7,1% em 2015 e 2019).

A evolução do tabagismo nas últimas décadas impacta diretamente a incidência e a mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, especialmente o câncer de pulmão. Embora o Brasil tenha alcançado alguns progressos na redução da proporção de fumantes, graças à implementação de políticas públicas, os impactos das décadas de uso de produtos derivados do tabaco ainda são visíveis em algumas estatísticas de saúde, especialmente no que diz respeito a doenças crônicas. Isso é mais notável entre as mulheres nas quais as taxas de incidência e de mortalidade por câncer de pulmão continuam a apresentar uma tendência crescente em algumas regiões, contrastando com a queda observada entre os homens.

Projeções indicam que a prevalência e a carga global de DPOC voltarão a crescer nas próximas décadas, devido ao envelhecimento populacional e à persistente exposição a fatores de risco. O número de casos de DPOC poderá atingir cerca de 600 milhões até 2050, representando um crescimento relativo de 23% em comparação com 2020.

ANÁLISE

O Brasil tem uma trajetória reconhecida internacionalmente na regulamentação do tabaco, destacando-se por suas ações pioneiras na implementação de políticas públicas voltadas à regulação, prevenção e controle do consumo de produtos derivados do tabaco. Desde a década de 1960, o país tem desenvolvido uma série de iniciativas que consolidaram uma estrutura institucional e normativa robusta, contribuindo significativamente para a redução do consumo e seus impactos na saúde pública.

No início dessa trajetória, destaca-se a elaboração da “Carta de Salvador” e do “Programa Nacional Contra o Fumo” em 1979, além da realização da 1ª Conferência Brasileira de Combate ao Tabagismo em 1980. Essas ações marcaram o compromisso do Brasil com a temática, estabelecendo bases para ações futuras. A criação do “Programa Nacional de Combate ao Fumo” em 1986, em gestão compartilhada, reforçou o esforço intersetorial, envolvendo diferentes órgãos do governo. A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer o Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe um marco legal para a implementação de medidas de prevenção, assistência e controle do tabagismo, que posteriormente foram ampliadas com legislações específicas.

A regulamentação do controle do tabaco no Brasil evoluiu ao longo dos anos, especialmente na restrição à publicidade e promoção. Em 1988, foram estabelecidos limites de horário para publicidade na televisão, cinema e teatro, acompanhados de advertências sanitárias. Posteriormente, várias leis e portarias fortaleceram essa restrição, culminando na proibição total da publicidade em 2000, com exceções restritas ao ponto de venda. Essas medidas visaram reduzir a atração do produto, especialmente entre os jovens, que representam um grupo de risco primordial para a iniciação ao tabagismo.

A implementação de restrições ao fumo em ambientes fechados também foi uma prioridade. Desde 2011, o Brasil proíbe o fumo em locais coletivos fechados, públicos ou privados, salvo algumas exceções, reforçando o compromisso com ambientes livres de fumaça. Essas ações tiveram impacto direto na diminuição da exposição da população à fumaça do tabaco, contribuindo para a redução de doenças relacionadas ao tabagismo.

Outro avanço importante foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999, que assumiu o controle regulatório dos produtos do tabaco,

além de atuar na fiscalização e na implementação de medidas de controle. Essa agência desempenha papel fundamental na regulação da composição dos produtos, na fiscalização do mercado e na implementação de políticas sanitárias, fortalecendo a estrutura de controle. A participação do Brasil na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), ratificada em 2005, consolidou o compromisso internacional do país e integrou ações de vigilância, pesquisa, regulamentação e educação em uma política nacional coordenada.

No âmbito legal, as legislações brasileiras avançaram na restrição à propaganda, ao aumento de impostos e ao controle do mercado ilegal. A Lei Federal nº 9.294/1996, por exemplo, reforçou a obrigatoriedade de advertências nas embalagens e restringiu a propaganda, enquanto o aumento de impostos sobre o cigarro, especialmente a partir de 2011, buscou elevar o preço do produto, reduzindo seu consumo. Essas medidas demonstraram eficácia, com uma redução significativa na prevalência de fumantes ao longo das últimas décadas — de 34,8% em 1989 para 12,6% em 2019, segundo dados do IBGE.

Apesar dos avanços, o desafio de reduzir o consumo de tabaco ainda persiste, especialmente entre os jovens. Pesquisas como a PeNSE revelam que a experimentação do tabaco começa, em média, aos 16 anos, com maior prevalência entre estudantes de escolas públicas e do sexo masculino. Em 2019, a proporção de fumantes entre adolescentes de 13 a 17 anos foi de 6,8%, indicando uma diminuição em relação a anos anteriores, mas ainda representando um número expressivo de jovens expostos ao risco.

O impacto do tabagismo na saúde pública é evidente nas estatísticas de doenças relacionadas, como o câncer de pulmão e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Apesar da redução no número de fumantes, há uma preocupação com o aumento de casos de câncer de pulmão entre mulheres, além da previsão de crescimento da carga de doenças crônicas associadas ao tabaco nas próximas décadas, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela persistência da exposição a fatores de risco.

Para consolidar o controle, ações intersetoriais continuam essenciais. Programas como o PSE, que promove a integração entre saúde e educação, desempenham papel fundamental na formação de atitudes saudáveis desde a infância

e adolescência. A escola, como espaço de educação em saúde, tem potencial para ser um vetor de mudança social, ajudando a desconstruir o consumo de tabaco e promovendo a prevenção. O papel do professor, aliado às estratégias de campanhas educativas e ao monitoramento contínuo por meio de pesquisas, é crucial para manter o progresso e ampliar os efeitos das políticas públicas.

Em síntese, o Brasil apresenta uma trajetória de avanços significativos no combate ao tabagismo, impulsionada por uma legislação robusta, ações de fiscalização, campanhas educativas e cooperação internacional. Contudo, a persistência de fatores de risco, especialmente entre os jovens e em regiões específicas, evidencia a necessidade de manter e ampliar esforços de vigilância, educação e regulação para alcançar uma sociedade livre do tabaco. O desafio de transformar esses avanços em uma mudança cultural definitiva exige ações contínuas, integradas e inovadoras, visando proteger as futuras gerações dos malefícios do tabagismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do campo das políticas públicas revela-se fundamental para compreender a complexidade das ações governamentais e suas implicações na sociedade, especialmente quando se trata de temas que envolvem saúde, educação e controle de fatores de risco, como o tabagismo. Desde os primórdios, o conceito de política pública evoluiu, passando de ações pontuais ou ideologias de poder, para uma abordagem multidisciplinar, que busca compreender as relações entre Estado, sociedade civil, interesses econômicos e culturais, além de incorporar diferentes saberes e teorias. Nesse percurso, fica evidente que as políticas públicas são essenciais para promover mudanças sociais efetivas, sobretudo na prevenção e controle de doenças relacionadas ao tabagismo.

Ao longo dos capítulos, observamos que a origem e o desenvolvimento do Estado, bem como as diferentes concepções teóricas sobre sua função na sociedade, influenciaram diretamente na formulação de políticas públicas de saúde, incluindo o controle do tabaco. Desde Maquiavel, Hobbes, Locke, Rousseau, até as perspectivas marxistas e foucaultianas, nota-se que a compreensão do poder, da autoridade e da relação entre sociedade civil e Estado é central para entender as estratégias de intervenção social. No contexto brasileiro, a trajetória de construção do Estado moderno, marcada por negociações de interesses entre oligarquias e classes dominantes, refletiu-se na ausência de ações mais democráticas e inclusivas nas políticas públicas de saúde e educação por muito tempo.

No que tange à educação, o papel do Estado e das instituições escolares emerge como uma ferramenta de transformação social, capaz de promover a conscientização, a autonomia e a formação de indivíduos críticos. As políticas públicas de educação em saúde, especialmente as voltadas à prevenção do tabagismo, demonstram que a escola pode ser um espaço de promoção de atitudes saudáveis, de combate a comportamentos de risco e de fortalecimento de valores de cidadania. Programas como o Saúde na Escola (PSE) e o Saber Saúde representam exemplos de ações integradas, que buscam envolver profissionais, estudantes e comunidades na construção de uma cultura de saúde e prevenção.

No combate ao tabagismo, as ações governamentais brasileiras evoluíram de medidas restritivas, como a proibição de publicidade e o aumento de impostos, para estratégias mais abrangentes de vigilância, fiscalização, educação e tratamento. A implementação de leis de proteção ao não-fumante, a proibição do fumo em ambientes fechados e a proibição de publicidade e patrocínio de produtos derivados do tabaco refletem uma preocupação crescente em reduzir a prevalência do consumo de cigarros, especialmente entre os jovens. Essas medidas, apoiadas por evidências científicas robustas, mostram que a política pública é uma ferramenta eficaz na redução do impacto do tabagismo na saúde pública, embora enfrentem resistências políticas e interesses econômicos de setores industriais.

A trajetória de combate ao tabagismo também evidencia a importância da atuação internacional e da cooperação multilateral, como a assinatura da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco pela Organização Mundial da Saúde. Essa iniciativa reforça o papel das políticas globais na definição de normas e estratégias que orientam ações nacionais, promovendo a harmonização de esforços em prol da saúde coletiva. No Brasil, a criação de órgãos específicos, a regulamentação de produtos, a fiscalização do mercado ilícito e a conscientização social têm contribuído para uma redução gradual no consumo de tabaco, embora os desafios permaneçam, sobretudo na proteção de populações vulneráveis e na fiscalização de ambientes de venda e publicidade.

As evidências epidemiológicas e os dados de vigilância demonstram que o impacto das políticas públicas de controle do tabagismo é positivo, refletido na diminuição do número de fumantes. Entretanto, é necessário reconhecer que o fenômeno do tabagismo possui múltiplas dimensões, envolvendo fatores culturais, sociais, econômicos e comportamentais. Assim, a efetividade das ações depende de uma abordagem integrada, que envolva educação, comunicação, fiscalização, apoio à cessação e políticas de redução de oferta.

Por fim, ressalta-se que a luta contra o tabagismo é uma batalha contínua, que exige o aprimoramento constante das políticas públicas, a vigilância epidemiológica e o fortalecimento das ações de prevenção e tratamento. O sucesso na redução do consumo de tabaco no Brasil demonstra que a combinação de medidas legais, educativas e de saúde pública é capaz de promover mudanças significativas na sociedade. Contudo, é fundamental manter o compromisso político, ampliar a articulação intersetorial e

fortalecer a participação social para garantir que os avanços sejam sustentáveis e que a população possa usufruir de uma sociedade mais saudável, livre dos efeitos nocivos do tabaco.

A compreensão aprofundada do tema evidencia que a construção de políticas públicas eficazes requer uma abordagem crítica, dialética e ética, que considere as especificidades culturais e sociais de cada contexto. Assim, o combate ao tabagismo deve ser visto não apenas como uma questão de saúde individual, mas como uma responsabilidade coletiva que envolve a promoção de direitos, a redução das desigualdades sociais e a preservação da vida. A experiência brasileira serve de exemplo de que, com persistência, articulação e respeito aos princípios de justiça social, é possível avançar na promoção de uma sociedade mais saudável, consciente e democrática.

REFERÊNCIAS

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. Políticas Públicas: conceitos e análise em revisão. **Revista Agenda Política**, São Carlos, v. 3, n. 2, jul./dez., 2015.

BALL, Stephen J. Diretrizes Políticas Globais e Relações Políticas Locais em Educação. **Currículo sem Fronteiras**, v. 1, n. 2, p. 99-116, 2001.

BALL, Stephen J.; MAINARDES, Jefferson. **Pesquisa em Políticas Educacionais**. São Paulo: Cortez, 2024.

BALL, Stephen J.; MAINARDES, Jefferson. **Políticas Educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BARRETO, Ivan Farias. Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. **História, Ciências e Saúde**, Natal, v. 25, n. 3, p. 797 – 815, jul. – set., 2018.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

BAUMAN, Zygmunt. **Medo Líquido**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/_03/constituicao.htm. Acesso em: 05 mai. 2024.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei n. 9.394/96. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l1934.htm. Acesso em: 10 mai. 2024.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Minas Gerais, v. 20, n. 43, p. 98 – 111, 2021.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 5 ed., 2001.

COUTINHO, Júlia Maia de Meneses; LOPES, Karin Becker; MORAES. A política de Hannah Arendt como chave de reflexão: elemento de liberdade e/ou intencionalidade. **Revista Jurídica Luso-Brasileira**, n. 2, p. 641 - 663, 2016.

FAGUNDES, Luis Gustavo da Silva; MARTINS, Marlene das Graças; MAGALHAES, Evandro Monteiro; PALMIERI, Patrícia de Castro; JUNIOR, Sinézio Inácio da Silva. Políticas de Saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 499 – 510, 2014.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847 – 852, 2014.

FÁVERO, Altair Alberto; CENTENARO, Junior Bufon. A pesquisa documental nas investigações de políticas educacionais: potencialidades e limites. **Contrapontos**, Paraná, v. 19, n. 1, p. 170 – 184, 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2023.

LIBÂNEO, José Carlos. Políticas educacionais no Brasil: desfiguramento da escola e do conhecimento escolar. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, v. 46, n. 159, p. 38 – 62, jan./mar. 2016.

LIMA, Fernanda Cristina da Silva; SILVA, Darlan Henrique Nascimento; SZKIO, Andre Salem; SKAFF, Alfredo José Monteiro; REIS, Rejane de Souza. Evolução do tabagismo e incidência do câncer de pulmão no Brasil (2000-2020). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, 2025.

MACEDO, Liana Gonçalves; LACERDA, Eliana Mattos; FILLHO Brivaldo Markman; LUNDGREN, Fernando Luiz Cavalcanti; LUNA, Carlos Feitosa. Tendências da

morbidade e mortalidade da DPOC no Brasil, de 2000 a 2016. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília - DF, v. 45, n. 6, 2019.

MAINARDES, Jefferson. Análise de políticas educacionais: breves considerações teórico-metodológicas. **Revista Contrapontos**, Itajaí, v. 9, n. 1, p. 4 – 16, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MEDEIROS, Eliane Lima Borges; AIRES, Marines. Qualidade de vida do professor: desafios e mudanças frente à pandemia da Covid-19. **Revista Caderno Pedagógico**, Curitiba, v. 21, n., p. 1599-1621, 2024.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170 - 185, 2014.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7 – 32, 1999.

MOROSINI, Marília; KOHLS-SANTOS, Pricila; BITTENCOURT, Zoraia. **Estado do Conhecimento**. CRV, Curitiba, 2021.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise Textual Discursiva: processo constitutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**, São Paulo, v.12, n.1, p. 117-128, abr. 2006.

MORAES, R.Galiazzi, M. C. do. **Análise Textual Discursiva**. Unijuí, 2007.

MURRAY, John F; NADEL, Jay A. **Tratado de Medicina Respiratória**. 6. Ed. Rio de Janeiro, ELSEVIER, 2017.

OLIVEIRA, Adão Francisco de. Políticas públicas educacionais: conceito e contextualização numa perspectiva didática. In: OLIVEIRA, Adão F. de; PIZZIO, Alex; FRANÇA, George. **Fronteiras da Educação: desigualdades, tecnologias e políticas**. Editora da PUC Goiás, p. 93 – 99, 2010.

OLIVEIRA, Sara Brada de. Contribuições de Sharon Gewirtz para uma análise das políticas educacionais baseada na justiça social. **Currículo sem Fronteiras**, v. 22, 2022.

PASCHOAL, Marcos. Epidemiologia do Câncer de Pulmão. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 6 - 10, 2023.

PINTO, Márcia Teixeira; PICHON-RIVIERE, Andres; BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283 - 1297, 2015.

PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barreto; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; CAVALCANTE, Tânia Maria; COSTA E SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgia. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações rurais & agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, 2005.

PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barreto; FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; CAVALCANTE, Tânia Maria; COSTA E SILVA, Cristiane Rocha. A política de controle do tabaco no Brasil: um Balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Lavras, v. 23, n. 6, p. 1837-1848, 2018.

PORTES, Leonardo Henriques; MACHADO, Cristiani Vieira; TURCI, Silvana Rubano Barreto. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

RIBOLI, César. **Desafios do Direito à Saúde**. São Paulo, SP: Editora Dialética, 2021.

ROSA, Sanny S. da. Uma introdução às ideias e às contribuições de Stephen J. Ball para o tema da implementação de políticas educacionais. **Revista de Estudos Teóricos y Epistemológicos em Política Educativa**, v. 4, p. 1 - 17, 2019.

SILVA, Rodrigo Manoel Dias da; CASTRO E SILVA, Denise Madeira de. Cidade, infância e escolarização: um ensaio analítico. **Contrapontos**, Itajaí, v. 18, n. 1, p. 88-101, 2018.

SILVA, Vera Luiza. A política de controle do tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1837 – 1848, 2018.

SILVA, Kenia Lara; SENA, Roseni Rosângela; BELGA, Stephanie Marques Franco; SILVA, Paloma Moraes; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 76 - 85, 2014.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5^a ed. São Paulo: Cortez, 1985.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018.

TEIXEIRA, Luiz Antônio da Silva; PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FERREIRA, Vanessa Nolasco. A convenção-quadro para o controle do tabaco da Organização Mundial da Saúde na agenda política brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, 2017.

TONELLI, Maria José. A vida na Terra. **Revista de Administração de Empresas Light**, v. 8, n. 2, p. 8 – 12, 2001.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, 2008.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, 2008.

VAZ, Marta Rosani Taras. Teorias sobre o Estado moderno e contribuições para a análise das políticas educacionais. **Caderno eletrônico de ciências sociais**, Espírito Santo, v. 7, n. 1, 2019.

YOUNG, Michael. Para que servem as escolas? **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1287-1302, set./dez. 2007.