



Centro de Convenções Ulysses Guimarães  
Brasília/DF – 16, 17 e 18 de abril de 2013

# **PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO FORMA DE GESTÃO DE PESSOAS EM MINAS GERAIS: A CONSTITUIÇÃO DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO**

Alba Machado de Sá  
Carolina Portugal Gonçalves da Motta



## **PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO FORMA DE GESTÃO DE PESSOAS EM MINAS GERAIS: A CONSTITUIÇÃO DE UM PROGRAMA DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO**

Alba Machado de Sá  
Carolina Portugal Gonçalves da Motta

### **RESUMO**

Por muitas décadas, o tabagismo foi considerado um estilo de vida, no qual o ato de fumar expressava elegância e charme. Todavia, diversas descobertas relacionadas aos malefícios do uso do tabaco subsidiaram uma mudança paradigmática, sendo esse atualmente considerado um sério problema de saúde pública. Visto que a preservação da saúde do trabalhador e a consequente melhoria de sua qualidade de vida são aspectos da gestão de pessoas que, em todo o mundo, têm sido considerados cada vez mais relevantes, a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, por meio da Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional, observando as diretrizes do Ministério da Saúde para a abordagem e o tratamento do fumante, implementou um Programa de Cessação do Tabagismo para os servidores do Estado de Minas Gerais. A proposta desse artigo consiste na realização de um diagnóstico do projeto piloto executado no período maio a setembro de 2011 que subsidiou a definição das etapas do Programa e dos instrumentos de avaliação que possibilitarão a verificação dos resultados pretendidos.

Palavras-chave: Produtividade. Tabagismo. Saúde pública.



## 1 INTRODUÇÃO

O tabagismo foi considerado por muitas décadas como um estilo de vida. Com o avanço da ciência, no entanto, foi reconhecido como uma doença causada pela dependência à nicotina, que é uma droga das mais poderosas. Essa dependência leva milhões de fumantes a se exporem a mais de 4700 substâncias tóxicas que poderão lhes causar diversas doenças como o câncer, as doenças cardiovasculares, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, dentre outras.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo. Ela estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e duzentos milhões de pessoas sejam fumantes (WHO, 2003; INCA, 2012)<sup>1</sup>.

O uso do tabaco provoca por ano o montante de 4,9 milhões de mortes e isso corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. E, segundo a OMS, se as atuais tendências de expansão do consumo de cigarros se mantiverem, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2003).

Além de ser fator relevante de morbidade/mortalidade, o tabagismo também gera consequências econômicas negativas para a sociedade, como o custo do tratamento das doenças relacionadas ao tabaco que, segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, é duas vezes maior que a arrecadação de impostos com a venda de cigarros (CONSENSO, 2001). A perda financeira causada pelo tabagismo, no mundo por ano, atinge cifras consideráveis e, grande parte dela, ocorre em países em desenvolvimento. O cálculo dessa perda foi feito pelo Banco Mundial que considerou fatores como o tratamento de doenças relacionadas ao tabaco, aumento de faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo por parte de tabagistas, entre outros (INCA, 2012)<sup>2</sup>. Segundo o Banco Mundial, as políticas de prevenção são as que têm maior custo-efetividade no que se refere ao combate ao tabagismo (WORLD BANK, 1999).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em: 9 set. 2012.

<sup>2</sup> Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=aspectos.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2012.



A partir de observações dos peritos da Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SCPMSO), pertencente à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG) de Minas Gerais, verificou-se que o tabagismo dos servidores públicos do Poder Executivo Estadual afeta suas saúde e qualidade de vida. Um importante exemplo disso são os casos de câncer, doença essa que pode levar à morte precocemente. Na perícia médica, essa patologia gera afastamentos temporários e aposentadorias por invalidez precoces, tirando definitivamente do trabalho servidores em idade produtiva. O corpo de funcionários do poder executivo estadual é composto, principalmente, de professores, que podem ser acometidos por doenças que afetam a voz, decorrentes do uso do tabaco, o que provoca aumento significativo no índice de absenteísmo, visto afetarem diretamente seu instrumento de trabalho (FIGUEIREDO; SÁ, 2011).

Outro fato observado a partir do ambiente de trabalho foi que a maioria dos tabagistas da SCPMSO mostrava interesse em deixar a dependência do cigarro, mas não dispunha de instruções adequadas ou meios para fazê-lo (FIGUEIREDO; SÁ, 2011).

Além do custo intangível das doenças causadas pelo uso do tabaco, como a morte e o sofrimento dos fumantes e familiares, os servidores tabagistas geram custos adicionais na folha de pagamento do Estado, decorrentes de aposentadorias por invalidez precoces, aumento do absenteísmo e das concessões de licença para tratamento de saúde, fatos observados na SCPMSO, entre outros fatores descritos acima como consequências econômicas e sociais do tabagismo (FIGUEIREDO; SÁ, 2011).

Apesar de todos os seus impactos políticos, econômicos e sociais, é importante salientar que – conforme direcionamento dos organismos de saúde – o tabagismo deve ser encarado como uma doença, a ser prevenida e tratada. O fumante não deve ser culpado pelos problemas causados pelo tabaco. Ele deve sim é ser compreendido como alguém que possui uma dependência que afeta sua saúde e sua qualidade de vida, além de atingir as de seus familiares e colegas de trabalho por meio do fumo passivo. A percepção da necessidade de se ajudar os servidores estaduais a deixarem essa dependência determinou a idealização de um programa de cessação do tabagismo para esses servidores (FIGUEIREDO; SÁ, 2011).



Assim, em maio de 2011, foi implantado projeto-piloto do "Programa de Cessação do Tabagismo para os Servidores do Poder Executivo Estadual" na Cidade Administrativa de Minas Gerais (CAMG) e na Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SCPMSO). Esse programa tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental, com a finalidade de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo a deixar o uso do tabaco e apoiá-lo nesse processo, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao tabagismo. O programa prevê também a prescrição de medicamentos para ajuda na cessação do tabagismo e é constituído por sessões de terapia com duração de 90 minutos cada, com grupos formados por 15 servidores em média, acompanhados por um psicólogo e um médico. As sessões são distribuídas em uma palestra introdutória com encaminhamento para consulta médica, onde se faz a prescrição da medicação, e, 15 dias após esse primeiro encontro, dá-se continuidade às outras sessões, que devem ocorrer semanalmente.

Com a implementação do Programa de Cessação do Tabagismo na CAMG e na SCPMSO houve uma sensação, por parte de seus realizadores, de que sua eficácia resultaria em maior rendimento no trabalho por parte dos servidores que deixaram a dependência. Desse modo, julgou-se importante avaliar a percepção dos servidores que pararam de fumar – e não retornaram -, bem como de seus gestores, no que se refere ao aumento (ou não) de sua produtividade.

O objetivo geral do trabalho, então, é o de verificar se, na percepção dos servidores que pararam de fumar após o "Programa de Cessação do Tabagismo para os Servidores do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais" e na de seus gestores, houve uma melhoria no rendimento do trabalho desses servidores e se há relação entre essa melhoria e a cessação do tabagismo. Para tanto, os objetivos específicos do trabalho são:

- a) realizar uma revisão bibliográfica sobre as relações do tabagismo, com a saúde pública, produtividade no trabalho e legislações vigentes;
- b) analisar os resultados obtidos com a realização do Programa de Cessação do Tabagismo para os Servidores do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais;
- c) verificar se há aumento da produtividade no trabalho com a cessação do tabagismo, na sensação dos participantes do programa.



Com isso, tem-se a intenção de comprovar que houve aumento do rendimento produtivo no trabalho, na percepção dos servidores que pararam de fumar com o programa e na de seus gestores.

A metodologia desse trabalho tem como fundamento uma revisão bibliográfica sobre o tema Tabagismo e principalmente sobre aspectos econômicos de sua cessação. Além disso, foram realizadas entrevistas, baseadas em roteiros, com gestores dos servidores que pararam de fumar e com esses próprios servidores. Foram entrevistados 49 dos 55 servidores que cessaram o tabagismo e que seguem sem fumar. Os seis servidores que não foram entrevistados não foram encontrados mesmo após sucessivas tentativas. Foram realizadas entrevistas com nove gestores daqueles servidores.

## **2 TABAGISMO: HISTÓRIA, SAÚDE PÚBLICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO RESTRITIVA**

Diversos estudos abordam a questão do cigarro e mostram como a visão disso como um problema de saúde foi algo construído ao longo do tempo.

Os dados mais antigos sobre o tabaco provêm da região da América Central, onde era utilizado pelos índios em rituais religiosos, pelo menos mil anos antes de Cristo. (MARTIN; NETO; CHATKIN, 2003 apud PAGANI JR., C. R.; SOUSA, E. G.; PAGANI, T. C. S, 2007).

Os primeiros europeus a terem contato com o tabaco foram os marujos da tripulação de Cristóvão Colombo, ao chegar às Américas em 1492 (JARDIM; OLIVEIRA, 2007 apud PAGANI JR., C. R.; SOUSA, E. G.; PAGANI, T. C. S, 2007 ). O primeiro europeu a plantar tabaco na Europa foi Jean Nicot, embaixador francês em Portugal.

Pouco tempo depois do início do uso do tabaco, e com o uso abusivo dele, apareceram inconvenientes como desmaios, riscos de incêndios pelos descuidos, etc. Assim, em diversos países, o tabaco foi proibido e os tabagistas perseguidos.



Mesmo com todas as condenações o tabagismo se difundiu primeiro entre a aristocracia e depois entre a burguesia nos séculos XVII e XVIII. Sua difusão popular se deu no século seguinte com o aparecimento de pequeninos rolos com o nome de cigarros. Após a Primeira Grande Guerra (1914-1918) seu uso se intensificou, mas isso se deu principalmente após a Segunda Grande Guerra (1939-1945). E, a partir de 1960, com massificação da capciosa publicidade, sua propagação foi global e intensa (FONSECA, 2007).

O reconhecimento do tabagismo como problema de saúde pública se deu em razão da produção científica, por meio de estudos realizados por cientistas autônomos e por entidades médicas de renome internacional. Embora a produção científica fosse pequena no início, a partir do século XX ela se intensifica (SPINK, LISBOA, RIBEIRO, 2009).

É importante destacar que, no entanto, mesmo antes da produção médica o problema do tabagismo já havia sido abordado na esfera política. A primeira publicação sobre o tema data de 1604. O autor foi o Rei Jaime I, da Inglaterra e referia-se a taxações do comércio internacional de tabaco (BOEIRA, 2006 apud SPINK; LISBOA; RIBEIRO, 2009). Já a primeira proibição do uso do tabaco, promulgada em 1642, foi de autoria do Papa Urbano VIII e se restringia aos eclesiásticos. A proibição tinha como fundamento aspectos morais e foi preparada em função do aumento do tabagismo entre os religiosos (ROSEMBERG, 1977).

As primeiras publicações médicas também acontecem nesse século.

Na virada do século XX o tabagismo passou a se sobressair na pesquisa médica. Os estudos de Lombard e Doering que relacionavam câncer ao uso do tabaco, publicados em 1928, e os estudos de Pear sobre expectativa de vida, de 1938, mostraram como o tabaco estava relacionado às questões de saúde. O relatório de Hammond e Horn (1954), que contou com o patrocínio da *American Cancer Society* chamou muito a atenção das autoridades sanitárias, dos Estados Unidos, da época (ROSEMBERG, 1977). Tratava-se do resultado de uma pesquisa com 44 meses de duração, envolvendo 187.783 homens tabagistas e que relacionava taxas de mortalidade com o uso do tabaco. Desde então, muitas associações e sociedades científicas colocaram o tabagismo na ordem do dia e começaram a financiar estudos biomédicos e epidemiológicos de cunho quantitativo sobre os agravos à saúde relacionados ao uso do tabaco.



Na Inglaterra, em 1962, o Relatório *Smoking and Health* (o segundo do Royal College of Physicians) é publicado, o qual mostrava estimativa de queda do consumo do tabaco em função das medidas restritivas ao seu uso. O Relatório Terry (1964), uma compilação de 30 publicações sobre tabaco e saúde, de autoria da Comissão Consultiva do Diretor Geral da Saúde dos Estados Unidos, relacionava os principais danos a saúde advindos do uso do fumo. Com sua publicação, a cessação do tabagismo foi acelerada nos Estados Unidos e na Europa (ROSEMBERG, 2002).

Uma nova pesquisa de Hammond foi Horn publicada em 1966 envolvendo um milhão de homens e mulheres. Posteriormente os Estados Unidos promulgam uma nova lei que obriga a publicação, através da imprensa, de filmes e artigos antitabagismo. Novamente o consumo de tabaco sofre queda naquele país. À época da publicação desses relatórios 30 milhões de americanos haviam optado pela cessação do uso do tabaco (ROSEMBERG, 1977).

Coincide, com a grande quantidade de dados sobre associação de tabagismo e doenças, o surgimento de novos conceitos de promoção de saúde.

Esse novo conceito de promoção da saúde é fortalecido nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS).

“A incorporação das informações sobre uso de tabaco no rol das preocupações cotidianas e sua transformação em práticas de prevenção têm sua contrapartida na noção de estilo de vida” (ROSEMBERG, 1977).

Após a segunda Grande Guerra é criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e, diretamente ligada à ONU é criada a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948.

A OMS é uma agência internacional que tem como principais funções: propor diretrizes, conduzir, monitorar e avaliar as políticas de saúde em todo o mundo (World Health Organization, 2002b).

Não há qualquer, referência explícita nos arquivos da OMS, sobre o modo pelo qual um determinado tema de saúde pública, como o tabagismo, por exemplo, entra na pauta de uma Assembleia Mundial. Pela enorme quantidade de problemas de saúde pública existente no mundo é importante entender como uma questão como o tabagismo é considerada prioridade e incluída em uma Assembleia Mundial. Em 2007 foram propostos critérios, baseados em evidências e dados científicos, para eleição de temas a serem discutidos nas assembleias (OMS, 2007).



Entretanto esse processo sistemático de avaliação de prioridades é recente e antes disso tal processo dizia respeito a trâmites internos onde a falta de transparência poderia fazer supor influências lobistas para a decisão dos temas prioritários em relação à saúde pública em nível mundial. Essa suposição se baseia na participação de interesses econômicos e políticos, em embates e processos de negociação que, possivelmente, interferiram na caracterização do tabagismo como problema social na agenda governamental.

É presumível que, diante dos efeitos econômicos dos prejuízos à saúde causados pelo tabaco nos países desenvolvidos, tenha havido pressão para colocar o tabagismo como prioridade para discussão. Também é possível argumentar que na história da constituição do tabagismo como problema social e pauta das ações da OMS, esse foi tratado no início como enfermidade do tipo I – “de tipo I, que ocorrem com igual distribuição em todos os países e não são privilegiadas pela OMS na hierarquização de sua pauta” (SPINK, LISBOA, RIBEIRO, 2009). Então é plausível deduzir que a pressão econômica exercida pela racionalidade mercantil dos países mais poderosos pode ter contribuído para que o tabagismo fosse colocado como um problema a ser investido maciçamente pela OMS em suas ações em nível mundial.

Em 1970 o tabagismo aparece como tema das Assembleias Mundiais após desenvolvimento de pesquisas e relatos científicos desde a década de 1950. Foi, então, preparado o relatório “O hábito de fumar e a saúde”, por técnicos da OMS, que foi apresentado na 23ª Assembleia Mundial de Saúde, tendo sido aprovado e estabelecendo o tabagismo como objeto de ação da OMS (SPINK, LISBOA, RIBEIRO, 2009).

Estimular ações da OMS para o controle do tabagismo interessava aos governos em função dos benefícios e custos desse para o Estado. Os impostos auferidos com os produtos do tabaco haviam diminuído consideravelmente.

Assim, a partir do final do século 20, os países desenvolvidos começam a sentir primeiro os efeitos para a saúde de sua população, e seu conseqüente gasto, advindos do consumo exagerado de produtos relacionados ao tabaco, uma vez que seu uso acontece inicialmente nesses países.

De 1970 até hoje o tema tabagismo passou a ser frequente na pauta das Assembleias Mundiais da OMS e na 49ª, em 1996, aparecem as primeiras cogitações para a concepção de uma convenção mundial antitabagista,



com a sugestão do Programa “Tabaco ou Saúde” que teria o apoio das Nações Unidas. Com a Dra. Gro Brundtland, que assumiu a direção geral da OMS em 1998, a campanha antitabagismo passa a ter prioridade nas ações e discussões em nível mundial. Nesse momento o tabagismo já era considerado uma endemia mundial.

A construção do tabagismo como questão de saúde pública não se dá apenas por meio da divulgação de índices quantitativos. Para Best (1987) diversos recursos e estratégias foram utilizados para ganhar o reconhecimento de sua gravidade pela sociedade, garantindo assim sua legitimação como problema social.

O reconhecimento da expansão do tabagismo como um problema afeto a todo o mundo fez com que fosse proposto, pelos Estados Membros das Nações Unidas, durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde, ocorrida em maio de 1999, um tratado internacional de saúde pública que seria o primeiro da história da humanidade. Nascia ali a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT). O tratado propõe um conjunto de medidas com o objetivo principal de parar a ampliação da epidemia tabagística.

Várias redações foram feitas durante quatro anos, por 192 países, até que se chegasse a um consenso. Em maio de 2003, durante a 56ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), o documento foi aprovado por unanimidade.

### **3 O TABAGISMO E A QUESTÃO ECONÔMICA**

O tabagismo é hoje uma epidemia e uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. Como há uma defasagem de anos entre o início do tabagismo e o aparecimento das doenças causadas pelo tabaco, essa epidemia está apenas começando. Usuários do tabaco que têm morte prematura reduzem a renda familiar, elevam os custos dos cuidados com a saúde e prejudicam o desenvolvimento econômico do país.

O tabagismo difere dos outros problemas de saúde pública por contar com um fator causal de suma importância que é ligado a um negócio, o de vender produtos do tabaco sendo que esse contém substâncias que causam dependência. Com a globalização da economia as grandes companhias do tabaco apontaram seus esforços de ampliação para os países em desenvolvimento pelo fato de que os custos da produção eram significativamente menores e o potencial de consumo alto.



O modo de atuar da indústria do tabaco é a mesma para todo o mundo e a consequência do uso de seus produtos é o comprometimento da saúde pública e do bem estar de populações de todo o planeta. Algumas economias se baseiam na cultura do tabaco e na indústria do cigarro o que é inaceitável visto que o tabagismo causa uma média de 4,9 milhões de mortes todos os anos, e que a expectativa de aumento dessas mortes, com as atuais tendências de expansão, é estarrecedora. Ademais, projeta-se que setenta por cento dessas mortes ocorrerão em países em desenvolvimento onde financiamentos públicos para programas sociais são precários. Países como o Brasil que sequer resolveram seus problemas de saneamento básico, desnutrição, suprimento de água, doenças infecto contagiosas, terão que lidar, também, com problemas graves advindos do uso do tabaco (WHO, 2003).

Em alguns países, como no Brasil, as crianças de famílias pobres são frequentemente empregadas no cultivo do tabaco para fomentar a renda familiar. Estas crianças são especialmente vulneráveis à doenças relacionadas ao tabaco (WHO, 2012).

O Brasil é o quarto maior produtor de tabaco no mundo atrás apenas da China, Estados Unidos e Índia. Ocupa o primeiro lugar em exportação desde 1993. A imensa maioria da produção de tabaco no Brasil se concentra na região Sul e ocasiona sérios danos à saúde dos lavradores e ao meio ambiente.

A fumicultura usa potentes agrotóxicos em seu cultivo e em grande quantidade. Além disso, a absorção transdérmica<sup>3</sup> da nicotina em fumicultores conhecida como doença da folha do tabaco torna muito mais grave o uso de mão de obra infantil nesse cultivo (IBGE, 2001).

A dependência química de cada fumante é apenas um dos problemas causados pela economia do tabaco. Ela também influencia de modo decisivo a perpetuação da pobreza coletiva através de um ciclo vicioso entre tabagismo, baixa renda e baixa escolaridade.

Segundo o relatório publicado pelo Banco Mundial em 1999, há no mundo uma perda anual de 200 bilhões de dólares provocada pelo tabagismo. E metade dessa perda ocorre nos países em desenvolvimento como o nosso. Para o cálculo desse valor o Banco Mundial considerou vários fatores e fez a soma dos seus custos. São eles:

---

<sup>3</sup> Transdérmica significa através da derme (camada da pele).



- a) o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (inclusive das doenças causadas aos agricultores);
- b) as mortes de cidadãos em idade produtiva;
- c) o maior índice de aposentadorias precoces;
- d) o aumento no índice de absenteísmo em função do adoecimento mais frequente;
- e) o menor rendimento produtivo pelo tempo gasto para fumar e pela descontinuidade do trabalho;
- f) os gastos com incêndios e outros tipos de acidentes e danos ambientais.

No Brasil, segundo Pinto (2008), o prejuízo anual para o sistema público de saúde, seria à época de, pelo menos, R\$338 milhões, o que equivale a 7,7% do custo de todas as internações e quimioterapias no país. Em torno de 8% dos gastos totais do sistema vão para o tratamento de 32 doenças comprovadamente relacionadas ao tabaco. Esse tratamento compreende hospitalizações e terapias quimioterápicas em pacientes de 35 anos ou mais. Em média o tratamento de um paciente com câncer custava, à época, R\$29 mil, para um câncer de esôfago o preço girava em torno de R\$33,2 mil e para o de laringe o custo seria de R\$37,5 mil. Importante salientar que nem todos os casos de câncer desembocam no sistema público de saúde. Assim a economista calcula que se todos os casos novos desses três tipos de câncer citados fossem para o sistema público o gasto apenas com essas doenças seria de R\$1,12 bilhão.

#### **4 POLÍTICAS ANTI TABAGISTAS DO GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

De acordo com as diretrizes para a cessação do tabagismo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Instituto Nacional do Câncer (INCA), deve-se encarar o tabagismo como uma doença a ser prevenida e tratada. No Brasil e no mundo já existem várias experiências bem sucedidas de tratamento dos fumantes, que associa medicação e terapia cognitivo-comportamental com foco na cessação do tabagismo.



Além disso, uma vez que o trabalhador necessita interromper o seu trabalho para fumar, inclusive tendo que se deslocar para tanto – pois, não é mais permitido o fumo em lugares fechados -, tem-se que os fumantes podem perder uma parte da sua produtividade no trabalho em decorrência dessa dependência (FIGUEIREDO; SÁ, 2011).

A partir desse enfoque, a SCPMSO da SEPLAG de Minas Gerais, propôs promover um Programa de Cessação de Tabagismo no âmbito do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais que teve início em maio de 2011. Esse programa consistiu da realização de palestras motivacionais, consultas médicas direcionadas para a avaliação do tabagista – com prescrição de medicação não nicotínica ou terapia de reposição nicotínica -, grupos de terapia cognitivo-comportamental com foco na cessação do tabagismo e distribuição de material didático-informativo aos servidores públicos motivados à mudança desse costume (FIGUEIREDO; SÁ, 2011). O Programa incluiu consultas médicas, seguidas de sessões de terapia com intervalos semanais. Foram formados cinco grupos sendo que:

- Os 1º e 2º Grupos fizeram quinze encontros de 16/06/2011 a 22/09/2011, na Cidade Administrativa de Minas Gerais (CAMG);
- O 3º Grupo fez doze encontros de 01/07/2011 a 16/09/2011, na Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SCPMSO);
- E o 4º e o 5º Grupos fizeram oito encontros de 1º/08/2011 a 26/09/2011 na CAMG.

A partir daí houve novo encontro após dois meses do término de cada grupo, após seis meses e após um ano, quando os que cessaram o tabagismo foram considerados ex-fumantes, o que aconteceu em setembro de 2012. Entre os encontros presenciais foram feitos contatos via Call Center. Quase todos os participantes do Projeto Piloto fizeram uso de medicação que foi fornecida gratuitamente pelo Governo do Estado.

#### **4.1 Resultados das pesquisas pós-programa de Cessação do Tabagismo**

Ao final de cada um dos grupos acima descritos foi feita a aplicação de questionário para avaliação de itens do programa como: estrutura física do local dos encontros, recursos e materiais utilizados, informações fornecidas, tempo das sessões e acompanhamento profissional.

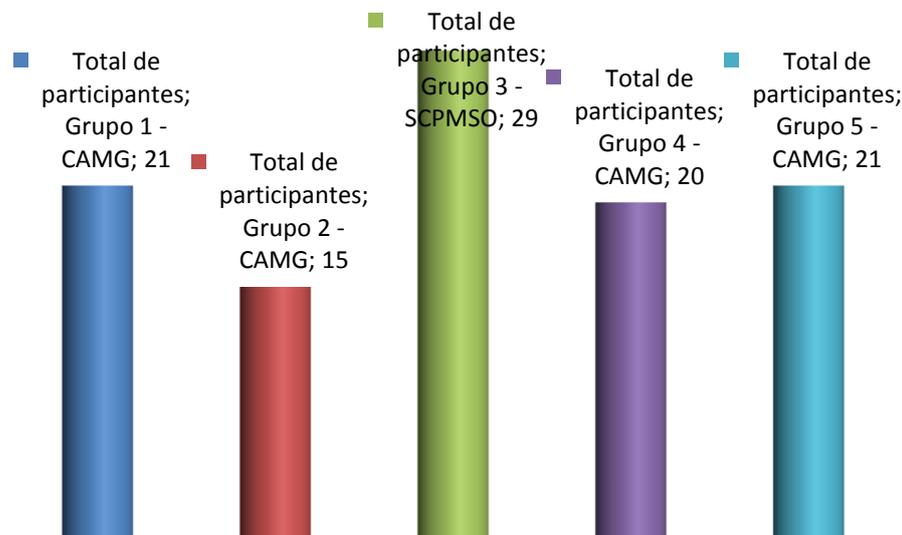


Foi atribuída uma nota de 1 a 10 a cada item, sendo 1 igual a péssimo e 10 igual a ótimo. Todos os itens obtiveram média maior que 9, sendo os itens duração das sessões e estrutura física os piores avaliados e os itens profissionais e informações transmitidas os melhores. Concluiu-se a partir daí haver necessidade de aumento do número das sessões e redução do número de participantes em cada grupo. Em relação ao conteúdo e à forma de execução do trabalho percebeu-se que o caminho estava certo.

Em relação à avaliação do programa, oitenta e duas avaliações foram respondidas. Para oitenta e um participantes o programa correspondeu às expectativas. Houve afirmações de gratidão ao Governo Estadual, que doou os medicamentos utilizados e por tornar possível a realização do programa, em quase todas as respostas.

A idade dos participantes do programa variou de 26 anos a 69 anos. O grupo que contou com maior número de participantes foi o 3º grupo, realizado na própria superintendência, no centro da cidade (Gráfico 1).

**Gráfico 1: Número de participantes do Projeto Piloto do Programa de Cessação do Tabagismo, para os Servidores do Governo do Estado de Minas Gerais, por grupo – 2012**



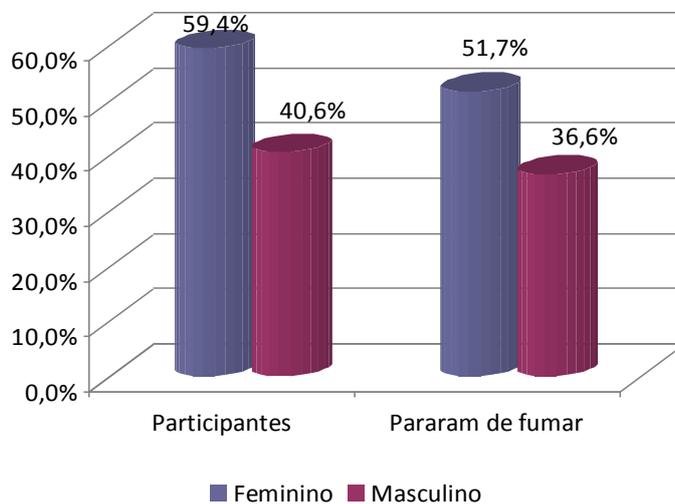
Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa da SCPMSO.



Em relação ao sexo, houve um percentual maior de mulheres na formação dos grupos. É sabido que os dois sexos lidam com o tabaco de formas diferentes. Na mulher seu uso está, muitas vezes, ligado à mudanças de humor o que poderia dificultar a cessação (INCA, 2012).

Contrariamente ao que se tem conhecimento, entretanto, pôde-se verificar que o percentual de participantes do sexo feminino obteve maior sucesso na cessação do tabagismo que os homens (Gráfico 1.1).

**Gráfico 1.1: Percentual de participantes e daqueles que pararam de fumar, do Projeto Piloto do Programa de Cessação do Tabagismo, para os Servidores do Governo do Estado de Minas Gerais, segundo sexo – 2012**

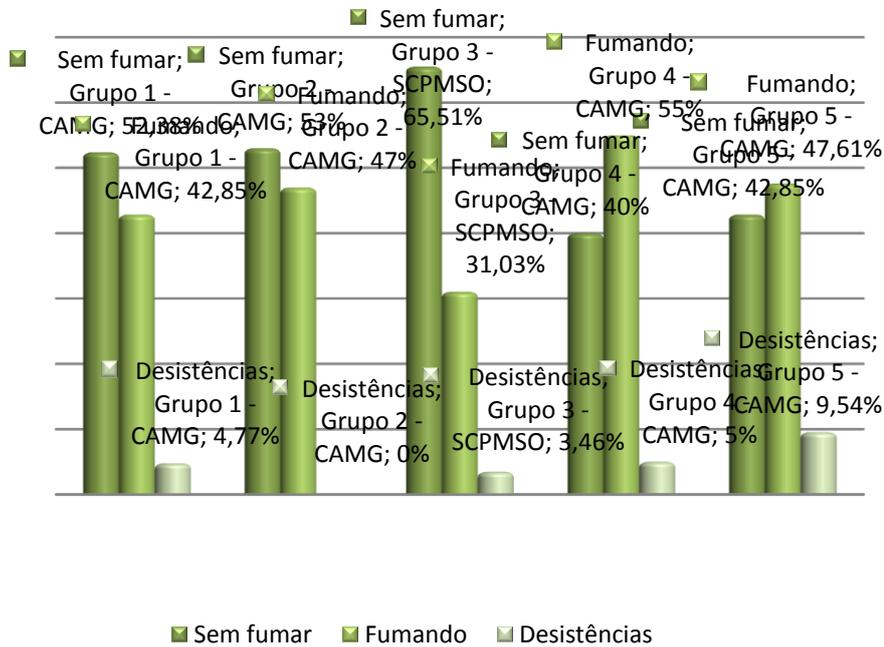


Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

Alguns participantes desistiram após uma ou duas reuniões (Gráfico 2). No entanto, pôde-se notar que as desistências, após início das atividades, foram em pequeno número.



**Gráfico 2: Percentual final de participantes, segundo efetividade do programa e por grupo, com desistentes – 2012**



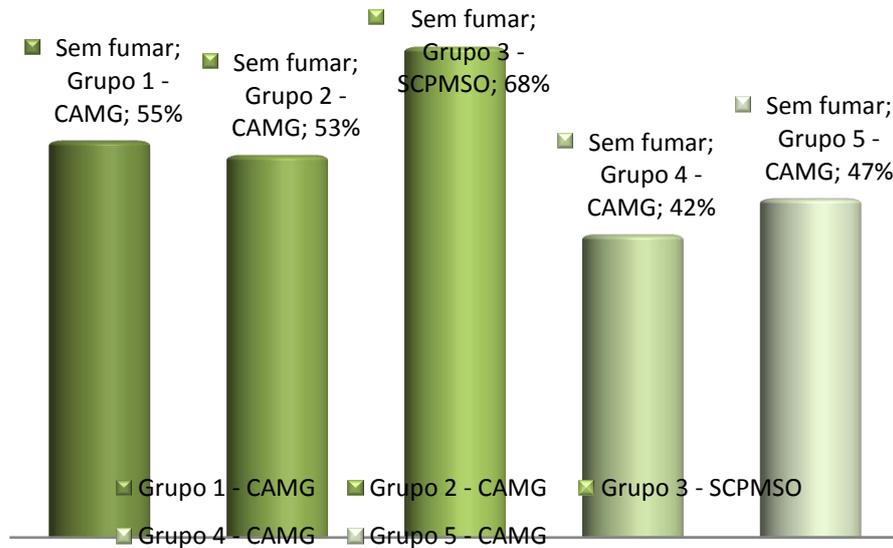
Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa da SCPMSO.

Em relação ao número de participantes por grupo, segundo efetividade do programa, tem-se que o grupo 3, da SCPMSO, foi o de maior sucesso, ou seja, foi aquele em que uma maior proporção de servidores permaneceu sem fumar após um ano de seu encerramento. Cabe ressaltar que este foi o grupo que teve o maior número de integrantes, e que foi composto por servidores de Secretarias ou Órgãos que não foram para a CAMG.

Nota-se também que os três primeiros grupos que foram os que com maior número de sessões contaram foram também os que maior percentual de sucesso obtiveram.



**Gráfico 3: Percentual final de participantes, sem fumar, segundo efetividade do programa, por grupo, excluídos os desistentes – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa da SCPMSO.

Segundo pesquisas, conforme mencionado no Consenso para Tratamento do Tabagismo (2001), oitenta por cento dos fumantes, em todo o mundo, querem deixar o tabagismo e, no entanto, apenas três por cento o conseguem a cada ano e a maioria desses três por cento para sem qualquer ajuda. Esses dados são indicadores da alta capacidade da Nicotina em causar dependência e do baixo acesso que os fumantes têm aos métodos de cessação uma vez que esses métodos chegam a aumentar o sucesso em parar de fumar de 3% para 20% a 30% em um ano (CONSENSO, 2001).

Em relação aos participantes que concluíram o programa e que deixaram de fumar, tem-se, a partir do Gráfico 4, que eles corresponderam a mais da metade de seu total o que demonstra um índice de cessação bem acima do mundial.



**Gráfico 4: Percentual final total de participantes, segundo efetividade do programa após um ano – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de pesquisa da SCPMSO.

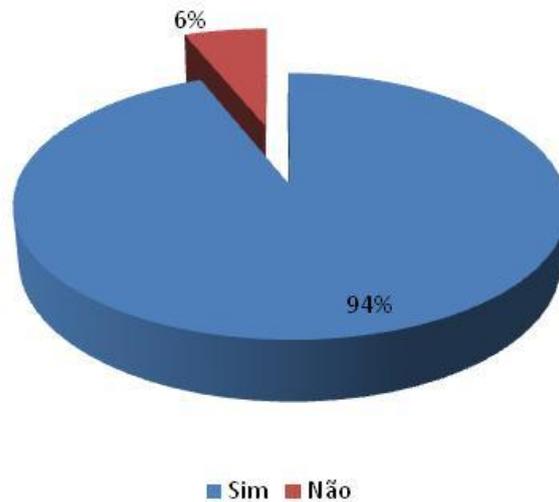
#### 4.2 Análise do resultado das entrevistas

O atual trabalho teve por objetivo averiguar, se na percepção dos servidores participantes – e gestores aos quais esses servidores estão vinculados – houve um aumento do rendimento produtivo desses servidores agora ex-tabagistas. Para os servidores o roteiro contou com questões como idade; sexo; grau de escolaridade; cargo; se continua sem fumar; número de cigarros que fumava; se houve percepção de melhora de sua qualidade de vida com a cessação do tabagismo; se já exercia alguma atividade física antes do programa; se passou a exercer alguma atividade física após o programa; se houve percepção de melhora de seu rendimento produtivo após a cessação do tabagismo e se sim, como foi essa melhora.

Para os gestores as questões foram: idade; sexo; grau de escolaridade; cargo; comportamento do servidor antes do programa em relação ao costume de fumar; percepção de alguma mudança no comportamento do servidor após parar de fumar; percepção de melhora da produtividade do servidor ao cessar o tabagismo. Para a primeira pergunta, na qual foi questionado se o participante voltou a fumar, as respostas mostraram que após um ano e dois meses da participação no programa três participantes apresentaram recaídas (Gráfico 5), o que correspondeu a 6% do total.



**Gráfico 5: Percentual de participantes segundo efetividade do programa, no total, após 1 ano e 02 meses de sua conclusão – 2012**

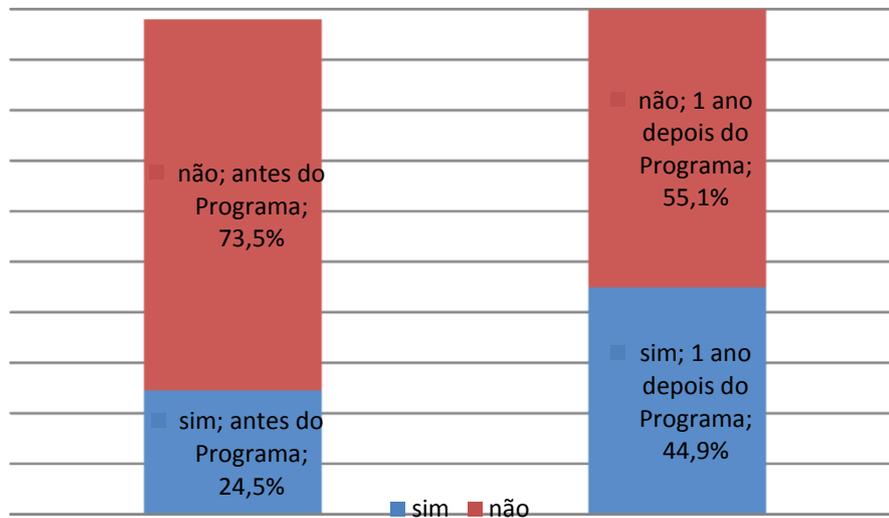


Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

O Gráfico 6 diz respeito ao desempenho de atividades físicas. Antes do programa verificou-se que a grande maioria dos participantes (73,5%) se encontrava sedentária. Após a participação no programa e de terem parado de fumar houve aumento no percentual de participantes, no que concerne à prática de exercícios físicos, de 24,5% para 44,9%. Embora não tenha se tratado de aumento “desconsiderável” não é possível dizer que se tratou do aumento esperado. Durante a realização das atividades do programa esse item é muito abordado como forma de não permitir ganho de peso, grande causa de recaídas, como forma de produção de neurotransmissores para melhora do humor, mesmos neurotransmissores que são produzidos quando a nicotina se liga aos receptores chamados nicotínicos e que produzem a sensação de bem estar que o fumante tem ao tragar e como forma de melhora da saúde como um todo. Assim, a não adesão a prática de esportes chama a atenção.



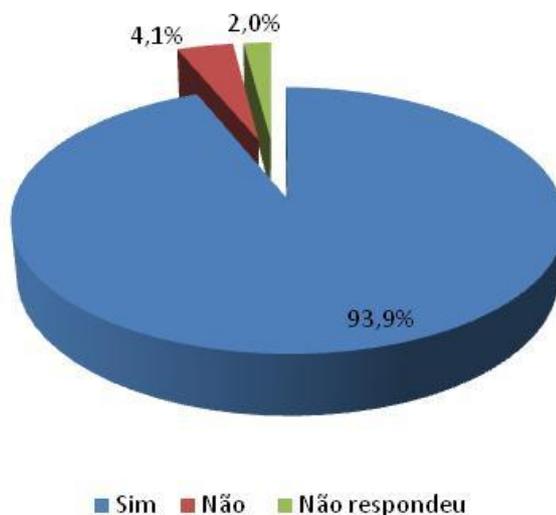
**Gráfico 6: Proporção de participantes que pararam de fumar, segundo desempenho de atividade física antes e um ano e dois meses após participação no Programa – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

Em relação à avaliação da possível melhora na qualidade de vida dos participantes após cessarem o tabagismo não houve surpresas. A grande maioria, 93,9% dos respondentes, avaliou de forma positiva a melhora de sua qualidade de vida (Gráfico 7).

**Gráfico 7: Percentual de participantes, segundo percepção de melhora na qualidade de vida após parar de fumar – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.



Quando perguntado sobre como se deu essa melhora, o item que se sobressaiu foi a melhora na respiração (Gráficos 7.1). Para 45,7% dos participantes que responderam positivamente a questão, a respiração apresentou grande melhora. Isso, igualmente, não mostra qualquer surpresa já que o tabagista manda para dentro de seus pulmões, diretamente, várias substâncias tóxicas, entre elas o monóxido de carbono. Melhora do ânimo, da alimentação, do condicionamento físico, paladar, sono e da concentração: “Tudo melhorou. Alimentação, ânimo [...]” (participante 09). “Melhorou o sono e a alimentação” (participante 10).

Muito importante destacar a melhora na concentração, uma vez que um dos principais medos do tabagista participante, expressado durante o programa, é que parar de fumar reduziria o seu poder de concentração. “Me sinto mais disposto. Fumava 01 maço de cigarros por dia há 40 anos. Não tenho mais saídas frequentes para fumar. Mas meu maior ganho foi a disposição e a concentração” (participantes 07). “Posso ir aos lugares sem estar cheirando a cigarros e sem ter que sair para fumar. Aumentou a concentração e o rendimento no trabalho por causa da continuidade já que não mais interrompo o trabalho para fumar. Melhorou a concentração” (participante 08).

Além disso, apareceram respostas como melhora da auto-estima, da liberdade visto não terem mais que se preocupar em carregar cigarros para onde quer que seja, fim da discriminação social pelo fato de o tabagismo ser cada vez menos aceito pela sociedade. “Ninguém mais me olha com desprezo porque estou fedendo a cigarros quando saio” (participante 11); “A questão social. As pessoas ficavam incomodadas por causa do cheiro. Respiração e paladar melhoraram” (participante 28); “Melhorou tudo. Cheiro, paladar, emagreci por conta do aumento da auto-estima” (participante 29). “Condicionamento físico melhorou, bem como a auto-estima, paladar. O relacionamento interpessoal melhorou. Melhorou até a relação com marido e filhos” (participante 35); “Melhora do conforto pessoal, cheiro melhor e ninguém mais sai de perto. Mais liberdade. Maior ânimo, melhor astral” (participante 43).

Durante a execução do programa os participantes demonstraram muita preocupação com aumento da irritabilidade, ansiedade, da impaciência, da insônia, entre outros. “Melhora da sensação geral, não há dependência do cigarro.

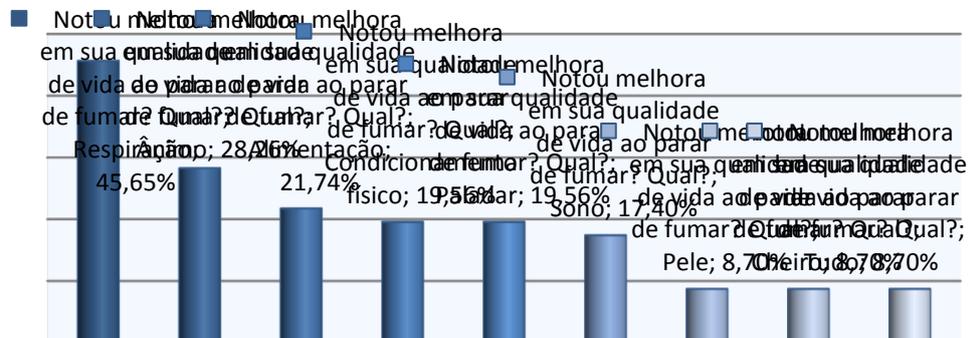


Estou menos ansiosa” (participante 01); “Houve melhora da alimentação e do sono” (participante 10); “Houve melhora da saúde. Fico menos irritável. Minha respiração e sono melhoraram” (participante 15); “Houve melhora importante da ansiedade. Hoje tenho mais paciência. Não deixo mais de ir aos lugares porque neles não podia fumar” (participante 31).

A melhora do condicionamento físico é condizente com o aumento no percentual de participantes que iniciaram exercícios físicos após pararem de fumar. Houve um aumento de 20,4% nos praticantes de exercícios físicos em relação aos que já o praticavam antes da cessação do tabagismo (gráfico 6), e uma melhora no condicionamento físico de 19,6% dos servidores em questão (Gráfico 7.1).

Um aumento no ânimo de 28,3% mostra serem infundadas as preocupações dos tabagistas participantes do programa quanto aos seus receios de que se tornem desanimados por considerarem que o fumo os mantém ativos e alertas.

**Gráfico 7.1: Percentual de participantes, segundo percepção de como foi a melhora na qualidade de vida após parar de fumar – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

Para os respondentes da pesquisa podemos, então, afirmar que parar de fumar leva a uma melhora considerável na qualidade de vida da pessoa, não importando para isso a idade visto que o programa contou com participantes de 26 anos a 69 anos. Em qualquer idade que se decida pela cessação da dependência haverá benefícios à saúde do indivíduo (INCA, 2001).



No que diz respeito à percepção de aumento do rendimento produtivo no trabalho, a pesquisa confirma o que já foi calculado pelo Banco Mundial em seu relatório (WORLD BANK, 1999). Cabe lembrar que: “Há no mundo uma perda anual de 200 bilhões de dólares provocada pelo tabagismo” (WORLD BANK, 1999). Isso ocorre pela soma de diversos fatores sendo um deles o menor rendimento produtivo pelo tempo gasto para fumar e pela descontinuidade do trabalho. Outros fatores são as faltas ao trabalho pelo adoecimento, as aposentadorias precoces, o gasto com doenças advindas do tabaco, etc.

Na atual pesquisa pôde-se notar a percepção do aumento de produtividade dos participantes que cessaram o tabagismo. Para 87,8% dos participantes houve, em sua percepção, aumento de seu rendimento produtivo no trabalho (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Percentual de participantes, segundo percepção de aumento de seu rendimento produtivo no trabalho – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária

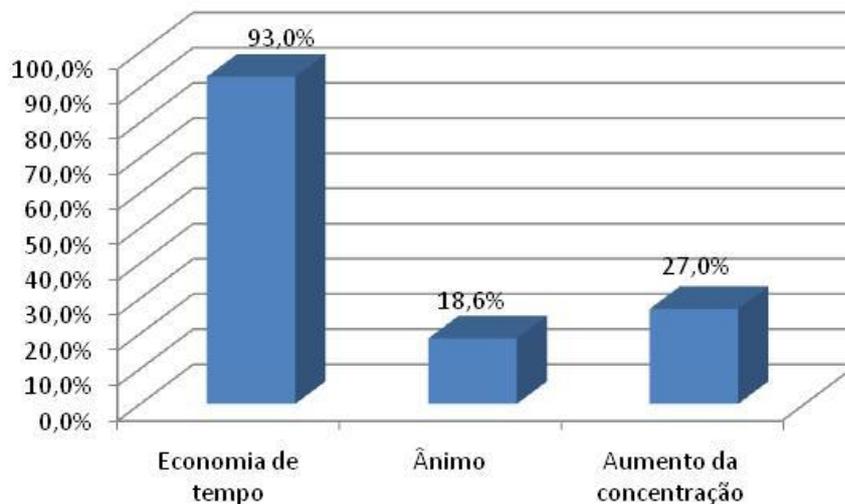
Dentre que responderam positivamente à questão, 93% (Gráfico 8.1) consideraram que esse aumento do rendimento produtivo se deveu ao maior tempo em suas estações de trabalho. Obtivemos, com as entrevistas, respostas como as a seguir: “Como não desço mais para fumar a produtividade aumentou bastante” (participante 02); “Aumentou o rendimento no trabalho porque nunca mais necessitei descer ao fumódromo o que fazia, em média, dez vezes ao dia” (participante 12);



“Não paro mais para fumar. Sempre que parava para fumar demorava, pelo menos, trinta a quarenta minutos lá embaixo. Houve melhora da concentração” (participante 13); “Eu descia de dez em dez minutos para fumar. Me sinto muito poderoso por ter conseguido parar de fumar” (participante 14); “Perdia tempo. Descia para fumar, gastava mais ou menos 15 minutos com cada cigarro. A cada 40 minutos de trabalho já vinha a vontade de fumar” (participante 17).

Os dados obtidos das entrevistas com os servidores levam a conclusões que vêm corroborar outra afirmação do Banco Mundial no mesmo relatório citado: “As políticas e intervenções de controle do tabagismo são as que têm maior custo-efetividade” (WORLD BANK, 1999). Assim, sempre se ganha com adoção de “políticas e intervenções de controle do tabagismo que já mostraram ter alta relação custo-benefício na melhoria da saúde, o que é um importante aspecto de metas internacionais de desenvolvimento e um importante componente da economia de um país” (WORLD BANK, 1999).

**Gráfico 8.1: Percentual de participantes, segundo motivo para o aumento de seu rendimento produtivo no trabalho e de como isso aconteceu – 2012**



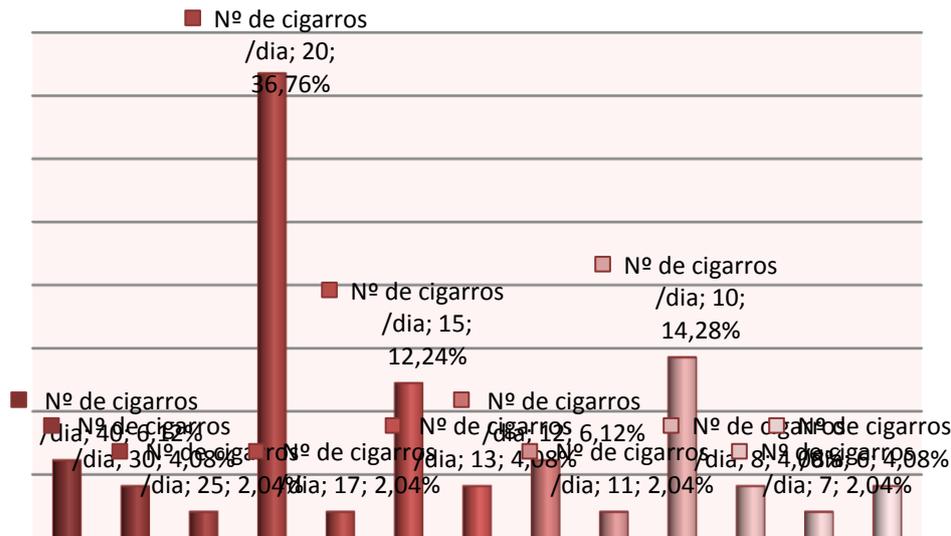
Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

O ganho com o aumento do rendimento produtivo do indivíduo fica mais evidente ainda quando se considera a quantidade de cigarros fumados por dia. Segundo a pesquisa, os participantes do programa fumavam em média 17,3 cigarros por dia. No Gráfico 9 podemos observar que 49% deles fumavam vinte ou mais



cigarros por dia, ou seja, um maço ou mais. Isso, além de ser um dos fatores que caracterizam maior dependência por parte do tabagista, provavelmente acarreta em uma maior quantidade de paradas para fumar durante o trabalho. E ainda pior, quanto maior o número de cigarros fumados maior a possibilidade de adoecimento.

**Gráfico 9: Percentual de participantes, segundo número de cigarros fumados por dia – 2012**



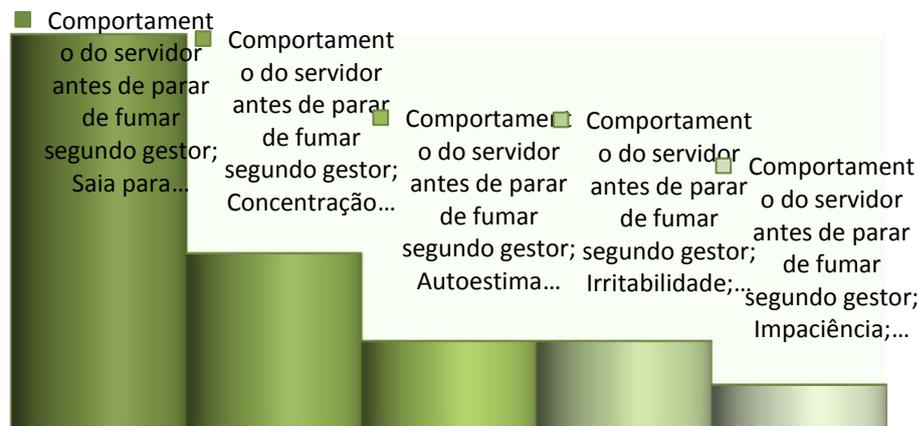
Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária

Em relação aos gestores o resultado dessas entrevistas é o que se segue.

Tem-se que, a partir do Gráfico 10, na percepção dos gestores entrevistados, 100% dos participantes do Programa se ausentavam de sua área de trabalho a fim de fumar. Durante as entrevistas houve relato de que se percebia que alguns o faziam mais que outros. Para 44,4% dos gestores entrevistados os servidores apresentavam baixo grau de concentração no trabalho antes de parar de fumar. Aspectos como baixa auto-estima, irritabilidade e impaciência também foram observados.



**Gráfico 10: Comportamento do servidor participante do Programa de Cessação do Tabagismo, para os Servidores do Governo do Estado de Minas Gerais, no trabalho, antes de parar de fumar, segundo percepção do gestor – 2012**

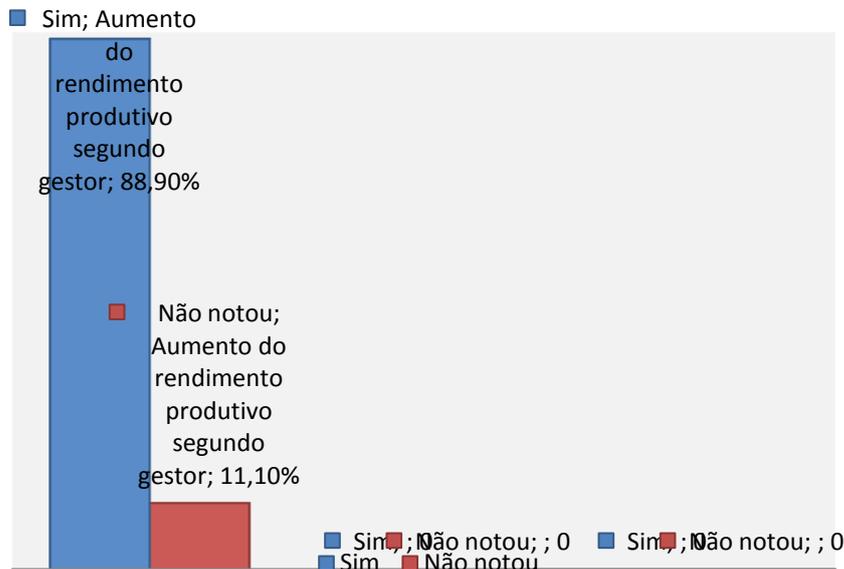


Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária.

Perguntados sobre sua percepção em relação a aumento da produtividade dos servidores que pararam de fumar, 88,9% dos gestores (Gráfico 11) responderam que o rendimento produtivo, desses servidores, aumentou. Durante as entrevistas foi possível perceber que os gestores não mostravam qualquer dúvida quanto à questão. Ainda de acordo com o Gráfico 11 nota-se que 11,1% dos gestores entrevistados responderam que não notaram ter ou não havido aumento do rendimento produtivo dos servidores que pararam de fumar e estão sob sua tutela.



**Gráfico 11: Percentual de gestores dos participantes, segundo sua percepção de aumento do rendimento produtivo no trabalho, desses servidores – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária

Quando perguntados sobre o comportamento dos servidores após cessarem o tabagismo apurou-se que 88,9% dos gestores (Gráfico 12) entrevistados perceberam que os servidores em questão estão ficando um tempo maior em suas mesas de trabalho, possivelmente em decorrência de não mais interromperem os mesmos para fumar. Para 44,4% dos gestores entrevistados houve melhora do grau de concentração dos participantes do programa que interromperam o tabagismo. Isso coincide com o percentual de servidores que mostravam baixo grau de concentração antes de parar o tabagismo, segundo percepção de seus gestores. Foram abordados, ainda, melhora de aspectos como ânimo, motivação, humor, auto-estima, relacionamento interpessoal, alimentação. Fato curioso foi o relato de um gestor, cujo cargo é de superintendente, de que um servidor do seu quadro foi promovido tal foi a melhora de seu rendimento produtivo após parar de fumar:

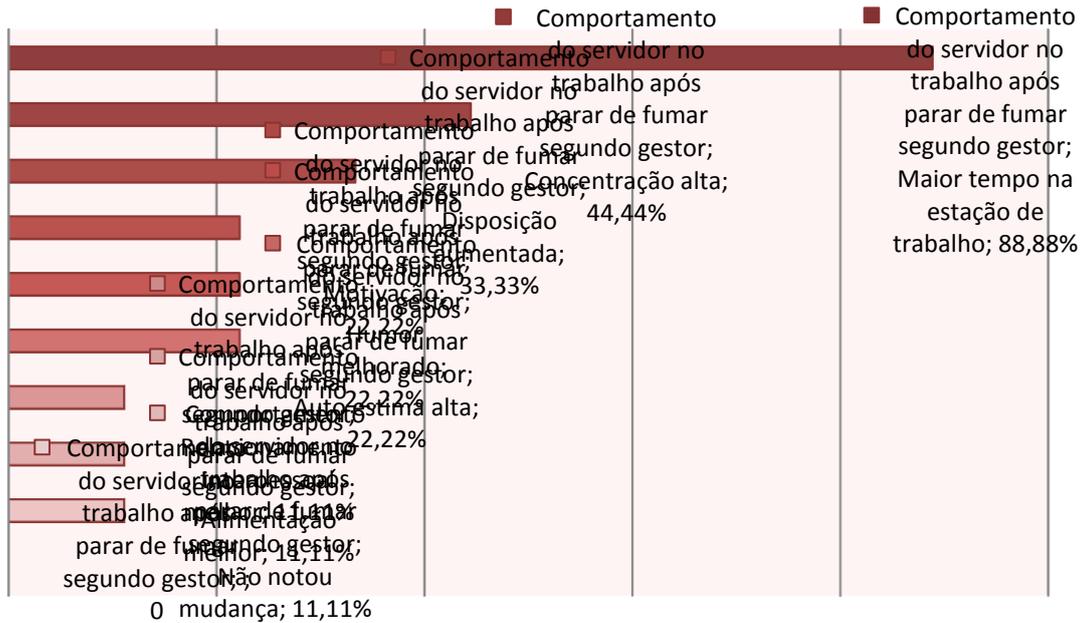
O servidor 23 era disperso, com muita dificuldade de concentração. Mostrava baixa auto-estima. Após parar de fumar se mostrou centrado totalmente, muito motivado, com auto-estima alta. E tal foi o aumento do seu rendimento no trabalho que foi, inclusive, promovido. (Superintendente A).

As respostas do servidor 23 sobre sua percepção de melhora em sua qualidade de vida e no seu rendimento produtivo após parar de fumar foram as seguintes:



Minha concentração e respiração melhoraram. Eu tenho Bronquite e fumei durante dez anos. Também houve melhora do olfato e paladar. Houve aumento do meu rendimento produtivo e um dos principais aspectos foi: eu era ansioso em função do cigarro. Me sinto mais calmo após parar de fumar, sem contar que não preciso mais ficar saindo da sala várias vezes para fumar.

**Gráfico 12: Comportamento do servidor participante do Programa, após parar de fumar, segundo percepção do gestor – 2012**



Fonte: elaboração própria a partir de dados de pesquisa primária

### 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerado um estilo de vida, um ato de elegância e charme durante décadas, as diversas descobertas relacionadas aos malefícios do uso do tabaco subsidiaram uma mudança paradigmática e o tabagismo passou a ser considerado um sério problema de saúde pública. E como tal foi necessário o desenvolvimento de técnicas apropriadas para que se pudesse instituir um tratamento e a elaboração de políticas de prevenção e combate ao tabagismo por parte dos países em todo o mundo. Órgãos afins à questão foram mobilizados através da OMS com esse objetivo.



Em Minas Gerais foi implantado o Programa de Cessação do Tabagismo para os Servidores do Poder Executivo do Estado em maio de 2011. Com o sucesso do programa houve uma sensação, por parte de seus idealizadores e realizadores, de que o rendimento produtivo dos servidores que haviam parado de fumar mostrava um aumento tal que inclusive esses servidores deveriam tê-lo percebido. Assim a questão que esse trabalho se propôs a investigar foi se houve um aumento do rendimento produtivo no trabalho dos servidores que participaram do programa e de seus gestores. A partir do trabalho, pôde-se chegar à conclusão de que houve aumento do rendimento produtivo dos servidores em questão em sua própria percepção e na dos seus gestores.

Alguns pontos da revisão bibliográfica merecem destaque como a forma como a questão econômica permeou fortemente a construção do tabagismo como um problema de saúde pública ao longo do tempo. Os temas sobre tabagismo começaram a aparecer nas Assembleias Mundiais da OMS tanto mais quanto se descobria todo o prejuízo que o cigarro causava às economias pelo mundo afora e à saúde de seus cidadãos.

Importante destacar a mobilização mundial para o combate à epidemia de tabagismo que se espera para 2030 caso as atuais tendências de crescimento desse não mudem. Os países em desenvolvimento serão os mais atingidos. Países esses com problemas de saneamento básico, de doenças infectocontagiosas – ainda não resolvidos -, de alimentação escassa, de água etc. Os danos ocasionados à saúde dos agricultores causam consternação principalmente quando se sabe que parte desses agricultores é constituída por crianças.

Com maior consciência da questão, os governos tentam implementar políticas de combate, prevenção e tratamento do tabagismo.

O programa/tratamento instituído em Minas Gerais mostrou vários aspectos muito positivos além de resultar no maior rendimento produtivo no trabalho já citado. Foi possível observar uma melhora geral na saúde dos servidores que pararam de fumar, segundo sua própria percepção.



Considera-se, não obstante, que ajustes são necessários. Dificuldades como aumento do número de sessões, qualificação de multiplicadores do programa, qualificação contínua dos realizadores, expansão do programa para o interior do Estado, aquisição de medicação suficiente para repetentes do programa, entre outras, foram verificadas.

Apesar das dificuldades citadas, a importância de que se reveste o tema torna imperioso que para o futuro essas questões sejam resolvidas. Isso para que todos os servidores que queiram parar com o tabagismo tenham o apoio necessário para tal.

## REFERÊNCIAS

ASPECTOS econômicos do tabaco. Rio de Janeiro: INCA, Economia e Legislação. 2011. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=economia&link=aspectos.htm>>. Acesso em 08 de abr. 2012.

ASSOCIATED PRESS. Norway court rejects Philip Morris lawsuit. Oslo: **Yahoo News**, 14 set. 2012. Disponível em: <<http://news.yahoo.com/norway-court-rejects-philip-morris-lawsuit-124249662.html>> Acesso em 13 de out. 2012.

CONICQ/INCA. **Cigarros com embalagens genéricas reduzem a atração para fumar**. Rio de Janeiro: Agência de Notícias INCA. 14 de set. 2012. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/cigarros\\_com\\_embalagens\\_genericas](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/cigarros_com_embalagens_genericas)>. Acesso em: 13 de out. 2012.

\_\_\_\_\_. Tabagismo na mira: A sedução das embalagens e a classificação de filmes. Rio de Janeiro: **Agência de Notícias INCA**, 13 ago. 2012. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/tabagismo\\_na\\_mira\\_a\\_seducao\\_das\\_embalagens\\_e\\_a\\_classificacao\\_de\\_filmes](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/tabagismo_na_mira_a_seducao_das_embalagens_e_a_classificacao_de_filmes)> Acesso em 13 out. 2012.

DOSSIÊ Anti-Tabagismo: Revelações sobre como o cigarro está destruindo corpos e sociedades. A Conta do Cigarro. Quem Paga? Belo Horizonte: **Revista Interativa**, Ano 1, Número 04. 2008. Disponível em: <[http://sociedades.cardiol.br/sbc-mg/2009/publicacoes/revista/interativa\\_a1n004.pdf](http://sociedades.cardiol.br/sbc-mg/2009/publicacoes/revista/interativa_a1n004.pdf) > Acesso 13 out. 2012.

FIGUEIREDO, R. K.; SÁ, A. M. **Programa de Cessação do Tabagismo para os servidores do Poder Executivo Estadual de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional, 2011 (Mimeo).  
FONSECA, A. Tabaco e Tabaquistas. Porto: **Arquivos de Medicina**, Vol. 21, Nº 5/6, 2007.



INCA. **Aspectos Econômicos do Tabagismo e do Controle do Tabaco em Países em Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Comissão Européia/OMS/Banco Mundial, tradução INCA. Fevereiro 2003. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/aspectos\\_economicos.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/aspectos_economicos.pdf)> Acesso em 13 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento\\_consenso.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf)>. Acesso em 08 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco, 2011. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/convencao\\_quadro/o\\_que\\_e](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/convencao_quadro/o_que_e)> Acesso em 26 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Perguntas e Respostas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=faq>> Acesso em 26 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. **Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004.

International Agency of Reaserch in Cancer (IARC). **Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. Passive Smoking**. Lyon: **Scientific Publications**, Vol 9, n.31, France, 1987.

MATTA, G. A Organização Mundial da Saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trab. Educ. Saude*, v.3, n.2, p.371-96, 2005.

ON ONE-YEAR Anniversary of United Nations Meeting on Non-Communicable Diseases, **Leading Health Organizations Cite Progress and Work Ahead**. WASHINGTON: **Globe Newswire**, 19 set.2012. Disponível em: <<http://www.globenewswire.com/news-release/2012/09/19/491679/10005643/en/On-One-Year-Anniversary-of-United-Nations-Meeting-on-Non-Communicable-Diseases-Leading-Health-Organizations-Cite-Progress-and-Work-Ahead.html>> Acesso em 13 out. 2012.

OPAS (2002). **Oraganização Pan-Americana da Saúde. 1º Congresso Internacional de Prevenção de Tabagismo**, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2002.

PAGANI JR., C. R.; SOUSA, E. G.; PAGANI, T. C. S. **O Tabagismo nos dias atuais**. São Paulo: *Ensaio e Ciência*, Anhanguera, v. 2, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/rensc/article/view/321>> Acesso em 13 out. 2012.

#### **Passive Smoking and Heart Disease Mechanisms and Risk**

Stanton A. Glantz, PhD; William W. Parmley, MD

*JAMA*. 1995;273(13):1047-1053. doi:10.1001/jama.1995.03520370089043.



PROJETO da lei contra o tabagismo na Rússia deverá ser apresentado em 1º de novembro. Moscou: **Diário da Rússia**, 08 de out. 2012. Disponível em: <<http://www.diariodarussia.com.br/fatos/noticias/2012/10/08/projeto-da-lei-contra-o-tabagismo-na-russia-devera-ser-apresentado-em-1o-de-novembro/>> Acesso em 13 out. 2012.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo**: Enfoques Históricos e Atuais. São Paulo:SES, 2002.

\_\_\_\_\_. Tabagismo: sério problema de Saúde Pública. Separata: **Revista da PUC-SP**, v.XLVII, n.93, p.105-24, 1977.

SPINK, M.J. P., LISBOA, M. S., RIBEIRO, F. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interfaces**, 2009.

The world health report 2007 – **A safer future: global public health security in the 21st century** – Disponível em: <http://www.who.int/whr/2007/en/index.html>. Acesso em 10 set. 2012.

U.S. Department of Health and Human Services. **The health consequences smoking**: a report of the Surgeon General. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 2004.

WORLD BANK. **Curbing the epidemic**: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Disponível em: <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTETC/0,,contentMDK:20227677~menuPK:478882~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376601,00.html>>. Acesso em 13 out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Control Economics**. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/economics/en/>>. Acesso em 10 set. 2012.

\_\_\_\_\_. **Tobacco Fact sheet Nº 339**, may 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>>. Acesso em 10 set 2012.



---

**AUTORIA**

**Alba Machado de Sá** – Médica Perita da Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão/MG. Especialista em Cardiologia – Hospital Prontocor/MG, em Medicina do Trabalho – UFMG e em Gestão Estratégica – Fundação João Pinheiro/MG.

Endereço eletrônico: [alba.sa@planejamento.mg.gov.br](mailto:alba.sa@planejamento.mg.gov.br)

**Carolina Portugal Gonçalves da Motta** – Pesquisadora e Professora na Fundação João Pinheiro/MG. Doutoranda em Planejamento Urbano e Regional – IPPUR/UFRJ.

Endereço eletrônico: [carolina.motta@fjp.mg.gov.br](mailto:carolina.motta@fjp.mg.gov.br)

