

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

CAMILA BASSÔA DOS SANTOS

“É PROIBIDO FUMAR, DIZ O AVISO QUE EU LI”:
O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO USUÁRIO TABAGISTA

Porto Alegre
2013

CAMILA BASSÔA DOS SANTOS

**“É PROIBIDO FUMAR, DIZ O AVISO QUE EU LI”:
O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO USUÁRIO TABAGISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Leonia Capaverde Bulla

Porto Alegre
2013

CAMILA BASSÔA DOS SANTOS

**“É PROIBIDO FUMAR, DIZ O AVISO QUE EU LI”:
O SERVIÇO SOCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO USUÁRIO TABAGISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

Arguidor (a)

Arguidor (a)

*Dedico este trabalho aos usuários do
Hospital Ernesto Dornelles,
participantes do Grupo de Combate
ao Tabagismo, pelo processo de
aprendizagem e fortalecimento
mútuo. Sem a contribuição de vocês
não seria possível a concretização
do presente estudo.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos dois exemplos máximos de amor e carinho, meus pais, **Luiz Carlos** e **Ébe**. Pai, muito obrigada pelo carinho e amor incondicionais, por me ensinar a ser batalhadora, me passar valores como a honestidade, integridade. Mãe, apesar de sermos diferentes em muitas coisas, sabemos que nos amamos incondicionalmente e que torcemos sempre uma pela outra. Vocês são a base fundamental para que chegasse nesse momento, e contribuíram de uma forma imensurável em mais essa realização. Amo vocês!

Agradeço aos meus padrinhos, **Paulo Soares** e **Rosa Maria**. Dindo, sei que os tempos não tem sido fáceis, acredito que as grandes batalhas só são dadas aos verdadeiros guerreiros, e o Sr. tem demonstrado ser. Por isso gostaria de deixar meus agradecimentos por todo carinho, afeto, cuidado dispensados a mim durante toda a minha vida, sempre presente e estimulando pelo meu sucesso. Dinda, a Sra. também é uma guerreira, te admiro pela pessoa carinhosa que és, pela força que tens, pelo amor dedicado a mim durante esses 22 anos de vida. Dindos, vocês tiveram um papel fundamental pra que eu me tornasse quem sou hoje, agradeço aos meus pais por terem escolhidos os melhores padrinhos que alguém poderia ter! Obrigada. Amo vocês!

Agradeço ao meu namorado, **Mytchan Zatar**. Muito obrigada pelo apoio, por me motivar a seguir em frente e por entender com paciência as ausências durante a construção do trabalho. Obrigada pelos mimos, pelo colo, e principalmente por ouvir a todas as inquietações durante esse período. Te amo!

Agradeço à **Andréia Garcia**, amiga que com o passar do tempo se tornou a irmã que eu não tive. Obrigada por sempre me apoiar, por incentivar meu crescimento, pelas alegrias compartilhadas, pelo colo nos momentos em que precisei, pelos puxões de orelha. Obrigada por se fazer presente mesmo apesar da distância. És uma grande amiga, irmã, que levarei sempre no coração.

Agradeço às amigas, **Vanessa Castro** e **Maibí Velasque**. Vanessa, obrigada pelas palavras de incentivo, pela companhia nos lanchinhos na tarde, pelo apoio e estímulos constantes na certeza de que tudo daria certo, obrigada! Maibí, senti a tua falta nesse último semestre, das nossas noites no LISS fazendo trabalhos, de ter alguém para perguntar se estamos indo no caminho correto! Agradeço a vocês pois

durante toda a faculdade foram grandes amigas dentro e fora do campus, e hoje se tornaram exemplos de grandes profissionais!

Sou grata às grandes amigas **Cíntia Teixeira** e **Vanessa Rehermann**, minhas *moranguinhas*, as quais conheci durante o período de estágio na FASC e que se tornaram grandes companheiras, dentro e fora da universidade. Cíntia é com grande satisfação que encerro essa trajetória em tua companhia, que sempre transmitiu carinho, sensibilidade e afeto, és uma grande amiga. Vanessa, nossas discussões GREnais e o estágio nos tornaram próximas, lhe agradeço pelo incentivo e pela amizade que construímos, obrigada!

Agradeço aos colegas do NEDEPS, pelo apoio e compreensão na finalização dessa etapa da formação. Obrigada, **Jéssica, Gabrieli, Monique, Ricardo, Márcia, Aline, Ana, Camila Dutra, Victória, Pedro e Shirley**. Em especial agradeço à **Vanessa Azevedo**, pelo incentivo, pela troca de materiais, pelas conversas descontraídas e pelos debates que contribuíram para a minha qualificação.

Agradeço à colega de NEDEPS e amiga, **Erika Scheeren**. Com certeza foi um presente ter te conhecido nesse espaço, e poder conviver contigo. Obrigada pelo carinho, atenção e dedicação. *Erikão*, te considero mais do que uma colega de trabalho, mas como uma grande amiga que a vida tratou de colocar no lugar certo e na hora certa. Muito obrigada por tudo!

Em especial, agradeço àquelas que estão encerrando essa etapa junto comigo, e que transformaram os momentos de angústia em risadas e passaram muita força para que conseguisse chegar até aqui. Obrigada, **Caroline Freitas** (docinho), **Roberta Maslinkiewicz, Joana Flores e Marilusa Godoy**.

Agradeço à **Soraia, Raquel e Rita**. As *meninas* do Serviço Social do Hospital Ernesto Dornelles. Vocês me acolheram e me ensinaram muito sobre a profissão, orientando e supervisionando cada passo para a construção desse trabalho. Foi um prazer fazer parte da equipe, e sou imensamente grata pela oportunidade de desenvolver meu trabalho com a liberdade e apoio dispensados a mim. Muito obrigada!

Agradeço, sem exceções, a todos os mestres que fizeram com que eu aprendesse o que era necessário para possibilitar a minha transformação de acadêmica para profissional. Especialmente, agradeço à minha orientadora, **Dr^a Leonia Capaverde Bulla**. Foi um privilégio ser orientada pela Sra. Muito obrigada

pela dedicação, apoio, carinho, incentivo e pela paciência dispensadas durante o processo de construção desse trabalho.

*Corrida pra vender cigarro
Cigarro pra vender remédio
Remédio pra curar a tosse
Tossir, cuspir, jogar pra fora*

*[...] Eles querem te vender,
Eles querem te comprar
Querem te matar (a sede),
Eles querem te sedar*

*Quem são eles?
Quem eles pensam que são?*

(GESSINGER, 2002)¹

¹ GESSINGER, Humberto. 3ª do Plural. *In: Engenheiros do Hawaii. Surfando Karmas & DNA.* Universal Music: 2002. Faixa 2.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Produção do Tabaco no mundo.....	33
Quadro 2 – Síntese do processo Interventivo.....	45

LISTA DE SIGLAS

ADESF - Associação de Defesa da Saúde do Fumante
AFPERGS - Associação dos Funcionários Públicos do Rio Grande do Sul
AFUBRA - Associação de Fumicultores Brasileiros
CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CQCT- Convenção-Quadro de Controle do Tabaco
DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico e Transtornos Mentais
HED - Hospital Ernesto Dornelles
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA - Instituto Nacional do Câncer
OMS - Organização Mundial de Saúde
SAMDU - Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência
SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC - Sistema Nervoso Central
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBSs – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
2.1.1 Saúde Complementar – O Hospital Privado	21
3 O CONSUMO DE DROGAS – DA PRÁTICA MILENAR AO TABAGISMO	24
3.1 O CONTEXTO DAS DROGAS NA SOCIEDADE – UMA QUESTÃO DE SAÚDE	24
3.2 O TABAGISMO E SEUS DETERMINANTES HISTÓRICOS E SOCIAIS	28
3.2.1 Importantes indicadores sobre o Tabagismo	32
4 O ESPAÇO SOCIOINSTITUCIONAL, O SERVIÇO SOCIAL E A ATENÇÃO AO TABAGISMO	36
4.1 O HOSPITAL ERNESTO DORNELLES E SUA CONSTITUIÇÃO	36
4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL	38
4.3 O ASSISTENTE SOCIAL NO COMBATE AO TABAGISMO NA INSTITUIÇÃO .	40
5 A MATERIALIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO	44
5.1 O TRABALHO DA PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO: O OBJETO DE INTERVENÇÃO	44
5.2 O DESENVOLVIMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A – Instrumento para entrevista semi-estruturada	74
APÊNDICE B – Manual do Participante	77
ANEXO A – Ficha de inscrição	80
ANEXO B – Contrato de Convivência	83

1 INTRODUÇÃO

Neste Trabalho de Conclusão de Curso objetiva-se sistematizar os conhecimentos em suas dimensões teórico-práticas, apreendidas durante o processo de formação. Por meio desse estudo, busca-se compartilhar a experiência vivenciada pela acadêmica, durante sua formação profissional e, em especial, durante o desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, junto a usuários tabagistas. Esse processo se realizou no Hospital Ernesto Dornelles, uma instituição de saúde privada, do Município de Porto Alegre.

O título desse trabalho foi inspirado em uma música composta por Erasmo Carlos e por Roberto Carlos², que, na visão da acadêmica, corresponde à atual configuração do cigarro na sociedade, considerando as recentes proibições à utilização da droga em ambientes fechados e, até mesmo, a restrição em ambientes sociais. Nesse trabalho, busca-se compreender a contradição que envolve a produção do tabaco no Brasil versus a proibição, como é referido no título.

A inserção da acadêmica se deu no Programa de Combate ao Tabagismo desenvolvido pela instituição, o qual possibilitou a convivência com os usuários tabagistas e com a equipe do Programa. Por meio da inserção no espaço socioinstitucional, foi possível compreender a atuação do assistente social na Política de Saúde, bem como no tratamento de usuários dependentes químicos. O Serviço Social intervém nessa perspectiva por meio do conceito ampliado de saúde, ao reconhecer os determinantes sociais que se encontram no processo de saúde-doença, e que envolvem a vida dos usuários desse serviço. Procura-se, ainda, através desse trabalho, contribuir para dar visibilidade ao processo de dependência química de drogas lícitas, e sua constituição enquanto expressão da questão social.

Este trabalho está organizado em seis capítulos, incluindo-se a introdução e considerações finais. Salienta-se que foi preciso analisar e compreender o espaço socioinstitucional em sua totalidade, percebendo as estruturas econômica, política e social que fundamentam a sua constituição. Para efetivar a intervenção foi necessário, portanto, ir além das demandas aparentes, buscando-se desvelar a realidade e seus movimentos contraditórios. Para tanto, o estudo fundamentou-se no método dialético crítico, procurando-se através das categorias historicidade,

² CARLOS, Erasmo; CARLOS, Roberto. É proibido fumar. *In*: **É proibido Fumar**. CBS: 1964. Lado A. Faixa 1.

contradição e totalidade, ampliar a compreensão do fenômeno no qual a Comissão de Combate ao Tabagismo estava inserida.

Para a compreensão desse processo, tornou-se necessário conhecer as principais mudanças que ocorreram no sistema de saúde brasileiro, mais especificamente, como vinha se configurando historicamente a política de saúde até se tornar um direito social pela Constituição Federal de 1988, bem como as transformações posteriores ocasionadas pela introdução da lógica neoliberalista no Estado. Essas mudanças se relacionam com o modo de produção capitalista, que impactam nos serviços de saúde, na vida dos profissionais que atuam nessa área, bem como no que se refere aos usuários desses serviços, isso é, toda a sociedade brasileira. Assim, no segundo capítulo será percorrida a história da saúde no Brasil, partindo-se das ações anteriores à intervenção estatal, abrangendo as principais lutas e os movimentos sociais que originaram o Sistema Único de Saúde – SUS. Dessa forma, serão abordados, ainda, alguns desafios que se apresentam nessa área para a efetivação do SUS, bem como as perspectivas dessa política.

No Brasil e no mundo, devido à amplitude e complexidade do fenômeno da drogadição, têm sido construídas políticas de atenção às drogas, voltadas para os eixos de repressão, cuidado e tratamento, bem como à reinserção social dos usuários. Apresenta-se, também, a saúde complementar, ofertada por meio de planos assistenciais de saúde. Nesse contexto, busca-se compreender a lógica de funcionamento dos hospitais privados. Considera-se relevante trazer tal contexto visto que a prática profissional da acadêmica ocorreu em um espaço privado que oferta serviços de saúde por meio de planos ou mediante pagamento direto, e por perceber que essa forma da busca pelo atendimento em saúde se mostra crescente no país.

No terceiro capítulo, discorre-se sobre o consumo de drogas na sociedade. Salienta-se o consumo de drogas enquanto uma prática milenar, visando compreender as diferentes configurações do consumo ao longo das transformações das sociedades e suas relações com as drogas. Ressalta-se também a dependência química enquanto doença, buscando complementar esse debate à luz das políticas que atuam no enfrentamento ao fenômeno do consumo de drogas, especialmente as drogas lícitas no país. Assim, serão abordados importantes traços históricos da epidemia do tabagismo e sua efetivação no contexto contraditório da sociedade

capitalista. O tabaco apresenta-se como uma droga causadora de danos nocivos à saúde, e, portanto, tornou-se importante dimensionar os impactos dessa problemática através de indicadores relevantes, tanto em escala mundial quanto no Brasil.

O quarto capítulo busca apresentar a instituição, o Hospital Ernesto Dornelles, a sua constituição, suas características, bem como o público usuário do serviço. Esse cenário, permeado por determinações históricas, constituiu-se enquanto um serviço privado de saúde, por iniciativa da sociedade civil na necessidade de atender à demanda por um serviço de saúde eficiente aos funcionários públicos do Estado do Rio Grande do Sul. Em seguida, destaca-se o Serviço Social na instituição e como se constituiu a intervenção profissional do assistente social na referida instituição. Busca-se, posteriormente, apresentar a relação do Serviço Social com o fenômeno do tabagismo, destacando a Comissão de Combate ao Tabagismo no Hospital, a sua implementação por meio do Programa de Controle do Tabagismo, bem como o seu público alvo.

O último capítulo apresenta a intervenção da profissional em formação, tratando desde a identificação do objetivo de intervenção até a efetivação do projeto proposto. Finaliza-se o trabalho sintetizando-se os avanços e entraves para a efetivação da política de saúde, bem como o tratamento de usuários dependentes de drogas lícitas no Brasil. Por meio das falas dos usuários, busca-se avaliar o que foi planejado, bem como propor a qualificação do trabalho profissional. Por fim, listam-se as referências que foram utilizadas para fundamentar e realizar as mediações teórico-práticas, bem como o material em apêndice e em anexo.

Ressalta-se, a relevância da atuação do assistente social junto no tratamento à dependência química, por meio de ações que visem transformar a realidade e que sejam norteadas pelo projeto ético-político da profissão. Aliado a isso, apresenta-se a importância da intervenção a fim de objetivar a efetividade dos processos grupais no tratamento da dependência química.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo, apresenta-se um breve resgate histórico dos principais elementos que marcaram a trajetória da saúde e a sua constituição no Brasil, tendo em vista que a saúde passou a ser um direito social por meio das lutas dos trabalhadores por seus direitos. Assim, no primeiro item serão destacados os principais fatos ocorridos neste setor, tendo como ponto de partida as ações que antecedem a intervenção do Estado. Serão abordados ainda, os principais movimentos nesta área, bem como a legislação implantada, culminando na criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em seguida, será apresentado, brevemente, a saúde complementar, ofertada por meio de planos assistenciais de saúde, bem como a lógica de funcionamento dos hospitais privados. Considera-se relevante trazer tal contexto visto que a prática profissional da acadêmica ocorreu em um espaço privado que oferta serviços de saúde por meio de planos ou mediante pagamento direto, e por perceber que essa forma da busca pelo atendimento em saúde se mostra crescente no País.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a política de saúde se constituiu por meio de um processo socio histórico que emergiu na década de 1930, caracterizada pelas oligarquias³, pelo início do processo de industrialização e pela forte influência econômica dos produtores de café. A indústria cafeeira, como principal setor da economia, na época, exercia grande controle na administração federal, e, os lucros advindos da produção eram parcialmente aplicados na cidade. A implicação desses investimentos, segundo Bertolli Filho (1996, p. 16) “favoreceu a industrialização, a expansão das atividades comerciais e o aumento acelerado da população urbana, engrossada pela chegada dos imigrantes desde o final do século XIX”. A assistência médica, nesse cenário, era ofertada por meio de ações filantrópicas, bem como por práticas liberais. No fim do século XIX, nasceram algumas iniciativas por parte do movimento operário, devido às mudanças econômicas e políticas do período (BRAVO, 2009).

³ “Oligarquia: Grupo social formado por grandes capitalistas, geralmente latifundiários, que detêm amplo controle político e econômico de um Estado ou uma Região” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 16)

A preocupação até a década de 1930 voltava-se para as principais áreas que movimentavam a economia nacional, como os portos e as cidades, com a intenção de não prejudicar o crescimento e a expansão das atividades exercidas pelos trabalhadores, visando-se os lucros para a República. Em 1923, com a reforma Carlos Chagas, buscou-se ampliar o atendimento à saúde, bem como adicionar o saneamento rural, a propaganda sanitária e a educação higiênica como responsabilidade do Estado. Assim, em janeiro do referido ano, os trabalhadores das estradas de ferro conquistaram um instituto através da aprovação do Decreto de nº 4.682, mais conhecido como Lei Eloy Chaves (BRASIL, 1923), considerada como marco inicial do sistema previdenciário brasileiro. Salienta-se que por meio desse Decreto, o Estado passou a se responsabilizar pela regulação e concessão de benefícios e serviços, sendo aplicada aos trabalhadores urbanos, visto que os trabalhadores rurais foram contemplados somente na década de 1960 através do FUNRURAL (POLIGNANO, 2009).

Por meio da aprovação da Lei Eloy Chaves, deu-se a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. As CAPs eram financiadas pela União, empresas empregadoras e pelos empregados. Os benefícios administrados através das contribuições para as CAPs consistiam no provimento de assistência médico-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, bem como pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2009).

Na década de 1930, o governo Vargas⁴ implantou grandes reformas, época em que a saúde passou a se inserir na agenda do Estado, através da criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública. Nesse período, a preocupação do Estado concentrava-se em zelar pelas condições sanitárias da população. O novo ministério realizou uma grande remodelação dos serviços sanitários do País, e assim, para substituir as CAPs, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, com vistas a abranger a atenção às categorias de assalariados, antecipando-se em suas reivindicações. Nesse mesmo período, por meio da Constituição de 1934 (BRASIL, 1934), foram implementadas algumas garantias ao

⁴ Durante o governo de Getúlio Vargas (1930 a 1945) ocorreram grandes alterações políticas, econômicas e sociais no País, quando o Estado passou a intervir de forma mais efetiva nas expressões da questão social (BRASIL/CONASS, 2011a).

operariado, tais como assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora e a jornada de trabalho de oito horas. Salienta-se que nos anos seguintes, incorporaram-se outros benefícios, como o salário mínimo, incluído na legislação trabalhista, regulamentada com a Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, em 1943 (BERTOLLI FILHO, 1996).

Por volta de 1945 a 1964, a atenção para a situação da saúde da população encaminhava-se para uma estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, que já estava organizada a partir dos anos 1950 e direcionava-se para a formação das empresas médicas. A corporação médica pressionava o financiamento do Estado para a produção privada, defendendo a privatização. Entretanto, até 1964, a assistência médico previdenciária era prestada através dos institutos de aposentadorias e pensões (BRAVO, 2004). Cabe ainda ressaltar a importante experiência democrática ocorrida em 1963 por meio da III Conferência Nacional de Saúde, antecedendo os anos de ditadura militar. Na referida conferência, foram abordados principalmente propostas de descentralização administrativa e de seguridade social, buscando o rompimento da compreensão dicotômica entre Saúde Pública e assistência médica (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Em 1º de abril de 1964 instaurou-se o Regime Militar, manifestando a queda das forças democráticas, revelando-se como um meio de impedir que as reformas nacionais reivindicadas pela população interferissem no crescimento do capitalismo monopolista (FERNANDES, 1986). O Estado, então, passou a intervir na questão social⁵ por meio de ações repressivas e assistencialistas, burocratizando e modernizando a máquina estatal, a fim de ampliar o poder de regulação sobre a sociedade, tendo como objetivo a diminuição das tensões sociais e a legitimação do regime ditatorial (BRAVO, 2004). Nota-se que a política de saúde durante o regime ditatorial favoreceu o crescimento do setor privado.

A exclusão dos trabalhadores do novo pacto de poder e a desmobilização através de violenta repressão às suas organizações refletiram-se nos aparelhos de política social através da maior ou menor intervenção estatal

⁵ A Questão Social pode ser definida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1999, p. 27).

no sistema previdenciário com o conseqüente afastamento dos trabalhadores de sua direção (TEIXEIRA, 1989, p. 26-27).

Em janeiro de 1967, ocorreu a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, que reunia os IAPs, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência – SAMDU, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Com a unificação do sistema previdenciário, o governo militar incorporou benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões, como o benefício da assistência médica, ofertado por vários IAPs. Entretanto, aumentou-se o contingente de contribuintes e beneficiários, dificultando o atendimento dessa população por meio do sistema médico previdenciário. A partir dessa realidade, o governo direcionou os recursos públicos para a iniciativa privada, buscando o apoio de setores importantes e influentes da sociedade e da economia (POLIGNANO, 2009).

Nesse contexto e início da década de 1970, evidenciam-se algumas tendências para a organização do sistema de saúde, como a extensão da cobertura previdenciária, a reorientação da política nacional de saúde para uma prática médico curativa-individual, o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica, orientado em termos da lucratividade, favorecendo a mercantilização e empresariamento da medicina, bem como a viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos. O referido processo foi caracterizado pela modernização dos aparelhos governamentais, e pela maior especialização dos órgãos que tratavam diretamente com as políticas sociais, perpassando a concentração de recursos institucionais (TEIXEIRA, 1989).

O sistema de medicina previdenciária foi se tornando complexo dentro da estrutura do INPS, tanto administrativamente quanto financeiramente. Assim, em 1978, houve a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. A criação do INAMPS reunia a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, destacando-se, portanto, pela grande aproximação ao princípio de universalização da Seguridade Social, separando aos poucos o atendimento médico da condição de segurado (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Nos anos 1980, o País passou por um processo de democratização política e de superação do regime ditatorial, enquanto sofria com uma grande crise econômica. Nesse momento, destacam-se “a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor” (BRAVO, 2009, p. 95). Em razão disso, compreende-se que o setor passou a destacar a sua dimensão política.

A crise brasileira agravou-se após a falência do regime militar manifestada, sobretudo, no descontrole inflacionário, já a partir dos anos 1970. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 60).

Desde a década de 1970, o movimento sanitário constituiu-se como um grande fomentador de debates, sendo articulado por profissionais da saúde, professores, acadêmicos e pela mobilização popular. Esse movimento suscitou avanços para o fortalecimento do setor público, indo contra o modelo privatista (BRAVO, 2004). Assim, em março de 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, a fim de subsidiar a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e discutir elementos para debate na futura Constituinte, contando com a participação de profissionais, prestadores de serviços de saúde, bem como dos próprios usuários. A VIII CNS computou grande representatividade social, culminando na consolidação das propostas do movimento sanitário.

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante o plenário, reuniram-se aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiu-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema (SCOREL, 1999, p. 186).

Algumas medidas contemplavam as mudanças institucionais provocadas através da conferência, direcionando-se para o fortalecimento do setor público, universalização do atendimento, redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde, descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde, bem como na execução dos serviços ao nível local, encaminhando-se assim para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em 1987 e, depois, em 1988, o SUS, o grande marco na reformulação do setor (BRAVO, 2009).

A reestruturação do Sistema Nacional de Saúde deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (BRASIL, 1986, p. 10).

Assim, em 1988, afirmou-se a extensão dos direitos sociais no País, por meio da promulgação da Constituição Federal, através do Sistema de Seguridade Social⁶ (BRASIL, 1988). A saúde, a partir de então, se constituiu como um direito universal e dever do Estado, compreendendo, inclusive, o conceito ampliado de saúde, abordado na VIII CNS. O conceito ampliado de saúde permitiu entender o processo de saúde-doença para além das causas biológicas, trazendo as diversas determinações sociais que influenciam nesse processo.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4)

A partir da Constituição de 1988, a política social brasileira passou por um novo arranjo, pelo qual, através da Seguridade Social, que compreende as políticas de saúde, assistência social e previdência, constituíram-se direitos sociais universais, relacionando-os como parte integrante da condição de cidadania⁷. Destaca-se que o padrão estabelecido nesse período, caracterizava-se pela universalidade na cobertura das políticas sociais, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação da responsabilidade do Estado, bem como a determinação de que as práticas privadas seriam subordinadas à regulação, devido à relevância de suas ações e serviços nessas áreas (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Assim, em setembro de 1990, foi sancionada a Lei nº 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde - SUS, e que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como trata da organização e do funcionamento dos serviços, entre outras providências (BRASIL, 1990). Ressalta-se

⁶“A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

⁷“A cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política nacional, na qual os indivíduos são incluídos, compartilhando um sistema de crenças com relação aos poderes públicos, à própria sociedade e ao conjunto de direitos e deveres que se atribuem aos cidadãos. O pertencimento à comunidade política pressupõe também, além de crenças e sentimentos, um vínculo jurídico e político, o que requer a participação ativa dos indivíduos na coisa pública” (FLEURY; OUVÉNEY, p. 24, 2008).

que, logo em dezembro de 1990, foi lançada a Lei 8.142⁸ (BRASIL, 1990a), incorporando ao SUS o controle social. O controle social consiste na participação dos usuários na gestão e fiscalização do serviço, correspondendo assim à participação social nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde, representando espaços para a discussão e deliberação entre gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários.

Nesse período, o Estado passou por uma forte influência da Política de Ajuste Neoliberal⁹, e, apesar dos avanços referidos após a promulgação da Constituição, ocorreu a Reforma da Previdência. Essa Reforma teve como objetivo o desmonte da Seguridade Social, sendo seu enfoque na política de previdência, relacionando a seguridade à previdência, e a previdência enquanto seguro. Essa Reforma do Estado, ou Contra-Reforma, culminou no crescimento do setor produtivo e no desvio do Estado de suas funções sociais. O Estado passava a não se responsabilizar diretamente pelo desenvolvimento econômico e social, e a exercer, sobretudo, um papel de promotor e regulador, deixando para o setor privado as atividades que antes estavam ao seu encargo. A referida proposta incitou à criação de uma esfera pública não estatal, que exercia funções públicas, porém, satisfazendo as leis do mercado (BRAVO, 2009).

Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWERKER, 2005, p. 491).

Por meio do contexto trazido, juntamente com a ampliação da oferta dos serviços de saúde à população, através da implantação do SUS, percebe-se a vinculação da saúde ao mercado. Ressalta-se a omissão na regulamentação e

⁸ “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

⁹ “O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos e propriedade privada, livres mercados e livre comércio. O papel do Estado é criar e preservar uma estrutura institucional apropriada a essas práticas; o Estado tem de garantir, por exemplo, a qualidade e integridade do dinheiro. Deve também estabelecer as estruturas e funções militares, de defesa da polícia e legais requeridas para garantir os direitos de propriedade individuais e para assegurar, se necessário pela força, o funcionamento apropriado dos mercados” (HARVEY, 2008, p. 12).

fiscalização dos serviços e ações de saúde, por parte do governo federal, engessando as possibilidades de avanço desse sistema enquanto política social. A Contra-Reforma do Estado tinha como proposta, para a área da saúde, dividir o SUS em dois: o hospitalar e o básico, colocando em atrito os dois projetos relacionados a esse movimento, o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista (BRAVO, 2009).

Constata-se que ainda permanecem conceitos e valores do modelo médico-hegemônico na sociedade, interferindo na constituição dos serviços de saúde, bem como na possibilidade de consolidação do SUS (BRAVO, 2009). Nessa conjuntura, aumenta a tensão entre os projetos de reforma sanitária e o projeto articulado ao mercado, impregnando desafios para a implementação de um modelo universal e igualitário.

2.1.1 Saúde Complementar – O Hospital Privado

A partir da reconfiguração do papel do Estado no contexto sócio-histórico, percebe-se a passagem de um Estado antes propositor e executor das políticas públicas, para executor de políticas de corte neoliberal, visando o fortalecimento do mercado. Essas políticas apresentam grandes desafios em sua implementação, sobretudo no que diz respeito aos princípios universalistas e igualitários constitucionais, ao reforçar que um segmento populacional somente poderá acessá-las por meio de suas condições econômicas privilegiadas.

Como solução parcial à crise capitalista, o neoliberalismo pretende a reconstituição do mercado livre, reduzindo e inclusive eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades. Assim, nessa nova estratégia hegemônica (neoliberal) do grande capital, é concebido um novo tratamento à “questão social”. Cria-se uma modalidade polimórfica de respostas às necessidades individuais, diferentes conforme o poder aquisitivo de cada pessoa (MONTANO, 2006, p. 143).

Os hospitais privados possuem como fontes mantenedoras, em partes, associações, fundações, entre outras instituições de terceiro setor. Essas entidades mantenedoras possuem caráter filantrópico, o que não descaracteriza a geração de lucros institucionais, ao reforçar que os lucros são reinvestidos nas próprias instituições para a qualificação de seus recursos e estrutura.

Essas organizações que não fazem parte do Estado, nem a ele estão vinculadas, mas se revestem de caráter público na medida em que se dedicam a causas e problemas sociais e em que, apesar de serem sociedades civis privadas, não tem como objetivo o lucro, e sim o atendimento das necessidades da sociedade (TENÓRIO, 2001, p. 7).

Os hospitais privados que não possuem convênio com o SUS, têm a finalidade de atendimento em saúde em níveis de alta e média complexidade, ofertando seus serviços por meio de planos assistenciais (saúde suplementar) e/ou o fazendo de maneira particular (pagamento direto). Essas instituições são legitimadas pelo Estado e sociedade civil por proporcionar atendimento em saúde, o que se configura como uma necessidade social, porém, em caráter complementar (CAMPOS, 1997).

Destaca-se que, quando os usuários adquirem planos assistenciais para atendimento em saúde, acabam por pagar duas vezes pela atenção médico-hospitalar, visto que, além de disporem de pagamento aos planos, também o fazem mediante os impostos pagos ao Estado para obter seu direito fundamental à saúde. Cabe ressaltar que, conforme a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990b), é dever do Estado a garantia do acesso à saúde por meio de políticas universais e igualitárias. Essas garantias estão definidas no artigo 2 da referida Lei e no parágrafo 1º do mesmo artigo.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990b).

É importante considerar que os usuários que adquirem planos para assistência médico-hospitalar não deixam de acessar os serviços do SUS ao necessitar, muitas vezes, de procedimentos complexos, como os transplantes de órgãos, bem como para tratamentos onerosos, como as quimioterapias. As dificuldades apresentadas pelo SUS ao atender as necessidades da população, repercutem em imagens negativas do sistema, reforçando-se esse panorama pela mídia ao vincular as grandiosas filas nos hospitais, a falta de leitos para tratamento, a superlotação das emergências, entre outras dificuldades. Salienta-se que os leitos no País concentram-se, em grande parte, nos hospitais privados. Em razão disso, o Estado estabelece convênios junto a esses serviços injetando recursos estatais para a esfera privada, o que contribuiu para o sucateamento dos serviços públicos (MALTA, 2004).

Constata-se que as diferenças dispostas entre o atendimento médico-hospitalar (suplementar ou privado) e o SUS, explicitam as desigualdades no acesso ao direito igualitário e universal à saúde. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) apresenta-se como um grande marco da luta pelos direitos sociais e, através dela, a sociedade conquistou a aprovação em Lei do SUS. É necessário, no entanto, avançar para a efetivação desse sistema, mediante a integração e esforço da maioria dos trabalhadores de saúde (CAMPOS, 1997), proporcionando assim o pleno acesso ao direito a saúde.

3 O CONSUMO DE DROGAS – DA PRÁTICA MILENAR AO TABAGISMO

Neste capítulo serão abordados os aspectos que constituem o consumo de drogas na sociedade, buscando retratar desde o consumo como uma prática milenar, até a dependência das substâncias psicoativas. Compreende também uma breve discussão sobre as políticas que atuam para o enfrentamento ao fenômeno do consumo de drogas.

No segundo item será abordado o contexto histórico e contraditório pelo qual se efetivou o tabagismo, como droga lícita causadora de danos nocivos à saúde. Retratam-se os fatores que contribuíram para a epidemia do uso do tabaco, bem como alguns indicadores para compreender a dimensão dessa problemática.

3.1 O CONTEXTO DAS DROGAS NA SOCIEDADE – UMA QUESTÃO DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, utiliza-se o termo “droga” para definir qualquer substância não produzida pelo organismo, e, que possui a propriedade de agir sobre um ou mais de seus sistemas causando alterações em seu funcionamento (OMS, 1981). O uso de álcool, tabaco e outras drogas psicoativas, ou psicotrópicas, alteram o comportamento, a cognição e o humor, incidindo, assim, no Sistema Nervoso Central – SNC.

Os efeitos das substâncias psicotrópicas dependem do tipo de droga utilizada. Em 1971, o pesquisador francês Louis Chaloult, classificou as “drogas toxicomanógenas” em três grupos, que são os estimulantes do SNC, os depressores do SNC e os perturbadores do SNC. Os estimulantes, como o tabaco e as anfetaminas, aceleram o funcionamento do cérebro. Os depressores, como o álcool e os ansiolíticos, seguem o caminho inverso dos estimulantes, ao diminuir as atividades cerebrais. Os perturbadores do SNC, como a maconha e o êxtase, alteram o funcionamento do cérebro, ou seja, distorcem a percepção do usuário (CHALOULT, 1971).

Na sociedade, o consumo de drogas pode ser classificado por vários critérios, porém, o mais expressivo refere-se a sua legalidade. De acordo com Villa (2006), as drogas são classificadas como ilícitas (ilegais) e lícitas (legais). As drogas ilícitas referem-se àquelas as quais o consumo, a comercialização e a produção não são

permitidas pela lei, como a maconha, a cocaína, o crack, entre outras. Nesse sentido, compreende-se que aqueles que realizarem o consumo, produção ou comercialização de drogas ilícitas, estarão sujeitos às penalidades previstas em lei. As drogas lícitas, ao contrário das ilícitas, são aquelas as quais é permitido, por lei, o consumo, a venda e a produção. Salienta-se que as drogas lícitas, tais como o álcool e o tabaco, possuem efeitos nocivos à saúde e também podem levar à dependência (VILLA, 2006).

O consumo de drogas, lícitas ou ilícitas, pode ser influenciado por vários fatores, aumentando ou diminuindo os riscos à saúde. A dependência de drogas se caracteriza, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico e Transtornos Mentais - DSM-IV, por alguns aspectos que causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por alguns fatores recorrentes no período de 12 meses do uso de drogas. Esses fatores compreendem a necessidade de quantidades maiores da substância para adquirir o efeito desejado, a síndrome de abstinência, o desejo persistente ou os esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância, bem como a continuação do uso apesar da consciência dos danos físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes relacionados à sua administração (DSM, 2008).

O padrão desenvolvido por cada sujeito ao consumir drogas é fortemente influenciado por fatores de proteção e risco, que podem ser biológicos, psicológicos e sociais. Destacam-se, nos fatores biológicos, a influência da predisposição genética e o potencial de toxicidade e dependência, variando de acordo com a via de administração da droga. Quanto aos fatores psicológicos, sobressaem-se as enfermidades psiquiátricas, tais como ansiedade, depressão, alterações de comportamento, bem como a criação de uma expectativa positiva quanto aos efeitos advindos do uso de drogas. Os fatores sociais abrangem abandono, as carências básicas, exclusão e violência social, a baixa escolaridade, oportunidades e opções de lazer precárias, bem como a pressão de um determinado grupo para o consumo junto a um ambiente permissivo ou estimulador ao abuso de drogas (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

Nota-se que o consumo de drogas consiste em uma prática milenar universal na história da humanidade. Os padrões de consumo estão vinculados às crenças, mitos e às representações religiosas e existenciais das sociedades ao longo do

tempo. Além de mudanças sociais e culturais, percebem-se mudanças nos padrões do consumo de drogas.

Historicamente as drogas eram usadas com fins religiosos, culturais, medicinais, para a obtenção de prazer, com fundo místico e psicológico. Eram usadas também para obter força e coragem, mostrando que o homem sempre buscou aumentar o prazer e diminuir o sofrimento, embora fossem usadas em situações específicas, como rituais (OBID, s.d.).

No final do século XIX e início do século XX, ocorreu o processo de urbanização e industrialização, tornando possível a produção em série do álcool e do tabaco. Salienta-se que os avanços na indústria química, na época, favoreceram também o aumento da oferta e produção de outras substâncias psicoativas, como heroína, morfina e cocaína, facilitando assim o consumo geral de drogas (SOUZA, 1996).

Nas décadas de 1960 e 1970, ocorreu a maior representação do movimento *hippie*. Esse movimento se caracterizava por expressões de pureza e de bondade, aliados a experiência de novos sentidos, aguçados pelas drogas psicodélicas, ao mesmo tempo em que cresciam as buscas por novos caminhos políticos. Nesse período era difundido por artistas e intelectuais o uso de substâncias psicoativas, associando a este uso, ideais de “contracultura” e de uma “nova ordem social”. Grandes questionamentos sociais surgiram, como a não aceitação dos jovens americanos à ação bélica no Vietnã. Nesse contexto, realizavam-se eventos grandiosos, como o festival de Woodstock¹⁰, em que se afirmou a cultura *hippie*, com celebrações de paz e amor. O uso de substâncias psicoativas apareceu nesse cenário de “experimentações de novos costumes” (MOREIRA, 2006).

Constata-se, portanto, que nessas décadas o consumo de drogas foi acentuado, através dos movimentos de contracultura, que derivavam dos grupos marginais, estendendo-se para os jovens de classe média e alta. É nesse contexto que o usuário passa a ser visto como um doente, ainda com conotações de moralidade, e, a droga passa a ser vista por seu poder destrutivo (DEL OMO, 1990). Salienta-se que na década de 1970 o movimento *hippie* passou a não permitir a divulgação de suas ações, o que corroborou para o seu enfraquecimento enquanto movimento. O uso de drogas, no entanto, passou a ser mais latente após as

¹⁰ O Festival de Woodstock ocorreu em 1969, em Bethel, Estado de Nova York (MARIUZZO, 2009).

expressões desse movimento, que difundia o modo de vida alternativo e a exaltação da sexualidade liberal.

Desiludido, o movimento hippie se desarticula. Mas as drogas continuam aí, *prometendo algo*, “algo a mais” – não apenas o prazer, repudiado pelo ritmo implacável da vida social que se contesta, mas ainda o esquecimento da solidão [...] De fato, o esquecimento que a droga propicia, permite fugir de si mesmo, do próprio passado, dos conflitos que marcam identidade e relacionamento, e alimenta a vã esperança de banir em definitivo o espectro da divisão sofrida (BUCHER, 1992, p. 28-29).

O uso de drogas constituiu-se como uma preocupação mundial no setor da saúde, devido à compreensão da gama de fatores que o caracterizam. O conhecimento a respeito dos riscos associados ao uso de drogas possibilita a criação de abordagens e métodos de prevenção e tratamento. É importante considerar a intensidade e as complicações do uso de drogas, percebendo os danos aos usuários, bem como aos seus grupos de convívio (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

No Brasil, a partir do ano 2000, a atenção às problemáticas relacionadas ao uso de drogas foi priorizada pelo governo brasileiro através da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a qual ratificou, dentre outras disposições, o fomento de ações intersetoriais para atender à totalidade do fenômeno, bem como as estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2003). Em 2006, a Lei Nº 11.343 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (BRASIL, 2006), a qual promoveu a distinção entre uso e tráfico, possibilitando a criação de medidas voltadas à reinserção social dos usuários. A política mais atual para essa questão está disposta no Decreto 7.179 de maio de 2010 (BRASIL, 2010), alterado pelo Decreto 7.637 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), pelo qual foi instituído o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que propõe investimentos e ações voltadas aos eixos de Prevenção, Cuidado e à Repressão do uso de drogas.

No atual contexto societário, afirma-se que o fenômeno do uso de drogas é parte integrante da lógica capitalista de mercado, que se utiliza do comércio, distribuição e venda de drogas visando lucros aos grupos que gerenciam esses mercados. É importante compreender que, apesar de algumas drogas, como o tabaco, constarem legalmente como lícitas, sendo livre o seu cultivo e comércio, evidências científicas apontam para a sociedade algumas mudanças de paradigmas, devido à expressividade dos efeitos nocivos à saúde.

3.2 O TABAGISMO E SEUS DETERMINANTES HISTÓRICOS E SOCIAIS

O tabaco foi descoberto pelas sociedades indígenas da América Central, no ano de 1000 a.C.. Seu uso era associado a rituais mágico-religiosos, com a finalidade de purificar, proteger e fortalecer os guerreiros, bem como no tratamento de algumas enfermidades. Relata-se que no século XVI, Jean Nicot, um diplomata francês em Lisboa, que sofria com uma úlcera na perna, até então sem perspectiva de cura, utilizou a planta para o tratamento da úlcera e obteve a cicatrização da enfermidade, considerando a planta um remédio milagroso (DELFINO, 2002).

Jean Nicot é considerado o responsável por disseminar a erva por toda a Europa, e seu nome consta na nomenclatura científica da planta: *nicotina tabacum*. Na época, mascava-se o tabaco, cheirava-se rapé e fumava-se o cachimbo e o charuto, sendo as suas formas de uso difundidas até o século XIX. Nesse período, com o processo de industrialização, o uso dos cigarros se popularizou e a indústria conseguiu se firmar no mercado. Com o surgimento do hábito de fumar o tabaco, o tabagismo se expandiu rapidamente, reforçando-se também após a Primeira Guerra Mundial (1917 a 1918), quando o produto passou a ser tributado, devido a sua produção em grande escala pelas indústrias.

Os governos, na impossibilidade de eliminarem o uso do tabaco, acabaram por tributá-lo fortemente. Como os malefícios acarretados pelo tabagismo tardam manifestar-se, acreditou-se que o vício não era prejudicial à maior parte dos seus usuários; os governos, diante disso, o admitiram, amparados na premissa de que as indústrias fumígenas beneficiavam uma grande multidão de agricultores, de operários, bem como toda espécie de trabalhadores vinculados à industrialização e ao consumo do tabaco, além, obviamente, das grandiosas vantagens advindas da tributação (DELFINO, p. 4–5, 2002).

Destaca-se que durante as guerras mundiais ocorreu grande difusão do cigarro. Na primeira guerra, o cigarro foi distribuído aos soldados norte-americanos nas trincheiras, propagando o uso para além das camadas marginais das sociedades americana e europeia. Nesse período, eram arraigadas as concepções sobre as propriedades do cigarro para os soldados, afirmando-o como provedor de conforto, de sensações prazerosas, como “um instrumento de civilidade, um auxiliar da decisão, um incentivo à prontidão [...] o cigarro que um soldado fuma é tudo de que ele precisa” (KLEIN, 1997, p. 200).

No Brasil, na era colonial, a lavoura de tabaco aparecia em segundo lugar em importância econômica, logo após o açúcar. Ressalta-se que no período da

República, em 1903, foi criada a companhia de cigarros Souza Cruz, constituindo-se atualmente como uma das maiores indústrias produtoras de cigarro. A partir da década de 1950, com a massificação da televisão e a transmissão de eventos esportivos, a indústria do tabaco passou a patrocinar eventos internacionais, como a Fórmula 1 e a Fórmula Indy, além de shows musicais e eventos culturais. Constatou-se que a grande ferramenta para a disseminação do consumo de cigarros foi o *marketing*, visto que em 1970 e 1980 as companhias de cigarro estavam entre as dez maiores empresas participantes do Produto Interno Bruto – PIB brasileiro (ARAÚJO, 2012).

Por meio de estratégias de marketing, o cigarro passou a ser associado a uma imagem positiva, atribuindo beleza, sucesso e saúde em suas representações na mídia, buscando agregar o maior número de consumidores, aliciando principalmente o público adolescente, ao fomentar o consumo regular da droga. A mídia, portanto, possui o poder de atribuir uma conotação valorativa, afirmando que algo é bom e verdadeiro para a realidade apresentada, assim legitimando determinados valores que impulsionam as ações da sociedade (GUARESCHI, 2005). A indústria utilizou diversas estratégias para chamar a atenção do público jovem, na perspectiva de captar consumidores desde cedo.

Propagandas com mensagens positivas direcionadas aos jovens. Acesso físico facilitado por meio da capilaridade dos pontos de venda. Atratividade das embalagens com suas cores e formatos instigantes. Uso de aditivos com sabores adocicados reduzindo o gosto ruim dos cigarros. Exposição nos pontos de venda ao lado de produtos que atraem os jovens, como doces etc. Baixo preço dos cigarros (CAVALCANTE, 2012, p. 13).

Os conteúdos das propagandas desviavam-se dos verdadeiros efeitos nocivos advindos do consumo dos cigarros, mesmo que seus danos à saúde já fossem conhecidos pela comunidade médica há algumas décadas¹¹. Em 1994, no entanto, iniciou-se um grande processo de mudança em relação à imagem do público sobre a indústria de cigarros. Tal fato ocorreu devido à abertura de documentos secretos das empresas por meio de ações judiciais promovidas por estados americanos, onde se provou que a indústria já tinha clareza dos malefícios advindos do uso do cigarro, como o câncer de pulmão, desde a década de 1950

¹¹ Os estudos publicados pelos epidemiologistas britânicos Richard Doll e Austin Bradford Hill, em 1950 e 1954, comprovaram que o tabagismo provoca câncer de pulmão e aumenta o risco de desenvolver doenças cardíacas (SOUZA, 2006).

(JAQUES, 2011). Estima-se, assim, que durante quarenta anos as indústrias já estavam cientes das problemáticas relacionadas ao consumo de cigarro, e, no entanto, continuavam a investir de maneira expressiva na mídia propagando inverdades, enganando os consumidores em um nível jamais visto na história do capitalismo (CARVALHO, 2001).

Salienta-se que as indústrias do tabaco passaram a adicionar em suas estratégias de mercado discursos de Responsabilidade Social Empresarial – SER. Com esse eixo, a indústria readequou o discurso ao assumir que o cigarro poderia trazer danos ao consumidor. Assim, percebe-se uma contradição das indústrias ao assumirem a RSE, compreendendo que o produto produzido por elas causa mortes e doenças, bem como a redução de produtividade dos usuários e, sobretudo, da cidadania (SANTANGELO, 2010).

No País, a epidemia do tabagismo foi reconhecida a partir da década de 1970, quando o consumo de cigarros se tornou alvo de discussões nas Assembléias Mundiais de Saúde. Em 1979 ocorreram reuniões antecedendo a criação do Programa Nacional contra o Fumo, e, no mesmo ano, ocorreu na Bahia um seminário do qual resultou a Carta de Salvador, um documento histórico pelo qual a comunidade médica alertava os poderes públicos, as instituições de saúde, bem como a população, a respeito dos malefícios decorrentes do uso do tabaco. Assim, em 1993, a OMS incluiu o tabagismo no grupo de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, disposto na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, como “F17 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, compreende-se que a informação, um ambiente adequado, aliados à motivação, constituem-se como elementos fundamentais para evitar o primeiro contato com o cigarro, bem como pode estimulá-las a parar. O Programa promove leis que exigem que a população seja informada sobre os riscos do uso do fumo, e sobre a necessidade de proteção contra a fumaça ambiental do tabaco e a propaganda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O tabagismo, na década de 1990, foi alvo de inúmeras publicações e artigos, mas destaca-se, em 1999, um importante relatório divulgado pelo Banco Mundial que discutiu sobre os efeitos nocivos do uso do cigarro, salientando também o impacto sócio-econômico ocasionado pela “epidemia do tabagismo” no mundo. Assim, nesse contexto, iniciou-se a preparação da Convenção-Quadro de Controle do Tabaco (CQCT), considerado como o primeiro tratado internacional de Saúde pública. A iniciativa foi presidida pela Dra. Gro Brundtland¹², que à frente da OMS, declarou que o “Tabagismo é uma doença contagiosa pela publicidade” (WHO, 2009). Ressalta-se que o Brasil foi um dos principais líderes no processo de negociação desse tratado.

Em 2003, o governo brasileiro aprovou junto a 192 países membros da OMS, o texto da CQCT (MIRRA; ROSEMBERG; ARAÚJO, 2012). O principal foco da CQCT era preservar a sociedade das problemáticas sociais, ambientais e econômicas, além do consumo, considerando a exposição à fumaça do tabaco também como um fator importante. A CQCT estabeleceu uma série de recomendações e prescrições que começaram a nortear as ações dos governos com a finalidade de reduzir o consumo do cigarro, prevenir a iniciação, ofertar tratamento para os fumantes, advertir sobre os riscos do uso, aumentar os preços dos cigarros, bem como promover ambientes livres do tabaco, entre outras normativas (ARAÚJO, 2012). O tratado entrou em vigor em 2005 e consiste, atualmente, em uma resposta à epidemia global de tabagismo.

Na legislação brasileira, ocorreram evoluções quanto o controle do tabagismo. Destaca-se que em 1996 foi promulgada a Lei n° 9.294 (BRASIL, 1996) que dispõe sobre as restrições ao uso e propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos e etc. Em 1999, foi promulgada a Lei n° 9.782 (BRASIL, 1999), que dispõe sobre a criação da ANVISA, incluindo assim a regulamentação e a fiscalização dos produtos derivados do tabaco. Em 2000, a Lei n° 10.167 (BRASIL, 2000), alterou a Lei 9.294/96, ampliando a restrição da propaganda na mídia em geral, revistas, outdoor e limitando a publicidade aos pontos internos de venda, proibindo também o patrocínio de esportes. Recentemente, foi sancionada a Lei

¹² Gro Harlem Brundtland foi diretora geral da OMS. É uma política, diplomata e médica norueguesa, e líder internacional em desenvolvimento sustentável e saúde pública (WHO, 2009).

12.546 de 2011 (BRASIL, 2011c), que elevou os impostos sobre os produtos de tabaco e proibiu o fumo em locais fechados em todo o País, públicos ou privados.

Ações da sociedade civil também merecem destaque na luta contra o tabagismo, como, por exemplo, as manifestações organizadas pela Associação de Defesa da Saúde do Fumante – ADESF e a Aliança de Controle do Tabagismo do Brasil – ACT-BR. Essas organizações protagonizaram protestos junto aos órgãos responsáveis ao verificarem o não cumprimento das leis, citando a violação da proibição de fumar em casas de diversão, ônibus intermunicipais e trens, a colocação de anúncios de cigarros nas áreas externas do metro, dentre outras (MIRRA; ROSEMBERG. ARAUJO, 2012).

Contata-se que o tabagismo expõe os usuários aos riscos nocivos à saúde, porém, se mostra como um fenômeno de caráter complexo ao ressaltar as questões econômicas que envolvem as indústrias desse mercado. Para tanto, é necessário destacar alguns indicadores sobre a epidemia do tabagismo no País, e sua constituição enquanto uma expressão da questão social.

3.2.1 Importantes indicadores sobre o Tabagismo

A nicotina, principal componente do cigarro, provoca prazer ao fumante, pois interage imediatamente com receptores dos neurônios situados nas áreas do cérebro que são associadas a sensações de prazer e recompensa, provocando também a necessidade de repetir o estímulo que provocou o prazer. Um cigarro consumido em dez tragadas, para um fumante que consome um maço por dia, equivale a repetição desse processo de prazer e recompensa por cerca de 73 mil vezes por ano. Segundo Carvalho, esses 73 mil estímulos de prazer correspondem à dificuldade enfrentada por 80% dos usuários que não conseguem parar de fumar, bem como explica porque o cigarro é a droga mais difícil de largar, até mesmo mais que o álcool, a cocaína, a heroína, ou até mesmo o crack (CARVALHO, 2001).

É importante destacar alguns indicadores sobre a epidemia do tabagismo no contexto brasileiro, para compreender suas dimensões na realidade do País. Para tanto, por meio do portal da Associação de Fumicultores Brasileiros – AFUBRA, constata-se o que nos de 2011 e 2012, o Brasil ocupou a posição de segundo maior

produtor de tabaco no mundo (Quadro 1). Essa realidade demonstra que se concentram no Brasil, inúmeros sujeitos envolvidos no processo de produção e comercialização do tabaco, expondo a magnitude desse comércio no País.

Quadro 1 – Produção do Tabaco no mundo

FUMICULTURA MUNDIAL							
Safr a: 2011/12							
PAÍ S		PRODUÇÃO DE TABACO t		TONELADAS			
		Crú	Processado	Consumo	Estoque	Export.	Import.
1	China	2.400.000	2.160.000	2.562.050	553.960	0	538.960
2	Brasil	745.360	670.820	86.060	112.580	651.190	12.320
3	Índia	640.820	576.740	465.510	134.240	271.060	200.930
4	Estados Unidos	235.580	212.020	441.720	1.580.130	153.130	430.440
5	Indonésia	212.510	191.260	147.940	134.830	50.270	27.440
6	Turquia	169.090	152.190	106.240	34.620	98.200	60.430
7	Zimbabwe	141.320	127.190	3.990	229.930	43.520	80
8	Argentina	115.330	103.790	29.950	364.650	36.100	1.630
9	Paquistão	83.230	74.910	76.300	91.570	5.390	10.390
10	Malavi	79.250	71.320	1.290	166.580	91.500	890
93	Outros	1.703.500	1.533.150	1.850.430	3.055.200	608.630	725.480
103	TOTAL	6.525.990	5.873.390	5.771.480	6.458.290	2.008.990	2.008.990

Fonte: AFUBRA (2013)

Os fumicultores, suas famílias, assim como todos envolvidos no plantio e colheita do tabaco, estão expostos a riscos de adquirirem enfermidades em consequência do manuseio e contato com a planta. Esse panorama, aliado à ausência de direitos trabalhistas para os pequenos plantadores de fumo, é recorrente em todos os países produtores de tabaco (MARTINS; SANTOS, 2012). Assim, compreende-se que os interesses das indústrias se sobrepõem aos interesses dos fumicultores, ocultando sua condição humana.

O capital, em seu movimento de valorização, produz a invisibilidade do trabalho e a banalização do humano, condizente com a indiferença ante a esfera das necessidades sociais e dos valores de uso (IAMAMOTO, 2010, p. 53).

O plantio de fumo acontece em lavouras basicamente familiares, desenvolvidas em pequenas propriedades, dispendo de pouca mecanização, onde se valoriza o produto, porém, retorna-se pouco em remuneração às famílias. As condições do trabalho perpassam por condições insalubres, não raramente incapacitantes ou

letais, a todos que são envolvidos da cadeia de produção da planta (DESER, 2010). Nesse sentido, é importante destacar que as indústrias não assumem responsabilidades trabalhistas junto aos produtores de fumo.

Ao retratar o índice de mortalidades atribuíveis ao tabagismo no Brasil, a qual representa as mortes associadas ao consumo de tabaco, constata-se que ocorreram 24.222 óbitos em pessoas com menos de 35 anos de idade. Esse índice representa 13,64% de todas as mortes de adultos no País naquele ano. Existem também as doenças atribuíveis ao tabaco, que compreendem as doenças isquêmicas cardíacas (DIC), obstrução crônica das vias aéreas, câncer de pulmão, doenças vasculares cerebrais, entre outras. Em 2003, foram 16.896 óbitos causados por essas doenças¹³ (CORRÊA; BARRETO; PASSOS, 2010).

Evidências científicas apontam que o tabaco esteja relacionado à causa de mais de cinquenta doenças, aparecendo também como o principal fator de risco para o câncer de pulmão, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias. Afirma-se que uma em cada duas pessoas que fumam poderá ir ao óbito por alguma doença relacionada com o cigarro, considerando também que a expectativa de vida dos usuários que não param de fumar pode ser reduzida em até dez anos comparada a dos não fumantes¹⁴ (MACHADO; ARAÚJO, 2012).

A OMS estima que seis milhões de pessoas morram a cada ano no mundo devido ao consumo direto de derivados do tabaco e em decorrência da exposição à poluição ambiental causada pelo tabaco. No País, cerca de 80% dos fumantes começaram a fumar até os 19 anos de idade, 20% antes dos 15 anos. Estima-se que o tabagismo ainda causará 5,4 milhões de óbitos anuais, e os números apontam que em 2030 serão oito milhões de óbitos¹⁵ decorrentes desse fenômeno.

Destaca-se, portanto, a contradição que permeia a comercialização do tabaco, visto que as doenças relacionadas ao seu consumo geram uma sobrecarga econômica e social. Essa sobrecarga corresponde aos custos da assistência médica

¹³ Dados obtidos a partir do banco de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e dos bancos de dados de óbitos, conforme Corrêa, Barreto e Passos (2003).

¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health. 1988.

¹⁵ World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. Geneva: World Health Organization; 2008.

para o tratamento, e a perda de produtividade dos usuários decorrente da morbidade e morte prematura (MACHADO; ARAÚJO, 2012). Constata-se que o tabagismo se expandiu devido a uma indústria capitalista, porém, percebe-se que a força de trabalho da sociedade é extremamente afetada devido aos efeitos nocivos do tabaco. Esse cenário corrobora para o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento do tabagismo.

A expressão da questão social buscou-se enfrentar nesse contexto refere-se à fragilização do usuário frente ao tabagismo enquanto doença. Como referido no capítulo 3, o consumo das drogas reconfigura-se na sociedade conforme sua função social, visto que já fora utilizada em rituais religiosos. Na sociedade capitalista, a qual produz e reproduz as expressões da questão social, no conflito entre o capital e o trabalho, introduz-se a necessidade do consumo de substâncias psicoativas para ocultar os reais impactos que o mercado e suas relações desiguais produzem na vida dos sujeitos. No caso do consumo de cigarro, que foi amplamente difundido por agregar valores positivos apesar de seu verdadeiro impacto na saúde dos usuários, ocorreu uma inversão nessa valoração da mercadoria e de quem faz seu uso, refletindo em uma rejeição social ao hábito de fumar, bem como na necessidade de tratamento dos tabagistas.

4 O ESPAÇO SOCIOINSTITUCIONAL, O SERVIÇO SOCIAL E A ATENÇÃO AO TABAGISMO

Inicia-se o capítulo apresentando a instituição, Hospital Ernesto Dornelles, sua constituição e suas características atuais. Conhecer esse cenário possibilitou a identificação e compreensão dos diversos fatores sociais, econômicos e políticos que perpassam a vida dos usuários que acessam a esse serviço. A partir da compreensão dessa realidade, constatou-se que as demandas trazidas pelos usuários são coletivas e que para desvendá-las foi necessário abranger as relações estruturais e seus impactos nessa realidade.

Busca-se, posteriormente, apresentar a relação do Serviço Social com o fenômeno do tabagismo, destacando a Comissão de Combate ao Tabagismo no Hospital, a história de sua implementação, bem como a população atendida. Serão enfatizados ainda, alguns aspectos referentes às relações estabelecidas nesse espaço sócio-ocupacional, tendo em vista que o desenvolvimento das ações realizadas pelos profissionais sofrem impactos do sistema econômico vigente. Em seguida, será destacado o Serviço Social na instituição e como se constituiu a intervenção profissional do assistente social na referida instituição.

4.1 O HOSPITAL ERNESTO DORNELLES E SUA CONSTITUIÇÃO

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES, 2009), o Hospital Ernesto Dornelles – HED é uma entidade privada, que possui como mantenedora a Associação dos Funcionários Públicos do Rio Grande do Sul – AFPERGS. A AFPERGS, de acordo com seu estatuto social, é uma “entidade civil de direito privado, é uma instituição de assistência social, sem fins lucrativos, reconhecidos como de utilidade pública pelos Governos da União, do Estado e com fins Filantrópicos” (AFPERGS, 2005, p. 5).

A AFPERGS foi fundada em 19 de novembro de 1928, em Porto Alegre, por um grupo de servidores que buscavam proporcionar assistência social para o funcionalismo. Em 1938, a Associação encontrava-se consolidada estruturalmente, passando a prestar os primeiros atendimentos médicos-odontológicos. No ano de 1942, a AFPERGS iniciou a assistência hospitalar aos associados que precisassem de procedimentos cirúrgicos. Em 1944, por meio de uma reunião proposta pelo grupo de dirigentes da Associação, surgiu a iniciativa para a criação de um hospital

próprio, a fim de prestar assistência médica de maneira efetiva a seus associados (AFPERGS, 2005). A consolidação dessa proposta ocorreu em 1962, com a construção do Hospital Ernesto Dornelles, nome em homenagem ao então governador do Estado, que naquela época, havia fornecido grandes incentivos para a realização da obra.

Para possibilitar o conhecimento sobre a realidade da instituição e como ela se constituiu, é preciso observar as relações que perpassam o seu cotidiano, compreendendo a totalidade do hospital enquanto uma organização permeada por uma estrutura econômica, política e social. O hospital, portanto aparece como o cenário onde existe uma conjuntura específica que perpassa as relações de trabalho estabelecidas naquele espaço.

[..] desvendar suas relações e contradições, conhecer seu cotidiano, as pessoas, os serviços e os processos; as relações de poder, internas e externas; suas finalidades legais/formais e efetivas; sua estrutura para a consolidação dos fins; sua dinamicidade, seus potenciais; seus limites motivacionais, técnicos, políticos, econômicos e conjunturais; conhecer sua burocracia, sua imagem, sua identidade e sua legitimidade (PRATES, 1995, p. 27).

É importante destacar que os serviços que ofertam atendimento em saúde de caráter privado tem uma crescente procura no País. Essa realidade encontra-se vinculada à introdução de políticas de corte neoliberal que estimulam a sociedade civil e o mercado a suprir as necessidades sociais. O Estado, nessa perspectiva, reduz suas intervenções, na garantia de direitos universais, e, dessa forma, a iniciativa privada se consolida, visto que a saúde nos setores públicos, devido a baixos investimentos, enfrenta grandes desafios devido à precarização dos espaços.

Nesse contexto, destaca-se que os usuários do hospital costumam ser de classe média/alta, funcionários públicos, professores, aposentados, pensionistas, entre outros. Ressalta-se que o hospital fornece atendimento mediante pagamento direto ou conforme o plano médico-assistencial de cada usuário. Os usuários que acessam o serviço de saúde do HED, o fazem para agilizar os atendimentos, visto a dificuldade de acesso como realidade dos serviços públicos. O HED é administrado por uma estrutura hierárquica, compreendendo o Conselho de Administração, o Conselho Deliberativo, o Conselho Fiscal e a Diretoria da AFPERGS. O cargo de Diretor Presidente da Associação é definido através de escolha feita pelo Conselho Administrativo da AFPERGS. O conselho é composto por pessoas escolhidas

mediante votação dos associados à AFPERGS e se realiza a cada quatro anos (AFPERGS, 2005).

O Diretor Presidente da AFPERGS administra a indicação para Superintendente Interino e Superintendente Médico do Hospital Ernesto Dornelles, que o representam dentro da instituição. As diversas gerencias e chefias setoriais encontram-se subordinadas à Superintendência Administrativa e Médica (AFPERGS, 2005).

4.2 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL

O Serviço Social no Hospital Ernesto Dornelles iniciou suas atividades em 1977 e, conforme Amaro, (1995, p. 29), “visava atender às necessidades globais dos funcionários e pacientes dentro de objetivos e possibilidades da organização”. O Serviço Social encontra-se vinculado e subordinado à Superintendência Administrativa, e está composto por três Assistentes Sociais e duas acadêmicas em Serviço Social.

O atendimento do Serviço Social é desenvolvido nos diferentes setores da instituição através da articulação com os demais profissionais inseridos nesse espaço, visando atender aos usuários e seus familiares de forma acolhedora e humanizada, na identificação das demandas sociais apresentadas e na promoção de ações para a superação desta realidade (HED, 2011). Constitui-se em um espaço para o reconhecimento das demandas sociais, na aproximação à população-alvo, adequação de metodologias de ação, na racionalização de recursos de modo a possibilitar uma resposta mais efetiva do Serviço Social às requisições específicas da instituição.

O assistente social da instituição, conforme o planejamento estratégico do hospital, atua como interlocutor do usuário/familiar com a equipe multiprofissional. Realiza a interface com a rede de suporte médico/social da comunidade através das solicitações da equipe técnica, como por exemplo, o serviço de emergência, pediatria, UTI - neonatal e maternidade. A abrangência do trabalho desenvolvido no setor estende-se a todos os usuários internados e/ou ambulatoriais e funcionários, chamados na instituição de colaboradores.

No HED, o assistente social possui como competência investigar a realidade social, decodificá-la, compreendê-la e principalmente acolher o usuário na situação de emergência, proporcionando a eles a expressão de sentimentos, gestos e atitudes (HED, 2011). Atua como interlocutor do usuário/familiar com a equipe multiprofissional, e realiza a interface com a rede de suporte médico/social da comunidade através das solicitações da equipe técnica.

O conjunto de ações desenvolvidas pelo setor de Serviço Social, diariamente perpassa o cotidiano institucional, cabendo ao profissional não se prender ao senso comum, visando a superação e o desvelamento da realidade apresentada. A superação do imediatismo presente no cotidiano se constitui como um desafio diário, e, conforme Lefebvre, “o extraordinário do cotidiano é superar o próprio cotidiano, em outras palavras; o extraordinário do cotidiano era a cotidianidade finalmente revelada” (LEFEBVRE, 1995).

Os profissionais de saúde têm o desafio de compreender e interpretar os fatores que determinam a produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde. Quanto ao Serviço Social intervindo na área da saúde, encontra-se no Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, através da resolução 338/1999, a reafirmação do assistente social como profissional atuante no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988. Seu compromisso ético-político, explicitado no Código de Ética da profissão de 1993, apresenta os principais fundamentos do Serviço Social, em posicionamento da equidade e justiça social que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais (CFESS, 2011).

Objetivamente, quer-se demonstrar que falar ou atuar no campo da saúde, progressivamente vai requerendo a apropriação de saberes ampliados diversificados visto à amplitude que o tema apresenta. Compreendendo-a como um conjunto de aspectos que envolvem condições materiais e subjetivas condicionantes do estado de saúde, observamos, então, a relação intrínseca que se estabelece com a satisfação das necessidades humanas (BELLINI; AGNES; SILVA, 2004, p. 239).

Nessa abordagem, o assistente social aparece como um profissional que, segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Área da Saúde, age para a construção de uma nova cultura, destacando a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade a fim de potencializar junto aos sujeitos a construção de estratégias coletivas de enfrentamento da realidade (CFESS, 2011).

Para tanto, é prevista a sua atuação para viabilizar o acesso aos direitos dos usuários, nesse caso, ao tratamento da dependência química.

O setor de Serviço Social na instituição integra importantes comissões no hospital, atendendo aos setores de emergência, unidade de tratamento intensivo, bem como ações de promoção de saúde nas reuniões do Grupo Pró-Saúde. Nesse setor, é desenvolvido também o trabalho de Serviço de Apoio ao Cliente, e o Acolhimento ao Cuidador. A acadêmica realizou estágio não-obrigatório na instituição durante seis meses, possibilitando a aproximação às atividades exercidas pelo setor na instituição, podendo assim optar pelo Programa de Controle do Tabagismo, ao ingressar no estágio curricular obrigatório.

4.3 O ASSISTENTE SOCIAL NO COMBATE AO TABAGISMO NA INSTITUIÇÃO

Em 2010, a instituição deu início à discussão, capacitação e planejamento de ações para o combate ao tabagismo, por meio da criação de um grupo composto por profissionais do hospital. Inicialmente, o objetivo consistia em resgatar um trabalho anteriormente realizado na AFPERGS pelo serviço de psicologia, para auxiliar os usuários para o abandono do tabagismo (FERNANDES, 2010). Nessa perspectiva, criou-se no HED a Comissão de Controle do Tabagismo, composta por uma médica pneumologista, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma nutricionista e uma fisioterapeuta.

A Comissão organizava reuniões regulares semanais a fim de elaborar diretrizes preventivas, educativas e de tratamento para o controle do tabagismo na instituição. O modelo adotado no HED foi embasado no modelo da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que possui perspectivas de controle do tabagismo desde 2007, por meio de grupos de tratamento (FERNANDES, 2010). No HED, esse modelo foi sugerido pela médica pneumologista que também atende na Santa Casa. Nesse contexto, instaurou-se o Programa de Combate ao Tabagismo do HED.

A população alvo do Programa compreendia os funcionários do hospital que desejam parar de fumar, os usuários do ambulatório do HED e da AFPERGS, bem como o público externo que, por busca espontânea, devido também à estratégia de marketing do hospital, tivesse conhecimento do trabalho e desejasse se inserir no Programa. Os principais objetivos desse Programa consistiam em proporcionar ao

fumante uma abordagem interdisciplinar como estratégia para o auxílio no abandono do tabagismo, bem como à manutenção do tratamento (FERNANDES, 2010). Criou-se também a perspectiva de instituir o HED como um ambiente cem por cento livre do tabaco.

A metodologia desse Programa compunha planos de ação que tinham como principais pontos o conhecimento da equipe sobre a temática, a elaboração de fichas de inscrição e ficha de avaliação médica, discussão e organização das dinâmicas a serem aplicadas nos encontros em grupos semanais e manutenções. Percebia-se também a necessidade da preparação do material audiovisual para os encontros, prevendo o início do primeiro grupo para o mesmo ano.

O Programa foi apresentado à direção do HED, sendo aprovado e, em seguida, seguiram as nomeações dos funcionários que iriam compor a Comissão de Controle do Tabagismo em 2010. A partir da aprovação, a equipe deu início ao planejamento de ações para ampliar o programa e desenvolver um ambiente livre do tabaco em 2011. Os procedimentos para iniciar no Programa iniciavam por meio da inscrição (ANEXO A), efetuada no setor de Serviço Social, através de uma ficha. Após o preenchimento da ficha, o usuário era encaminhado para avaliação médica com a médica pneumologista do Programa, para avaliar seu nível de dependência conforme critérios médicos, bem como avaliar a necessidade de apoio farmacológico. Após a consulta, era confirmada a inscrição mediante contato com o Serviço Social, onde recebiam as informações quanto ao trabalho proposto pela instituição, abordagem em grupo, e as datas programadas para os encontros.

Como critérios para inclusão no Programa, apareciam o desejo de parar de fumar, a assinatura do termo de adesão na primeira sessão, disposição em participar ativamente, bem como o pagamento da taxa de R\$ 50,00 pelos participantes, visto que o valor seria destinado para a elaboração de materiais e para a autosustentabilidade do grupo. Cabe ressaltar que os funcionários do hospital eram isentos da taxa de inscrição. Como critério de exclusão do programa seria um usuário que não deseja parar de fumar.

A estrutura das sessões foi delimitada pela equipe para que cada profissional coordenasse um dos cinco encontros, trazendo a perspectiva de cada área para contribuir no processo de tratamento do tabagismo. A primeira sessão era da

psicóloga e da médica, e nesse encontro a Assistente Social prestava orientações quanto ao contrato de convivência do grupo (ANEXO B) e colhia as assinaturas. A psicóloga realizava acolhimento por meio de depoimentos pessoais. A segunda sessão era coordenada pela psicóloga e pela Assistente Social, iniciando pelo depoimento da semana, e trazendo aspectos como a ambivalência do fumante e as motivações em parar de fumar. A terceira sessão era coordenada pela médica pneumologista, trazendo a dependência química enquanto doença e os métodos de parada, através de filmes e slides. A sessão quatro era administrada pela fisioterapeuta do Programa, que trazia as melhoras na saúde após a parada, bem como exercícios respiratórios, como relaxamento e expansão pulmonar. Na quinta sessão a nutricionista do Programa prestava orientações de alimentação saudável, dicas de controle de peso, bem como a abertura do espaço para os usuários prestarem seus depoimentos durante o encontro.

As responsabilidades de cada profissional também foram delimitadas conforme o Programa. Cabia ao coordenador a liderança da equipe, ao médico o atendimento ao fumante por meio da consulta inicial, e a participação em todas as sessões. A psicóloga possuía o papel no grupo de trazer o enfoque cognitivo, com vistas a prevenir os quadros de ansiedade e depressão associados a abstinência ou ao desejo de parar de fumar. Os usuários com dificuldades graves, conforme avaliação da profissional, eram orientados a buscar auxílio individual, de acordo com a proximidade de sua residência e condição financeira. À fisioterapeuta cabia informar aos integrantes sobre os benefícios de parar de fumar, auxiliar no manejo de possíveis sintomas respiratórios e físicos relacionados ao parar de fumar, através de exercícios respiratórios, e conscientizar sobre a importância da atividade física como processo no auxílio e inclusão de novos hábitos de vida e no abandono do tabaco.

A nutricionista auxiliava os integrantes a deixarem o vício estimulando a importância de uma alimentação saudável, dando dicas e cuidados alimentares para evitar o ganho de peso e a vontade de fumar. A nutricionista também sugeria um plano de reeducação alimentar em grupo. A enfermeira atuava nas ações de divulgação e treinamento junto às chefias e setores do hospital. A assistente social era responsável pela inscrição, exposição sobre o programa, confirmação dos dados cadastrais, verificação da disponibilidade em participar do Programa,

encaminhamento para a consulta médica, orientação sobre problemas sócio-familiares que poderiam interferir no tratamento, contato com a rede interna de saúde para otimização dos atendimentos (marcação de consultas com a equipe interdisciplinar), e, durante as sessões, apresentar o contrato de convivência, contribuindo, também, em todas as sessões no acolhimento (FERNANDES, 2010).

Constata-se, portanto, que a Comissão de Controle ao Tabagismo visou implantar uma cultura de controle ao tabagismo na instituição, aliando-se à promoção da saúde mediante a definição daquele espaço como livre do tabaco, oferecendo aos funcionários e usuários do hospital, alternativas para o tratamento do tabagismo. O objetivo central da Comissão era prestar subsídios aos fumantes para o abandono definitivo da dependência do cigarro, por meio de um tratamento, acompanhando e auxiliando o fumante de forma mais global, na identificação das estratégias individuais e coletivas de mudanças na rotina e hábitos. O acompanhamento dos usuários ocorria, preferencialmente durante um ano, visto que no início do tratamento o usuário ingressa no grupo por cinco encontros consecutivos semanais, e, posteriormente, permanece acompanhado durante o ano, em reuniões mensais para a manutenção do tratamento.

5 A MATERIALIZAÇÃO DO TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO

Esse capítulo traz a sistematização do projeto de intervenção proposto pela acadêmica durante o estágio obrigatório na instituição. Busca-se apresentar o contexto em que se constituiu o objeto de intervenção, bem como o papel do assistente social e da acadêmica ao integrar uma equipe interdisciplinar no tratamento do tabagismo. Para efetivar as ações, foi necessário criar uma metodologia e objetivos através do projeto de intervenção, guiados pelo projeto ético-político profissional e suas dimensões.

Em um segundo momento, avalia-se a execução e os resultados das ações realizadas pela acadêmica, bem como seu impacto e suas contribuições no espaço sócioinstitucional. Para trazer uma perspectiva concreta desses resultados, tornou-se necessário dar visibilidade às falas dos usuários e aos depoimentos, assim, possibilitando a compreensão do caminho por eles percorrido em direção ao objetivo de parar de fumar, através do processo grupal. As falas enriquecem a avaliação do trabalho, visto que trazem a dimensão do impacto da intervenção.

5.1 O TRABALHO DA PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO: O OBJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi elaborado conforme o contexto institucional e socioeconômico trazido anteriormente, através da proposta de intervenção, intitulada como “O Serviço Social atuando na Promoção da Saúde do Usuário Tabagista”. O projeto subsidiou as ações desenvolvidas pela acadêmica no campo de estágio, mediante a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital. Para a realização do projeto, foi necessária a produção de uma metodologia.

Definir uma metodologia de intervenção significa exercer a difícil arte de transformar os pressupostos teóricos escolhidos em diretrizes operacionais e detalhar processos e técnicas de abordagem no seio das relações sociais que se pretende alterar (WANDERLEY, 2008, p. 13).

Será apresentada, a seguir, uma síntese do processo interventivo desta acadêmica em que constam objetivos, indicadores, metas, fontes e resultados

Quadro 2 – Síntese do processo Interventivo

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	FONTE	RESULTADOS
<p>1. Identificar os determinantes presentes no cotidiano do usuário a fim de fortalecê-lo no enfrentamento da doença;</p>	<p>A presença no primeiro dia do Programa daqueles selecionados no processo de inclusão no grupo.</p> <p>Os determinantes sociais trazidos pelos usuários entrevistados.</p>	<p>Mapear pelo menos 2 determinantes sociais relacionados ao uso do tabaco recorrentes em relatos.</p> <p>Que pelo menos 60% dos usuários entrevistados identifiquem o real interesse de sua procura.</p>	<p>Registros dos relatos das entrevistas;</p> <p>Registros dos relatos nos encontros do Programa.</p>	<p>Fator psicológico associado ao uso do cigarro.</p> <p>Influências culturais no uso do cigarro.</p> <p>Primeiro acolhimento: 12 usuários, segundo encontro com 10 usuários e todos realizaram a tarefa de mapeamento de rotina.</p> <p>A compreensão de que tabagismo é doença.</p>
<p>2. Sensibilizar os usuários para a participação ativa no programa de tratamento ao tabagismo como meio de promoção da saúde visando a qualidade de vida e prevenção de doenças tabaco-relacionadas;</p>	<p>A identificação de que os usuários traçaram estratégias para enfrentamento da doença.</p>	<p>Que se consiga realizar pelo menos 10 entrevistas reflexivas durante o período de inscrição para o Programa.</p>	<p>Registros dos relatos das entrevistas;</p> <p>Registros dos relatos nos encontros do Programa.</p>	<p>No primeiro grupo foram realizadas 12 entrevistas com todos os usuários que manifestaram interesse em participar do grupo.</p> <p>Três participantes do primeiro grupo cortaram o cigarro ao meio para reduzir o consumo, uma participante ingeria alimentos fortes na boca para “enganar” o paladar, duas participantes optaram pela parada abrupta.</p> <p>No segundo grupo quatro pararam de fumar e o restante reduziu o consumo através de estratégias individuais.</p>

OBJETIVOS	INDICADORES	METAS	FONTE	RESULTADOS
<p>3. Realizar um acolhimento aos usuários no primeiro encontro do Programa a fim desencadear o processo de pertencimento ao grupo.</p>	<p>Participação dos usuários de forma oral</p> <p>A troca de vivências entre os participantes do grupo</p>	<p>Que seja realizado pelo menos um acolhimento ministrado pelo Serviço Social;</p> <p>Participação em 100% dos encontros do grupo.</p> <p>Que o grupo esteja composto de pelo menos 8 usuários até o término do Programa.</p>	<p>Registros dos relatos nos encontros do Programa.</p>	<p>Foram realizados dois acolhimentos ministrados pela acadêmica e pela Assistente Social, e essa prática permanece ainda na instituição após o término do estágio.</p> <p>Foi possível a presença em todos os encontros no período do estágio.</p> <p>O primeiro grupo encerrou com oito usuários.</p> <p>O segundo grupo iniciou com 10 usuários, encerrando com oito usuários que completaram o Programa.</p>
<p>4. Integrar a equipe interdisciplinar do Programa a fim de avaliar processualmente o desenvolvimento do grupo em relação aos seus objetivos.</p>	<p>Articulação dos relatos colhidos nas entrevistas com os colhidos durante o processo grupal.</p>	<p>Participação em 100% das reuniões da equipe durante a execução do projeto.</p> <p>Participação em 100% dos planejamentos das ações que serão desenvolvidas pela equipe.</p>	<p>Registros dos relatos nos encontros do Programa.</p>	<p>Foi possível participar de todas as reuniões de equipe, atuando no planejamento das ações da Comissão.</p>

Fonte: material sistematizado a partir da Análise Reflexiva, elaborada pela acadêmica (SANTOS, 2012 a).

O projeto tinha como objetivo geral construir estratégias de fortalecimento do usuário tabagista na promoção da saúde através da reflexão sobre os determinantes sociais relacionados ao uso do cigarro. Por meio da identificação dos determinantes sociais, visava-se o fortalecimento dos usuários no enfrentamento da doença. Segundo os “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Área da Saúde” (CFESS, 2011), compreende-se que a sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos, apresenta grande ligação ao proposto pelo Programa de Tratamento.

Em sua formação, entre outros aspectos, o assistente social é preparado para a humanização das relações, a escuta, o diálogo, o reconhecimento dos direitos de cidadania, o perceber e apreender o outro, em sua diferença. A proposta para atingir os primeiros objetivos específicos do projeto deu-se na entrevista reflexiva, pela qual é possível analisar as situações vivenciadas através de uma reflexão crítica estimulada pelo assistente social, para que o usuário possa compreender o movimento da realidade social, e participar do processo de transformação dessa realidade (CFESS, 2011).

Neste sentido, a participação da Assistente Social e da acadêmica, enquanto integrantes da equipe interdisciplinar que compõe a Comissão de Controle ao Tabagismo, foram fundamentais no processo de ampliação da abordagem aos usuários, de modo que os vários aspectos do ser humano, reconhecidos nos princípios da saúde coletiva, transformaram-se em alterações nas práticas de saúde.

O objeto de intervenção profissional visualizado pela acadêmica no Hospital Ernesto Dornelles começou a ser desvelado através de sua inserção no Programa de Tratamento ao Tabagismo. Durante dois meses observando os grupos que aconteciam no hospital, foi identificada primeiramente a centralização das atividades de organização dos encontros, processo de entrevista e organização do material para funcionamento do grupo como lista de presença, confecção de crachás e a confecção do manual do participante, como atividades da Assistente Social. Através de relatos da equipe, também aparecia a preocupação quanto à adesão ao tratamento, tendo ocorrido desistências durante o período do grupo, que se

concentrou em cinco encontros em sextas-feiras consecutivas e se manteve durante o ano em uma reunião mensal chamada de manutenção.

Foi levantada pela acadêmica, durante um primeiro momento em reuniões, a dificuldade do desenvolvimento de um trabalho em grupo em uma estrutura de sala em um auditório, ficando os participantes uns de costas para os outros, dificultando sua interação e aproximação. O hospital, no período do projeto, estava passando por reformas físico-estruturais, não sendo previsto outro espaço para a realização destas reuniões com os usuários. Tendo em vista essa dificuldade, foi proposto pelo projeto de intervenção que fosse realizada uma dinâmica de grupo no primeiro encontro a fim de desencadear o processo de pertencimento ao espaço de tratamento, bem como potencializar esse espaço grupal de tratamento através da proposta do estabelecimento de relações entre os usuários.

Além disso, os grupos são mediadores entre a particularidade, a singularidade dos sujeitos e a totalidade social (genericidade, nível humano – genérico – abstrato ou universal), pois realizam a mediação entre os indivíduos e a formação social de que participam. Neles, cada indivíduo é representante de si mesmo e da história da sociedade em que vivem (ANDALÓ, 2006, p. 68-69).

Observou-se, então, a necessidade de buscar uma alternativa de enfrentamento para a realização do grupo com a estrutura física disponibilizada, bem como entender e aprofundar-se no que diz respeito ao tratamento do fumante. Foi proposta a identificação dos determinantes sociais associados ao uso da droga, a fim de trabalhá-los através da reflexão acerca do tratamento bem como desencadear maior adesão ao mesmo. A realização do trabalho, portanto, compreendeu a interação da atuação da acadêmica e da participação ativa dos usuários, visto que esses sofrem com os movimentos da realidade contraditória da sociedade.

[...] como sujeito na relação profissional que não se realiza apenas pelo “desejo” do profissional: é a presença da horizontalidade, da solidariedade, articuladas à competência para produzir uma ação investigativa, crítica, politizante, que cria espaço para o usuário vivenciá-la enquanto sujeito, na medida em que ele processa o novo que é veiculado como instrumento de indagação, de análise, de crítica e de ação no seu cotidiano, participando com possibilidades e clareza na decisão de caminhos (VASCONCELOS, 2003, p. 36)

A acadêmica propôs, através do projeto interventivo desenvolvido no período de Estágio II, que a busca espontânea ao tratamento deveria ser valorizada tendo

em vista que em sua grande maioria, os programas sociais desenvolvidos através das políticas públicas possuem condicionalidades que, por vezes, dificultam o trabalho do profissional para incidir na realidade apresentada. Naquele espaço, os usuários procuravam o tratamento, tendo em vista que os funcionários do hospital eram isentos da taxa de inscrição para participar do Programa.

Foi se tornando necessário buscar através de contatos com a rede de atendimento público, a informação quanto ao ingresso em programas de tratamento disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde em razão da não disponibilidade de pagamento dos serviços por usuários interessados. Identificou-se que o tratamento ao vício era realizado em Unidades Básicas de Saúde¹⁶ capacitadas para o tratamento do tabagismo. Era importante orientar, no momento em que os usuários entravam em contato com o hospital, o valor da taxa de inscrição e dos demais gastos decorrentes da obrigatoriedade de realizar uma consulta com a médica pneumologista do grupo. Essa consulta obrigatória ocorria para analisar os níveis de dependência e a necessidade ou não de apoio de medicação nos primeiros momentos do tratamento. Àqueles usuários interessados que não possuíam condições de fazer o tratamento no HED eram orientados pela acadêmica a buscar o serviço através da Unidade Básica de Saúde de referência.

No HED, o interesse em que a instituição se transformasse em um espaço livre do tabaco, fora influenciado pela transformação socioeconômica envolvida no uso do cigarro. Existe um tencionamento entre as políticas que preconizam o tratamento e a promoção da saúde através de campanhas alertando para os malefícios do uso da droga, com a indústria do tabaco e sua movimentação financeira, como foi exposto neste trabalho. Dessa forma, percebia-se nos encontros do grupo que o objeto de intervenção do Serviço Social aparecia no “enfraquecimento” do usuário tabagista quanto à prevenção das doenças tabaco-relacionadas ao não vincularem os determinantes sociais como participantes do processo saúde-doença, não

¹⁶ Portaria n° 442, de 13 de agosto de 2004, regulamenta a Portaria n° 1.035, a qual amplia a abordagem do tratamento do usuário tabagista no SUS, para a rede de atenção básica e de média complexidade, a fim de objetivar a consolidação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. A referida portaria dispõe que a atenção ao usuário tabagista poderá acontecer de forma hierarquizada em toda a rede de serviços do SUS, incluindo as UBSs, desde que estejam capacitados para a abordagem e tratamento do tabagismo (BRASIL, 2004).

entendendo o próprio tabagismo como dependência química, secundarizando-o enquanto doença.

A proposta do projeto de identificar os determinantes sociais também visou perceber o movimento de transformação do conceito desta droga na sociedade, o que estimulou ao seu uso e, no momento, o que estava tencionando para a cessação do uso do cigarro. Através de relatos colhidos durante o período de entrevistas, havia sido criado um instrumento semi-estruturado com perguntas abertas possibilitando maior liberdade na expressão dos usuários para colher, através da escuta sensível, as demandas trazidas por esses usuários (APÊNDICE A).

O objeto a ser transformado compreendia também a utilização do espaço disponibilizado pela instituição como sendo um espaço de reflexão e troca de experiências, promovendo momentos para que os próprios usuários refletissem acerca de suas condições enquanto dependentes de nicotina, podendo traçar individualmente e coletivamente estratégias para enfrentamento da doença. O fortalecimento do espaço de grupo visava o reconhecimento de que os agentes externos também fazem parte dos fatores que o levaram a se tornar dependente químico.

“[...] o mundo interior e o exterior são a continuidade um do outro, da mesma forma o individual e o social não existem separadamente, pelo contrário, eles se diluem, interpenetram-se, complementam-se e confundem-se entre si (ZIMERMAN 1997, p.27)

A demanda aparente da instituição era transformar o hospital em uma instituição livre do tabaco através das ações desenvolvidas pela Comissão de Controle ao Tabagismo, bem como proporcionar a adesão dos usuários ao tratamento oferecido pelo Programa de Tratamento do Tabagismo. Como já citado nesse trabalho, o papel do tabaco na sociedade perpassa por transformações socioeconômicas e culturais, que impactam na vida dos usuários da droga. Em relatos dos próprios usuários durante as entrevistas, perceberam-se recorrências quanto à “rejeição social” sofrida por eles. Durante o período de ingresso no Programa, foram relatadas situações em que os usuários estavam fumando em locais públicos e viam pessoas “abanando-se”, demonstrando incomodo com a fumaça. Esses relatos foram registrados no Diário de Campo da acadêmica e as falas de dois usuários são apresentadas a seguir:

Estava na parada de ônibus em frente a um shopping, quando acendi o cigarro, e comecei a perceber as pessoas se afastando e se abanando. Me senti tão mal com essa situação, daí comecei a me afastar do ponto de parada pois percebi que estava atrapalhado (SANTOS, 2012b).

Fui me consultar com um médico, e ao chegar no prédio fui ao elevador para subir no andar que era o consultório. Quando entrei no elevador, percebi, pelo espelho, as pessoas se abanando pelas minhas costas, devido ao cheiro do cigarro. Foi bastante constrangedor! (SANTOS, 2012b).

Entende-se que este tipo de relato ilustra como a sociedade vem lidando com a questão do consumo do cigarro, antes visto como positivo e, atualmente, a partir da disseminação dos riscos advindo do consumo do cigarro, é cada vez menos aceito. Nessa perspectiva, iniciaram os processos de intervenção da acadêmica por meio do projeto desenvolvido no Estágio II.

5.2 O DESENVOLVIMENTO, EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A primeira etapa do projeto compreendeu a sua elaboração e apresentação às supervisoras de campo e acadêmica. Após a aprovação inicial, o mesmo foi levado ao conhecimento da Comissão de Combate ao Tabagismo e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ernesto Dornelles. Na segunda etapa do projeto, inicialmente, foi realizado o levantamento dos usuários que demonstraram interesse em participar do Programa de Combate ao Tabagismo e que foram deixando seus nomes e telefones para posterior contato a fim de informar sobre previsões de início para novos grupos, o que é chamado de lista de espera. Também foram considerados neste período os usuários que por procura espontânea desejavam ingressar no Programa bem como àqueles encaminhados por médicos do ambulatório do hospital.

A partir da lista com os dados, foi possível dar início à chamada dos usuários para informar sobre o funcionamento do Programa e sua estrutura, sobre a relação de profissionais que participam e também a cerca do valor solicitado para inscrição. Nesta etapa foi importante também orientar os usuários de que a consulta com a pneumologista era critério de inclusão, mas que a prescrição de medicação dependia de sua avaliação conforme a identificação do nível de dependência, mas não sendo este o foco do grupo.

Nesse momento, foi proposto o desenvolvimento do projeto através do agendamento das entrevistas, iniciando então o processo de inscrição no Programa.

Durante as entrevistas, que foram realizadas na sala do setor de Serviço Social, trabalhou-se e discutiu-se junto aos usuários acerca dos determinantes sociais que os levaram a fumar. Foram também, identificadas as suas principais motivações na busca pelo tratamento do tabagismo.

Identificar os determinantes sociais presentes no cotidiano do usuário a fim de fortalecê-lo no enfrentamento da doença apareceu como primeiro objetivo específico, devido ao contexto social que permeia a utilização da droga. Sensibilizar os usuários para a participação ativa no programa de tratamento ao tabagismo como meio de promoção da saúde visando à qualidade de vida e prevenção de doenças tabaco-relacionadas, apresentou-se como segundo objetivo específico, devido à observação das dificuldades apresentadas para a efetiva adesão ao tratamento.

A realização de um acolhimento aos usuários no primeiro encontro do Programa a fim desencadear o processo de pertencimento ao grupo se viu necessária devido a dificuldade em articular experiências e vivências de um trabalho em grupo em um espaço com formato de auditório, onde os usuários ficam um de costas para o outro e o profissional que ministra os encontros fica em frente a todos. Como quarto objetivo, a fim de que a acadêmica participasse de todo o processo de observação, avaliação e proposição de ações da Comissão, foi necessário integrar a equipe interdisciplinar do Programa, para possibilitar a avaliação processual do desenvolvimento do grupo em relação aos seus objetivos.

O espaço grupal proporciona uma visão de coletivo ao usuário, possibilitando com que este se perceba enquanto ser social. Assim, o usuário poderá partir de uma visão individual de sua realidade visualizando-a de forma mais ampla, a partir de uma questão coletiva do grupo que irá se formar a partir do processo grupal.

Assim, o processo de fortalecimento dos sujeitos depende de ação ou intervenção profissional com profunda capacidade teórica e analítica para entender as particularidades das situações reais, para propor alternativas a esses sujeitos nessa trama de correlação de forças sociais, combinando as estratégias de vida dos indivíduos e grupos dentro do contexto social e dinâmico para utilizar essas forças, em rede, a favor dos sujeitos e de sua autonomia (FALEIROS, 2002, p. 67).

O Serviço Social tem a contribuir no processo de revalorização dos agentes envolvidos com a saúde, na criação de condições para a releitura e análise crítica do que se entende por saúde-doença, propiciando a revisão do papel dos atores

sociais, em todas as suas possibilidades políticas. O assistente social trabalha na busca do reconhecimento do usuário como um ser social, e sua relação com o meio em que vive, onde o próprio sujeito se transforma e é transformado por esse meio (MATUMOTO, 2001).

Nas reuniões o técnico procura incentivar o grupo para que os assuntos a serem debatidos surjam do próprio grupo, já que inicialmente as pessoas buscam respostas prontas do técnico, que **a priori** representa ali a autoridade e, enquanto tal, aquele que sabe, resolve, e por isso mesmo, exerce o poder. Entendemos ser isso resultado de um processo de socialização também sofrido pelo técnico, voltado para a disseminação da ideologia dominante, tendo em vista manter as pessoas submissas e dependentes e, em outros momentos, controladoras e autoritárias (VASCONCELOS, 1985, p. 30-31).

Com vistas no quarto objetivo¹⁷ do projeto, compreende-se que o assistente social encontra-se capacitado para a identificação dos determinantes sociais e na apreensão das vulnerabilidades sociais que interferem na qualidade de vida e saúde dos usuários. A colaboração desse profissional é fundamental para garantir que o usuário seja visto em sua integralidade e não apenas como um corpo doente, e na viabilização de estratégias para o enfrentamento destes problemas.

Buscou-se conhecer e promover a identificação pelo usuário, através de suas falas e vivências, de suas potencialidades para enfrentamento da questão e a viabilidade do acesso e das dificuldades relacionadas aos horários para efetivar a presença nos encontros. Partindo do pressuposto de que a entrevista estimula a reflexão do sujeito sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, visou-se através da intervenção, o fortalecimento do usuário para enfrentar o processo de tratamento do tabagismo com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao uso do cigarro. É necessário perceber e reconhecer também as fragilizações do usuário, para possibilitar uma intervenção de acordo com uma postura ético-política adequada. O espaço de reflexão proporciona a compreensão do ponto de vista do usuário em relação à realidade vivenciada, e a possibilidade de fortalecê-lo mediante o exercício de autonomia e cidadania (GROSSI, 2007).

¹⁷ O quarto objetivo consistia em integrar a equipe interdisciplinar do Programa a fim de avaliar processualmente o desenvolvimento do grupo em relação aos seus objetivos (SANTOS, 2012a).

Visando o terceiro objetivo¹⁸ sobre realizar uma dinâmica de acolhimento, entende-se que “o vínculo constitui um grupo e o diferencia da serialidade, onde acontece a passagem de interesses comuns a interesses em comum” (ZIMERMAN, 1993, p 2), sendo este o objetivo desta primeira aproximação ao coletivo. O quarto objetivo tinha como meta a integração do estagiário à equipe, a fim de propiciar momentos de discussão a respeito das características individuais dos usuários, a fim de facilitar a coordenação dos encontros coletivos e avaliar o desenvolvimento do processo grupal. O quarto objetivo visava proporcionar, também, a possibilidade da reflexão acerca da intervenção proposta e seu impacto na realidade apresentada.

Para possibilitar e subsidiar a avaliação e o impacto obtido através da intervenção, foram construídos indicadores quantitativos e qualitativos no projeto. Ao visualizar os relatos das entrevistas, através de um instrumento semi-estruturado, foi possível mapear alguns determinantes sociais presentes nas falas dos usuários. A determinação cultural emergiu quando se buscava compreender o início do uso do cigarro, ao perceber nas falas que os usuários não tinham tantas informações sobre os malefícios da droga como se pode obter atualmente. Esclareciam que, algumas vezes, fumavam para se auto-afirmar, sendo uma atitude considerada pertencendo ao processo de amadurecimento, fortemente vinculada na mídia e disseminada nos grupos adolescentes. Um dos fatores recorrentes foi a idade em que os usuários iniciaram com o uso da droga, ficando entre 10 a 15 anos. Esse dado foi retirado dos formulários preenchidos durante o ingresso no programa. Compreende-se que as determinações sociais em saúde compreendem não somente o conceito de saúde como doença, mas todo o contexto social no qual o usuário está inserido.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, os Determinantes Sociais da Saúde – DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, 2007, p 78).

Como segundo objetivo específico, tinha-se a sensibilização dos usuários para a participação ativa no programa de tratamento ao tabagismo como meio de promoção da saúde visando à qualidade de vida e prevenção de doenças tabaco-relacionadas. Esta sensibilização se deu através da entrevista, articulando a reflexão acerca da motivação em estarem buscando o tratamento, bem como ir traçando uma

¹⁸ O terceiro objetivo consistia em realizar um acolhimento aos usuários no primeiro encontro do Programa a fim desencadear o processo de pertencimento ao grupo (SANTOS, 2012a).

estratégia individual para ser trabalhada em grupo durante os encontros. O desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas confronta-se com as limitações impostas pela realidade, por isso, o espaço de grupo proporcionaria uma reflexão e conscientização a respeito das possibilidades de enfrentamento da doença.

O desenvolvimento social se confronta continuamente com a realidade sensível mediata do homem impondo-lhe a criação de modos de pensar e enfrentar a existência; as formas de enfrentamento tornam-se, no entanto, cada vez mais limitadas e complicadas, requerendo ações comuns e coletivas. (...) a conscientização, em sua dinâmica pedagógica, se traduz como processo contínuo de compreensão crítica da realidade. Isto é, a partir da realidade existencial que se tem, passa-se a uma percepção ampliada desta realidade; estabelecem-se correlações de causa e efeito e formulam-se juízos e críticas que direcionam a formulação de atitudes para seu enfrentamento (SOUZA, 1987, p. 89-90).

No primeiro encontro do grupo no qual o Serviço Social interveio, estavam presentes 12 usuários. Após os depoimentos foi iniciada uma dinâmica para trabalhar a questão de estar reunido em grupo e o que significaria isso para o tratamento. Foram utilizadas “varinhas” de madeira, e foi questionado aos usuários se alguém poderia quebrar uma varinha sozinho. Três pessoas demonstrando curiosidade sobre a dinâmica proposta tentaram e conseguiram quebrá-las. Depois, juntou-se o conjunto de varinhas e questionou-se quem conseguiria quebrá-las, aí três usuários tentaram e não conseguiram, explicando que só iriam conseguir quebrá-las se pudessem separá-las. A expressão de um dos usuários foi registrada no Diário de Campo da acadêmica:

É muito fácil quebrar a varinha quando está sozinha, mas com elas todas juntas não conseguimos, pois falta força. Aqui não podemos utilizar nenhum outro instrumento a não ser a própria força, então não vou conseguir sozinha (SANTOS, 2012c).

Por meio desse contexto, foi trazido para a reflexão a importância do suporte e do trabalho realizado em grupo. Em depoimentos durante as entrevistas, os usuários afirmaram que haviam tentado parar de fumar sozinhos, mas não de forma estruturada e com acompanhamento. Evidenciou-se que o trabalho em grupo vem, então, para contribuir não somente com a troca de vivências e informações, mas para que, juntos, eles possam enfrentar as situações posteriores, relacionadas ao processo de abstinência, cessação do uso do tabaco e parada gradual. Ressaltou-se a importância, também, de trocarem vivências, questionarem aos profissionais sobre dúvidas pertinentes quanto a medicações e sobre o que estão sentindo. Salientou-

se, também, que o acompanhamento se daria durante um ano, mas que a Comissão respeitaria o tempo de cada um de parar de fumar e continuaria o acompanhamento por meio das sessões de manutenção¹⁹.

Após dinâmica e reflexão, leu-se o contrato de convivência e apresentou-se o manual do participante, instrumento que tem o formato conforme a execução dos encontros (APÊNDICE B). Passou-se também ao final do encontro o tema para a reunião seguinte, mapeando os problemas que iriam enfrentar e soluções a serem aplicadas para superar as dificuldades iniciais. Nesse encontro, percebeu-se a ansiedade dos participantes em falar de si, trazer quantos cigarros estava fumando e o que esperavam do grupo. Uma das usuárias sentou-se na última fileira do anfiteatro no começo do encontro e após os depoimentos, quando falou que já havia tentado parar muitas vezes, e que associava o cigarro às suas atividades como forma de estimular sua criatividade ao escrever e, em momentos mais ansiosos como na “TPM”, e então um dos usuários interveio e falou: - “YES! Agora tu vais conseguir com a gente aqui, força!” (SANTOS, 2012 c). Ao final do encontro, a usuária estava na fileira do meio do anfiteatro, acompanhada de outros usuários, falando sobre as suas dificuldades e o que já havia tentado para parar de fumar.

O que se buscava nesse primeiro encontro era integrar melhor os usuários para que pudessem utilizar o espaço como um grupo, não somente assistindo às falas da equipe, mas intervindo e refletindo entre eles sobre seus próprios objetivos. No segundo encontro, estavam presentes 10 usuários e todos haviam feito uma tarefa proposta no manual do participante que visava mapear as dificuldades. Alguns relataram que haviam percebido como muito importante poder “se enxergar” ao anotar as ações, pois o hábito de fumar já havia entrado no “automático”, sem que se dessem conta do por que estavam acendendo o cigarro “naquele momento”. Ressalta-se por meio do registro em Diário de Campo da fala de um usuário, que o trabalho em grupo a fortaleceu no processo de tratamento.

Sabe, quando me inscrevi, assumi um compromisso, com a minha família e também com as pessoas aqui do grupo, não queria decepcionar ninguém [...] sozinha eu sabia que não ia conseguir, já tinha tentado várias vezes (SANTOS, 2012 c).

¹⁹ A manutenção do Programa consistia em um encontro mensal durante um ano após os cinco encontros que contemplam o início do Programa. Assim, o usuário poderia vir ao hospital uma vez por mês e participar de um encontro ministrado por um ou mais profissionais que participam do Programa (SANTOS, 2012 a).

No último dia de encontro do grupo, a atividade contou com oito participantes concluintes dos cinco encontros do programa, e foram orientados a participar dos encontros de manutenção. No último dia, quatro usuários conseguiram parar de fumar e todos os outros reduziram o consumo do cigarro. Ocorreu também uma reflexão do que havia ficado dos encontros, que passariam a ser mensais. Uma das participantes expôs que contou muito com a força do grupo para ir a cada encontro e seguir em frente, pois sozinha achava que não iria conseguir vencer o tabaco. Outra participante que conseguiu parar de fumar ficou emocionada e agradeceu à equipe e ao grupo, fazendo referência todo o apoio recebido, à troca de vivências e tudo que havia feito com que finalmente ela se livrasse do cigarro.

Naquele último encontro foram distribuídos “bótons” feitos pelo ministério da saúde com o símbolo do cigarro cortado, para aqueles que conseguiram parar de fumar. Notou-se, também, nesse último encontro de grupo, que participantes trocaram telefones para combinar caminhadas, para que em momentos em que sentissem sintomas de abstinência, uns pudessem ligar para os outros e buscar apoio. Trocaram, ainda, e-mails para manter o contato. É importante assinalar que nos grupos anteriores não ocorrera tal aproximação entre os usuários. Associa-se esta aproximação entre os usuários bem como a contribuição ao enfrentamento da doença, então, à aproximação do Serviço Social consolidando o espaço e o trabalho em grupo.

Em relatos durante os encontros, enquanto realizava observação, surgiram depoimentos os quais demonstravam que individualmente os usuários estavam traçando para si uma estratégia para parar de fumar. Três participantes deste grupo cortavam o cigarro ao meio para reduzir o consumo, uma participante ingeria alimentos fortes na boca para “enganar” o paladar, duas participantes optaram pela parada abrupta, quando se marca uma data e a partir daquela data não fumariam mais.

As usuárias com parada abrupta explicaram que parando de fumar gradualmente estavam sofrendo muito, pois ficavam inventando situações para continuar fumando um ou dois cigarros, adiando o dia em que parariam definitivamente, portanto marcaram a data e pararam. Referiram-se também ao sofrimento com a abstinência, nos momentos de fissura, mas pensavam: “- Não

posso deixar uma coisa tão pequenininha me vencer!” (SANTOS, 2012 c). A sensação de sucesso em ter vencido o cigarro, então, era muito maior e a partir desse sucesso, conseguiam forças para seguir um dia de cada vez, para longe do cigarro e tentando apagar as suas lembranças de suas vidas.

Percebe-se que ocorreu um movimento de reconhecimento, identificação de um usuário para com a realidade do outro. Há semelhanças entre os sintomas de abstinência de um organismo para outro, porém com o trabalho em grupo e a dinâmica realizada no primeiro dia, acredita-se que os usuários conseguiram prestar mais atenção à fala um do outro. Após o processo de participação da acadêmica no grupo, acredita-se que os usuários passaram a observar melhor o movimento de cada um em direção a seus objetivos, como também passaram a trocar vivências e a contribuir com suas experiências durante os encontros.

No momento dos encontros foi possível investigar, também, a motivação de cada um para o uso do cigarro, bem como elucidar aos próprios usuários que refletissem acerca do que estavam procurando, e que se colocassem em primeiro lugar para cuidar da saúde e buscassem apoio na “rede” disponível em seu contexto social. É necessário, entretanto, não dar maior visibilidade às dificuldades e às perdas que o cigarro provoca, mas salientar os ganhos que terão ao cessar o uso, entendendo o tabagismo como uma doença. Isso porque, que em todas as entrevistas durante o processo de inscrição, houve prevalência de a motivação principal ser a saúde, porém relacionando somente com doenças tabaco-relacionadas, faltando a clareza de que tabagismo por si é uma dependência química e, portanto, já estariam “doentes”. Essa perspectiva de atuação fundamenta-se na promoção da saúde do usuário, para capacitá-los no enfrentamento da doença.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986, p.1).

Como já foi citado, durante as entrevistas, por muitas vezes foram relatadas as questões de ansiedade ligadas ao uso do cigarro. A acadêmica perguntou-se, então, como lidar com isso no processo de inscrição, no processo grupal, ao administrar o encontro para ter algo consistente e que vá ao encontro àquelas expectativas ou que pelo menos esteja de acordo com o proposto para o grupo? Percebe-se que a visão

do Serviço Social perpassava o processo de inscrição, que consistia em entrevistas com os usuários. Nessas entrevistas eram repassadas as primeiras imagens a cerca do programa, mas o assistente social, também, contribuía na equipe com suas considerações e observações, podendo estar presente em funções vitais para o funcionamento do programa.

Integrar a equipe foi um dos objetivos específicos presentes no projeto, e constata-se que a atuação foi além do que foi proposto, contribuindo, também, na gestão deste programa. Foi levantado também que no momento em que o Serviço Social ficou responsável pelo acolhimento do grupo no primeiro encontro do Programa, deveria constar no manual dos participantes um texto sobre esse encontro, onde se deveriam abordar questões pertinentes à atuação do profissional na equipe. O texto, então, foi elaborado pela acadêmica contendo contribuições da assistente social supervisora de campo, sendo em seguida aprovado pela Comissão e inserido no manual do participante (APÊNDICE B). O texto foi elaborado com uma linguagem fácil e dirigindo-se diretamente à pessoa faria a leitura procurando-se, assim, uma maior aproximação com o leitor, visando informar sobre o programa que iniciava. Essa proposta compreende o 5º artigo do Código de Ética da profissão, no que tange às relações com os usuários e o direito à informação.

São deveres do/a assistente social nas suas relações como os/as usuários/as: [...] c- democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as. [...] h- esclarecer aos/às usuários/as, ao iniciar o trabalho, sobre os objetivos e a amplitude de sua atuação profissional (CFESS, 2011).

A dinâmica proposta e realizada no primeiro encontro visava superar a dificuldade do espaço físico, um auditório em que as pessoas não podiam visualizar uns aos outros de frente, e onde as cadeiras não poderiam ser deslocadas. Não era um modelo ideal para a realização de encontros grupais, e, devido à impossibilidade de modificar o espaço estrutural, a dinâmica proposta buscou a integração dos usuários, apesar das dificuldades físicas encontradas. Compreende-se que o acolhimento proposto pelo projeto atingiu então seu êxito e expandiu-se, também, para maior desenvolvimento do papel do Serviço Social na equipe, delimitando melhor suas funções como integrante, não voltado para as tarefas organizacionais, mas para as competências pertinentes à profissão, trabalhando na perspectiva da demanda institucional em articulação à demanda dos usuários.

A presença no primeiro dia do Programa daqueles selecionados no processo de inclusão no grupo aparecia como indicador, porém não foram aplicáveis critérios de exclusão durante o processo de formação do grupo, visto que todos os usuários estavam aptos a participar. Foi possível fazer esta verificação através dos registros realizados durante o processo de entrevista. Também foi possível visualizar, através das falas já trazidas anteriormente, que os usuários identificaram e traçaram estratégias para enfrentamento da doença. Ocorreu também a participação oral de todos os usuários no processo grupal, devidamente registrados nos relatos dos encontros.

Quanto à promoção da saúde, verificou-se, por meio dos relatos no último encontro, que os usuários já notavam mudanças em suas rotinas, hábitos e, até mesmo, mudanças físicas significativas desde que haviam parado de fumar. Essa afirmação é elucidada por falas de usuários registradas no Diário de Campo da acadêmica, descritos a seguir:

Desde que parei de fumar percebi mudança até mesmo em minha pele, que antes era escurecida. Meu paladar melhorou, meu sorriso ficou mais bonito e minha família mais feliz. Agora todos me convidam para as festas e não fico me preocupando com o cheiro de cigarro no cabelo, nas unhas, não existem mais evidências do vício a esconder! Agora posso andar de bicicleta que não fico mais tão cansada, inseri atividades físicas na minha rotina, sou uma nova pessoa (SANTOS, 2012 c).

Fiz uma caixinha com o dinheiro que gastava comprando carteiras de cigarro, e agora vou comprar um presente para me agradar e para comemorar que finalmente consegui largar o cigarro de vez. Com o grupo, percebi que as pessoas passavam pelas mesmas dificuldades, e o caminho ficou menos pesado (SANTOS, 2012 c).

O Serviço Social se consolida, então, como integrante desta equipe interdisciplinar para tratamento do tabagismo, como importante profissional no processo do reconhecimento do contexto social do usuário, percebendo-o em sua totalidade e todas as determinações sociais presentes em seu cotidiano. Através dessa aproximação, o profissional pode intervir no primeiro encontro do programa a fim de desencadear o processo do trabalho em grupo, promovendo reflexões em busca de uma melhor qualidade de vida e prevenção de doenças-tabaco relacionadas.

[...] o papel específico da atividade interdisciplinar consiste primordialmente em derrubar as paredes e em lançar uma ponte para religar as fronteiras que haviam sido estabelecidas anteriormente entre as disciplinas (SILVEIRA; MENDES, 2009, p. 59).

A relação do Serviço Social com a equipe foi fortalecida podendo dar visibilidade ao usuário em sua totalidade, identificando seus determinantes sociais como integrantes do processo saúde-doença, abrangendo então o conceito ampliado de saúde. Assim, a acadêmica deu sua contribuição ao trabalho já desenvolvido pelo setor de Serviço Social nesta equipe, atuando de forma interdisciplinar, qualificando e delimitando ainda mais o seu papel na promoção de saúde.

O processo de identificação da expressão da questão social através dos determinantes sociais da saúde foi fundamental para compreender a fragilização do usuário no enfrentamento ao consumo de uma droga lícita. Em uma sociedade que induz ao consumo, e que, através dos conflitos e contradições pertinentes na realidade, propicia o consumo do cigarro como uma forma de fuga ou alívio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho exposto representa o encerramento de uma etapa da formação em Serviço Social, na qual foi possível compreender os aspectos da realidade e seus movimentos, bem como identificar as contradições que a permeiam. Representa também a oportunidade de compartilhar o conhecimento produzido, principalmente, sobre a experiência acadêmica, vivenciada durante o processo de formação, contribuindo para avanço do saber acerca das temáticas abordadas.

Buscou-se apresentar elementos que marcaram a trajetória do sistema de saúde brasileiro, bem como as lutas e movimentos que permeiam essa área. Estudando esse contexto, verificou-se que a Reforma Sanitária foi um grande marco para a efetivação de direitos, consolidados por meio da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). Essa constituição, considerada constituição cidadã, instituiu a saúde enquanto um direito social de todos os cidadãos e dever do Estado, e culminou com as diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990).

Considera-se, entretanto, que apesar do avanço do SUS, as organizações privadas de atendimento médico-assistencial também ampliaram sua oferta e que o SUS tem sido utilizado, sobretudo, por usuários que não dispõem de condições para acessar os serviços privados de saúde. Essa realidade perpassa pela introdução das políticas de corte neoliberal, que investem na liberdade de mercado e desviam os investimentos do setor público para o setor privado, sucateando ainda mais os serviços estatais.

Quanto ao fenômeno do consumo de drogas, constataram-se, também, inúmeras transformações e mudanças ao longo da história. Na realidade, as drogas existem na sociedade há milhares de anos, porém, o que se reconfigura e o que ganha destaque são as novas formas de consumo e suas funções contraditórias nas sociedades. Enfatiza-se que as drogas influenciam e trazem impactos à sociedade, visto que elas geram acumulação de capital para as indústrias, assim como causam efeitos nocivos na saúde da população, aumentando os gastos do sistema público de saúde. Em razão do conhecimento dos impactos das drogas lícitas, principalmente do cigarro, vem sendo aumentada a tributação sobre as indústrias

que produzem o tabaco, buscando-se, contraditoriamente, a erradicação desse hábito no País, por meio dos serviços de saúde.

Fatores importantes foram destacados quanto à produção do tabaco. Cabe salientar que todos envolvidos no processo de produção da planta estão sujeitos a danos à saúde, porém, os pequenos produtores não estão completamente cobertos por políticas públicas que estimulem e protejam o investimento em outras formas de cultivo agrícola, que garantissem a preservação da saúde e das condições de trabalho desses sujeitos. A indústria que retém os lucros da comercialização dos produtos pouco se responsabiliza pela proteção aos trabalhadores das plantações, porém, o trabalho desenvolvido por eles é essencial para a comercialização do produto, tendo em vista também que esses trabalhadores perdem sua força de trabalho mais cedo devido ao adoecimento decorrente da exposição ao tabaco.

Em relação à prática profissional, destaca-se que a instituição em que foi desenvolvido o estágio curricular obrigatório facilitou e acolheu o trabalho produzido pela acadêmica, possibilitando a liberdade de apresentar propostas e realizar intervenções no Programa de Tratamento do Tabagismo. Por meio da aproximação com a realidade dos usuários emergiu a necessidade de intervir na promoção de saúde desses usuários, na medida em que se valorizava a busca espontânea pelo tratamento. Essa intervenção ocorreu devido a inserção da equipe interdisciplinar do Programa, que acolheu o projeto e as novas perspectivas propostas para os processos grupais.

Cabe esclarecer a dificuldade encontrada no processo de tratamento da dependência química relacionada às drogas lícitas, que são de fácil acesso na sociedade, mesmo incidindo negativamente na saúde dos consumidores. Considera-se, então, um trabalho complexo atuar na promoção da saúde desses usuários, bem como proporcionar-lhes um espaço de tratamento que vise fortalecê-los no desenvolvimento de estratégias coletivas e individuais para o abandono do tabaco.

Por meio desse trabalho de conclusão de curso, foi possível compreender as diversas faces que permeiam o fenômeno do consumo de drogas, bem como a realidade contraditória em que se inserem as drogas lícitas, como o tabaco. A produção, comercialização e consumo são legalizados pelo Estado, fomentando a movimentação econômica dos setores envolvidos nesse mercado, mas ao mesmo tempo, a epidemia do tabagismo configura-se como grande causadora de danos aos sujeitos, que tem suas capacidades laborais comprometidas. O comprometimento

causado pelo uso do tabaco gera grandes custos para o tratamento das doenças tabaco-relacionadas, como o câncer.

Durante os acolhimentos realizados no Programa de Tratamento, foi possível acompanhar e avaliar o processo grupal e o caminho percorrido coletivamente e individualmente para atingir o objetivo dos sujeitos, que era parar de fumar. O grupo possibilitou a troca de experiências e vivências dos sujeitos, fortalecendo-os individualmente e coletivamente, em direção à realização do objetivo de cessar o uso do tabaco. Dessa forma, ao proporcionar dinâmicas de interação e visando o pertencimento daqueles sujeitos ao espaço de tratamento, abriu-se a possibilidade do exercício de autonomia e cidadania dos sujeitos quanto ao próprio processo de busca por uma melhor qualidade de vida, alicerçados pelo conhecimento da equipe que compunha a Comissão.

Percebeu-se, ainda, que os encontros grupais realizados no Programa foram importantes para vincular os usuários a esse serviço, garantindo-lhes um acompanhamento constante em relação à manutenção do tratamento. Atuando de forma interdisciplinar, a equipe possibilitou a atenção integral às necessidades dos usuários, compreendendo que o fenômeno do tabagismo é multifacetado, e que a atual configuração dessa droga na sociedade afeta as relações sociais dos usuários.

Na perspectiva da promoção de saúde, foi possível perceber que os usuários, através do Programa, compreenderam o tabagismo enquanto doença e como a dependência do tabaco é passível de tratamento. Com o processo grupal, ao proporcionar um espaço para a participação ativa dos usuários, foi possível reconhecer os movimentos criados por eles mesmos para a criação de novos hábitos e de uma melhor qualidade de vida, bem como a melhora nas qualidades das relações sociais, visto que o cigarro não se apresenta mais com uma ampla aceitação social.

A vinculação ao estágio no Hospital Ernesto Dornelles contribuiu para a qualificação profissional da acadêmica, agregando conhecimentos sobre a política de saúde no Brasil, bem como das ações para promoção da saúde de dependentes químicos. A inserção em uma equipe interdisciplinar trouxe importantes contribuições para a formação profissional da acadêmica, por meio da troca de saberes e de experiências. Considera-se, portanto, que a formação em Serviço Social proporcionou a superação das impressões superficiais da realidade, estimulando a buscar a essência das relações que se constituem na sociedade

capitalista que, através dos tencionamentos entre o capital e o trabalho, produz e reproduz expressões da questão social.

A ampliação na visão de mundo, sociedade e ser humano, possibilitou a acadêmica o desvendamento das contradições presentes na realidade, bem como “plantou” a inquietude em investigar e analisar possibilidades de transformação dessa realidade contraditória, através de ações norteadas pelo projeto ético-político da profissão. O processo de formação, portanto, agregou importantes contribuições não só sob o ponto de vista acadêmico, mas pessoalmente, ao transformar as percepções da acadêmica enquanto sujeito integrante da realidade, possibilitando o desenvolvimento de uma visão crítica sobre as possibilidades de atuação e o exercício de cidadania, dentro do contexto econômico e social vigente.

REFERÊNCIAS

AFPERGS. Associação dos Funcionários Públicos do Rio Grande do Sul. **Estatuto Social**. Averbado no Cartório de Títulos e Documentos – Pessoas Jurídicas – Serviço de Registros de Porto Alegre, em 18 de fevereiro de 2005, a fls. 090F, sob o nº de ordem 49780, livro A, n 58, de pessoas jurídicas. Porto Alegre, 2005.

AFUBRA. Associação dos Fumicultores do Brasil. Mutualidade. Maiores Produtores Mundiais. **Fumicultura Mundial**. Disponível em: <<http://www.afubra.com.br/>>. Acesso em 11 jun. 2013.

AMARO, Raquel Matiuzzi Stochero. **O Processo de Ajuda em Serviço Social com Mulheres Puérperas no Enfrentamento da Maternidade Frustrada**. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

ARAÚJO, Alberto José de. Tabagismo como Epidemia: O contexto histórico do tabagismo no Brasil e no mundo. In: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

BELLINI, M. I. B.; AGNES, D. I.; SILVA, S. M. Rede de recursos humanos em saúde: os nós constituintes de integralidade em saúde. In: BARROS, A.F.R. (org) et. Al... **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudo e análise**. Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BERTOLLI FILHO, C.. **História da Saúde pública no Brasil**. História em movimento. São Paulo: Ed. Ática S.A, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde** (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011,1) – Brasília: CONASS, 2011a. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2012.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil: promulgada em 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 maio 2013.

BRASIL. **Decreto N° 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no País, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. **Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 30 maio 2013.

BRASIL. **Decreto Nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011.** Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 30 maio 2013.

BRASIL. **Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intra-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília/DF, 1990a.

BRASIL. **Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996.** Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. **Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. **Lei Nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10167.htm>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. **Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 30 maio 2013.

BRASIL. **Lei Nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011.** Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de

24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei Nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 1.035 de 31 de maio de 2004.** Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, com o objetivo de consolidar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1035.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. **Portaria Nº 442 de 13 de Agosto de 2004.** Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.035. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-442.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês; et al (Org). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza, et al., (org). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

BUCHER, Richard. **Drogas e Drogadição no Brasil.** Porto alegre: Artes Médicas. 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2 ed., São Paulo: HUCITEC. 1997.

CARVALHO, Mario Cesar. **O Cigarro.** São Paulo: Publifolha. 2001.

CASTEL. Robert. As armadilhas da exclusão. In: WANDERLEY, Mariângela Belfiori; BÓGUS, Lucia; YAZBEK, Maria Carmelita. **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo: EDUC, 2004.

CAVALCANTE, Tania. Quais os indicadores epidemiológicos do tabagismo no Brasil e no mundo? In: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Legislação e Resoluções sobre o trabalho do/a assistente social**. Conselho Federal de Serviço Social - Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta. Brasília: CFESS, 2011.

CHALOULT T.L. Une Nouvelle Classification des Drogues Toxicomanogènes. **Toxicomanies**. 1971.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

CORRÊA, OC; BARRETO SM; PASSOS VM. **Smoking-attributable mortality and years of potencial life lost in 16 Brazilian capitals 2003**: a prevalence-based study. BMC Public Health. 2009; 26(9):206. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/206>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

DELFINO, Lúcio. **Responsabilidade Civil e tabagismo no código de defesa do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.

DEL OMO, Rosa. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DESER – Departamento de Estudos Socioeconômicos Rurais. **Tabaco**: da produção ao consumo. Uma cadeia de dependência. Curitiba: DESER, 2010.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – **DSM-IV-TR**. 4. Ed. Rev. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1999.

FERNANDES, Florestan. **Nova República?** Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

FERNANDES, Juliana Cardozo (org). Hospital Ernesto Dorneles. Planejamento Estratégico. Perspectiva Médico Assistencial. **Programa de Combate ao Tabagismo**. Porto Alegre, 2010.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 18, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013.

FLEURY, S; OUVENEY, A. M. Política de Saúde, uma Política Social. *In*: GIOVANELLA, L, et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. p. 23-64. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GROSSI, Patrícia; ALMEIDA, Sonia; TAVARES, Fabrício. **Violência de gênero**: Em busca do fortalecimento de mulheres: rotas críticas mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Unisinos, 2007.

GUARESCHI, Pedrinho A.. **Mídia, educação e cidadania**: tudo o que você deve saber sobre mídia. Petrópolis: Vozes, 2005.

HARVEY, David. **O neoliberalismo – história e implicações**. São Paulo: Loyola. 2008.

HED – HOSPITAL HERNESTO DORNELLES. **Planejamento Estratégico**. Porto Alegre, 2011.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: Trabalho e Formação profissional. São Paulo: Cortez, 2008.

JAQUES, Tiago Alves. **Dos usos e abusos do cigarro**: o hábito que se tornou vício. *In*: 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2011, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos da 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. 2011. Disponível em: <<http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos%20usos%20e%20abusos%20do%20cigarro.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

KLEIN, Richard. **Cigarros são Sublimes**: Uma História Cultural de Estilo e Fumaça. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal e lógica dialética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, ed. 6: 1995.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Opas, 2005.

MACHADO, Amon Rheingantz; ARAÚJO, Alberto José de. Qual é o custo do tabagismo ativo? *In*: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et. Al. Perspectivas da Regulação na Saúde Suplementar diante dos Modelos Assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 9, n 2. Rio Janeiro: 2004. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/linhacuidadoSS.pdf> >. Acesso em: 11 jun. 2013.

MARIUZZO, Patrícia. 40 anos do festival que marcou a música e as gerações. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 61, n. 4, 2009. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252009000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2013.

MARQUES, Ana Cecília P. R.; RIBEIRO, Marcelo. **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_doutrina_drogadicao/Guia%20Pratico%20sobre%20%20Uso%20e%20Dependencia%20de%20Drogas.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2013.

MARTINS, Stella Regina; SANTOS, Ubiratan de Paula. Qual é o impacto da fumicultura? Servidão Moderna. In: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ação Global para o Controle do Tabaco**: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3ª Edição. Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção Quadro para o Controle do Tabaco**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/convencao_quadro_texto_oficial.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer**. 2 ed. Ministério da Saúde. 2003. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MIRRA, Antônio Pedro; ROSEMBERG, José; ARAÚJO, Alberto José de. Marcos históricos do controle do tabaco no Brasil. In: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

MONTANO, Carlos. Um projeto para o Serviço Social crítico. **Rev. katálysis**. Florianópolis, v. 9, n. 2, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802006000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2013.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Situações Relacionadas ao Uso Indevido de Drogas nas Escolas Públicas da Cidade de São Paulo:** uma aproximação do universo escolar. São Paulo, 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

OBID – Observatório brasileiro de informações sobre drogas. SENAD. Gabinete de Segurança

Institucional da Presidência da República. **Informações sobre drogas/Definição e histórico.** Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Defini%C3%A7%C3%A3o+e+hist%C3%B3rico>. Acesso em: 1 jun. 2013.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im)previdência social:** 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1986.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em:

<http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: mar. 2012.

SANTANGELO, Caio César Ferrari. **Setor de Saúde Pública versus Indústria do Tabaco:** confronto ideológico entre Organização Mundial da Saúde e *British American Tobacco*/Souza Cruz. Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

VII SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2010. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos10/229_ARTIGO%20SEGET%20OFICIAL.pdf>. Acesso em: 10 jun; 2013.

SANTOS, Camila Bassôa dos. **Análise Reflexiva.** Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012a.

SANTOS, Camila Bassôa dos. **Diário de campo de 01 de março de 2012.** Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012 b.

SANTOS, Camila Bassôa dos. **Diário de Campo de 25 de maio de 2012.** Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na Disciplina Estágio Obrigatório em Serviço Social III, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012 c.

SILVEIRA, E. MENDES, J.M.R. Derrubando Paredes: A construção da Interdisciplinaridade. In: MENDES, J. M. R. PRATES; J. C. AGUINSKY, B. G. (org). **O Sistema Único de Assistência Social:** as contribuições à fundamentação e os desafios à implementação. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

SOUZA, Delma P. O. A questão do uso e abuso de drogas no contexto das políticas sociais brasileiras. **Rev. Educ. Pública.** Cuiabá, v. 5, n. 8, jul./dez. 1996.

SOUZA, M. L.de. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**, São Paulo, Cortez, 1987.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte: UFMG, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 23 maio 2013.

POLONIO, Igor Bastos; AMARAL, Vivian Azevedo do. As melhores Práticas no Aconselhamento do Paciente. Porque o médico deve encorajar e apoiar o paciente a deixar de fumar? Equipe multidisciplinar na abordagem ao fumante. *In*: ARAÚJO, Alberto José de. **Manual de condutas e práticas em tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. (org) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação e Saúde Coletiva, 1989

TENÓRIO, Fernando G. (org). **Gestão de ONGs – Principais Funções Gerenciais**. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2001.

U.S. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction**. A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1988.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, A. M.V. **Intenção- Ação no Trabalho Social: Uma contribuição ao debate sobre a relação Assistente Social-grupo**. São Paulo, Cortez, 1985.

VILLA, Marcelo E. Coca y cocaína: aspectos farmacotológicos. *In*. TOUZÉ, Garaziela. **Saberes y prácticas sobre drogas**. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Federación Internacional de Universidades Católicas, 2006.

WHO - World Health Organization. **Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO memorandum**. Bull World Health Org, 1981.

WHO - World Health Organization. **History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control**, 2009.

WHO - World Health Organization. **Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER packaged**. Geneva; Switzerland: WHO, 2008.

ZIMERMANN, David E. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. IN Material didático elaborado pela professora Idília Fernandes com em agosto de 2010. Trabalhando com Grupo. Resumo do Conteúdo Grupal. PUCRS. 2010.

APÊNDICE A – Instrumento para entrevista semi-estruturada

PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO

1. Dados de Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ D.N.: ____/____/____/Cor: _____ Est.

Civil: _____

Profissão: _____ Escol.: _____

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Est.: _____

Fone: _____ Recado: _____

End.: _____ Fone: _____

2. Breve Histórico do Tabagismo: (desde quando fuma, estrutura familiar, já participou de algum grupo de apoio, já tentou parar sozinho, já usou algum tipo de medicação, a família tem ciência dessa busca por tratamento).

3. O que acha importante na vida? (valores, saúde, família, relacionamentos)

4. Como o fato de fumar influencia os seus valores pessoais?

5. Existe alguma contradição entre o que você acha importante e o fato de fumar?

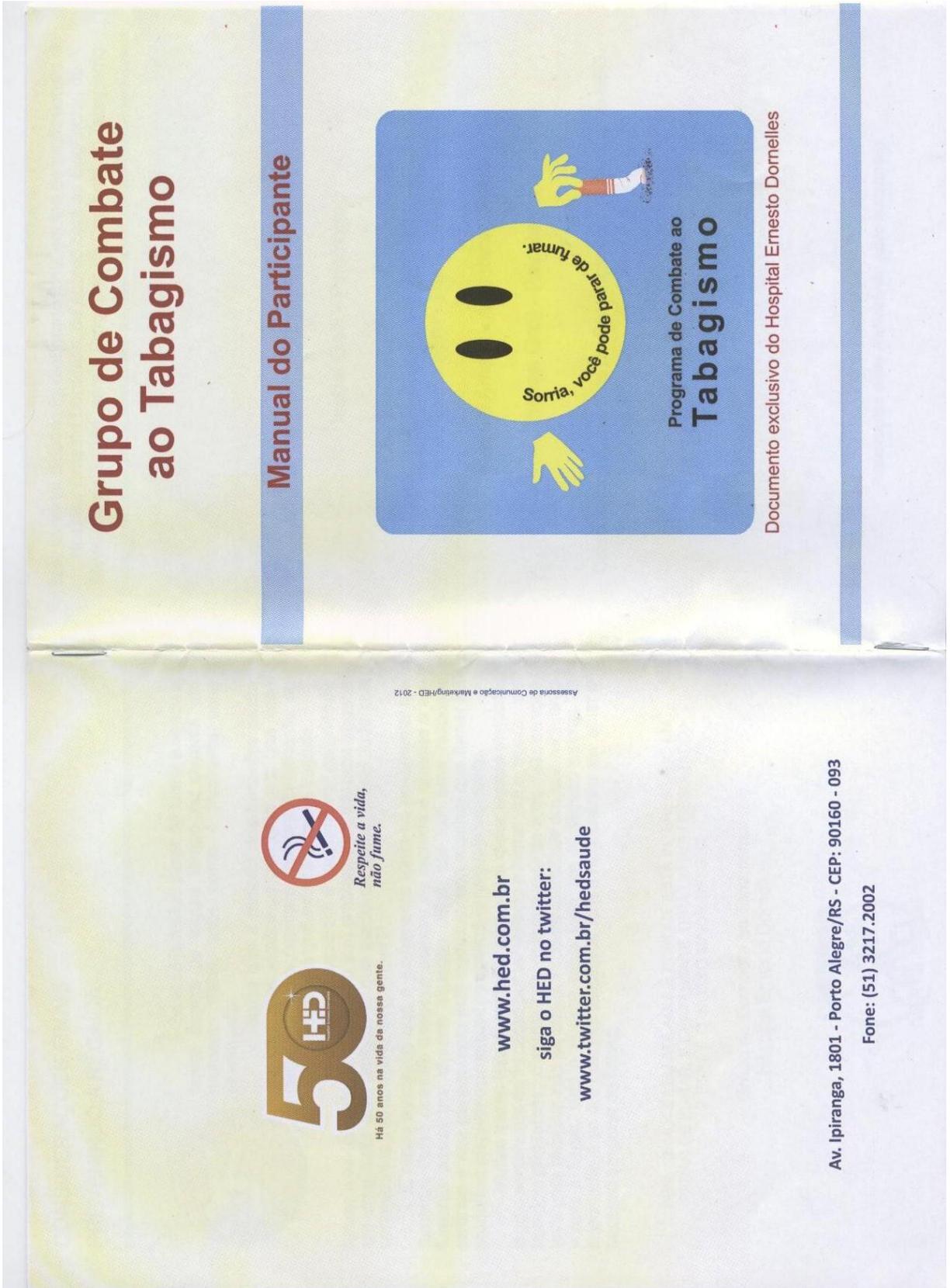
6. Porque seria relevante e importante para você parar de fumar neste momento?

7. Riscos – que riscos existem para você e para os outros agora e no futuro se você continuar fumando? (doenças tabaco-relacionadas)

8. Recompensas: que benefícios você teria parando de fumar? Como se sente? Auto-estima? Fisicamente e socialmente?

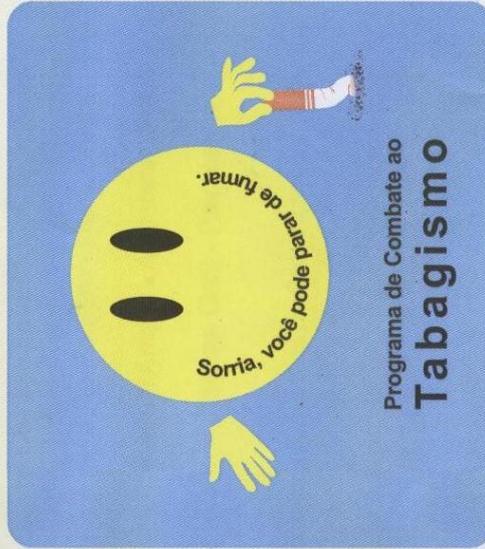
9. Que coisas podem atrapalhar a sua parada (ansioso, sozinho, abstinência)

APÊNDICE B – Manual do Participante



Grupo de Combate ao Tabagismo

Manual do Participante



Programa de Combate ao
Tabagismo

Documento exclusivo do Hospital Ernesto Dornelles



Respeite a vida,
não fume.



Há 50 anos na vida de nossa gente.

www.hed.com.br

siga o HED no twitter:

www.twitter.com.br/hedsaude

Av. Ipiranga, 1801 - Porto Alegre/RS - CEP: 90160 - 093

Fone: (51) 3217.2002

Assessoria de Comunicação e Marketing/HED - 2012

I - CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO GRUPO

(Serviço Social)



Sabemos que o consumo do cigarro na sociedade sofreu uma forte influência da mídia, através de propagandas que vinculavam o cigarro a imagens de beleza, sucesso e liberdade. Estas associações contribuíram para que as pessoas considerassem aceitável e até mesmo positivo o hábito de fumar.

Este cenário vem se modificando desde que o governo lançou o *Programa Nacional para o Controle do Tabagismo*, voltando-se para a proibição da propaganda, restrições ao fumo em locais públicos, dentre outras atividades.

A Comissão de Combate ao Tabagismo do Hospital Ernesto Dornelles visa tornar o hospital uma instituição livre do tabaco, oferecendo este espaço para tratamento ao tabagismo.

Você está ingressando agora em um trabalho que acontece em grupo!

Cada grupo que se forma tem características próprias, e para nos conhecermos e desenvolvermos a identidade do grupo que está iniciando, é importante que todos possam se ouvir, discutir e considerar novas estratégias que, no dia-a-dia, não conseguiríamos enxergar.

Ressaltamos ser essencial, para que estes momentos sejam bem aproveitados, que todos se sintam ouvidos e participantes deste processo, trazendo suas vivências a fim de que juntos possamos construir e traçar um caminho sem a companhia do cigarro.

Nossas opiniões são embasadas nas diferentes experiências, formações e pontos de vista. A contribuição está justamente na diversidade, sendo a sua participação fundamental para a formação da identidade deste grupo!



02

Contrato da equipe com o grupo:

A Comissão de Combate ao Tabagismo vem incentivar a participação de todos, abrindo espaço para questões, depoimentos, respeitando as características individuais de cada participante.

Procuraremos garantir que as atividades ocorram nos horários determinados, bem como favorecer um clima amistoso e harmônico para os encontros do grupo. Sintam-se à vontade para dirigir a palavra aos profissionais quando surgir algum questionamento.

O grupo é feito por VOCÊ, e NÓS, como equipe, estamos aqui para apoiá-los!



Considerações do Contrato de Convivência:

• O grupo terá um total de cinco encontros, sendo tolerada somente uma falta para não prejudicar o tratamento do participante.

- Importante sempre ter em mãos este manual, a fim de que você possa se organizar com questões para trazer para a equipe, acompanhar os encontros e também para realizar as tarefas sugeridas pelos profissionais.



Dê a si mesmo quantas chances forem necessárias até atingir o seu objetivo. Aproveite este espaço e a presença das profissionais para auxiliá-lo neste processo, conhecendo melhor os obstáculos que irão surgir podendo assim lhe fortalecer na busca por uma melhor qualidade de vida.

PARABÉNS! O CIGARRO É UM DOS MAIORES INIMIGOS DA SUA SAÚDE E VOCÊ JÁ DEU O PRIMEIRO PASSO PARA UMA VIDA SEM FUMO!



03

TAREFA DA SEMANA:

Para prever problemas



No primeiro dia o maior problema será _____



A solução é _____



Na primeira semana o maior problema será _____



A solução é _____



Outros problemas na primeira semana serão _____



A solução é _____

104

II - ENTENDER PORQUE SE FUMA E COMO ISSO AFETA A SAÚDE (Psicologia)



A nicotina é uma substância presente no cigarro responsável pela dependência física. Se você sente uma necessidade intensa de fumar e não consegue passar algumas horas sem o cigarro, você está fisicamente dependente de nicotina. Isso significa que seu corpo transmite sinais e sintomas quando você fica um período sem fumar.

A nicotina presente no cigarro é uma droga e seu poder de vício é comparado ao de outras drogas como a cocaína e a heroína.

O cigarro também causa dependência psicológica e costuma estar ligado a função que exerce na vida do fumante. Muitas pessoas relatam sentirem-se mais relaxadas quando fumam, outras referem que o cigarro é um companheiro e muitos ainda usam o cigarro quando estão no meio social, festas, comemorações, encontro com os amigos, etc. É como se o cigarro fosse um substituto das emoções: "fumo quando estou feliz"; "fumo para relaxar"; "fumo para me concentrar"; e assim por diante. O que começa a acontecer é que o cigarro passa a fazer parte da vida do sujeito, parecendo difícil separar-se dele.

PEÇA DIVÓRCIO DO CIGARRO



Em primeiro lugar, reflita se você realmente quer parar de fumar. A indecisão neste momento é comum, o fumante tende a ficar ambivalente, quer parar de fumar, mas sente medo de fracassar ou de perder o companheiro de tanto tempo.

Se você quer dar um novo rumo a sua vida, lembre-se que não é necessário apenas se divorciar do cigarro, mas também melhorar a qualidade de vida como um todo. Para isso, você precisa mudar seus hábitos e sua rotina. Inicie essas relações comportamentais.

Você quer parar de fumar, mas sente medo ou insegurança? Não se preocupe: isso é comum, você está ambivalente. Mas lembre-se de que uma decisão nem sempre é fácil e, neste caso, só depende de você.

05

ANEXO A – Ficha de inscrição

**PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO****IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: () F () M Data Nasc.: ___/___/___

Endereço residencial _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel.: _____ Ramal: _____

Horário de trabalho: _____ Cargo/Setor: _____

Estado Civil: _____ Escolaridade : _____

Renda Familiar: _____

Profissão: _____

Contato para recados: _____

DADOS DE ENCAMINHAMENTO

- () Procura voluntária () Médico / Clínica particular
 () Amigo/Colega de trabalho () Palestra do HED () Outros _____

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

Fuma quantos cigarros ao dia: _____ Desde _____ anos

Em quais das situações o cigarro está associado no dia-a-dia? **(pode escolher várias)**

- () Falar no telefone () Após refeições () Bebidas alcoólicas
 () Com café () No trabalho () Ansiedade
 () Tristeza () Ver outros fumando () Chimarrão
 () Alegria () _____ () _____

Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: **(pode escolher várias)**

- Fumar é um grande prazer () Sim () Não () Às vezes
 Fumar é muito saboroso () Sim () Não () Às vezes
 O cigarro te acalma () Sim () Não () Às vezes
 Acha charmoso fumar () Sim () Não () Às vezes
 Fumar emagrece () Sim () Não () Às vezes
 Ter alguma coisa nas mãos () Sim () Não () Às vezes
 Outras _____

Por que você quer deixar de fumar agora? **(pode escolher várias)**

- () Motivo de doença pessoal () Preocupação com saúde no futuro
 () Bem-estar da família () Não gosto de ser dependente
 () Fumar é anti-social () Mal exemplo para as crianças
 () Custo com cigarro () Restrições de fumar em ambientes públicos ou trabalho

MOTIVAÇÃO PRINCIPAL: _____

Você encontra-se, no momento, em alguma dessas situações:

() Perda ente querido () Separação () Doença grave na família

() Aposentadoria () Desemprego () _____

Assinatura: _____ **Data:** __/__/____

Recebido por: _____

ANEXO B – Contrato de Convivência
PROGRAMA DE TRATAMENTO AO TABAGISMO

Contrato de Convivência

Antes de qualquer coisa, Parabéns! Se você veio até aqui, para procurar apoio nesta difícil tarefa que é parar de fumar, você deu um importante passo. Temos algumas combinações sem as quais não podemos seguir adiante.

Leia com bastante atenção:

- 1 Nossos encontros serão sempre uma vez por semana com duração de uma hora e meia. O início está previsto para às dez e meia (10h30min) e após quinze (15) minutos de atraso não será permitida a entrada na reunião;
- 2 Você está ingressando num programa que consiste de cinco (5) encontros (todos na sexta-feira) e caso falte mais de uma vez o seu programa ficará incompleto, tendo, então, a possibilidade de reingressar na lista de espera novamente;
- 3 A continuidade do tratamento será realizada em encontros mensais (um encontro por mês), pelo período de 12 meses (um ano);
- 4 Além das reuniões, você está assumindo o compromisso de marcar e comparecer na consulta clínica com o (a) médico (a) pneumologista;
- 5 A cada reunião será fornecido material educativo que deverá ser lido antes do próximo encontro;
- 6 Caso julgue necessário, estaremos fornecendo declaração de comparecimento a cada encontro ou consulta;
- 7 Você está assumindo um compromisso de sigilo com todos os componentes de seu grupo, ou seja, o que é falado no grupo não deve ser comentado com outras pessoas;
- 8 Para o bom andamento solicitamos que bips, celulares ou outros aparelhos sejam sempre desligados no período em que estiverem no grupo;
- 9 Autorizo a divulgação dos dados coletados por este instrumento para fins estritamente científicos.

Se você concorda com estas combinações, assine abaixo, coloque a data e SEJA BEM-VINDO!

Assinatura do Participante / Data

Atenciosamente,

Equipe do Programa de Combate ao Tabagismo/HED.