

Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde e a Política Nacional de Controle do Tabaco: uma aproximação necessária

Erica Cavalcanti¹ (Orcid: 0000-0001-8380-241X) (cavalcantir.eric@gmail.com)

Lucas Manoel da Silva Cabral² (Orcid: 0000-0001-6144-8050) (admlucascabral@gmail.com)

Vera Lúcia Gomes Borges¹ (Orcid: 0000-0003-4822-4110) (vborges@inca.gov.br)

Maria Raquel Fernandes Silva¹ (Orcid: 0000-0003-3392-4827) (mraquel@inca.gov.br)

¹ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

² Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: As doenças relacionadas ao tabaco sobrecarregam todo o sistema público de saúde, nos três níveis de governança: municipal, estadual e federal. A inserção do tema do controle de tabaco nas Secretarias de Saúde estaduais e municipais é histórica, estando presente desde os debates iniciais sobre os danos sanitários, sociais, econômicos e ambientais que o tabagismo gera à população brasileira como um ciclo de doenças, pobreza e mortes precoces. Este artigo tem como proposta apresentar a importância da articulação da Política Nacional de Controle do Tabaco com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, dado o papel que essas instâncias desempenham no Sistema Único de Saúde e as contribuições que poderão somar à Política de Controle de Tabaco no Brasil, com seus constantes desafios para avançar na redução de mortes e adoecimentos causados pelos produtos de tabaco.

► **Palavras-chave:** COSEMS. PNCT Tabagismo.

Recebido em: 06/03/2023

Aprovado em: 18/05/2023

Revisado em: 23/06/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333SP102.pt>

Editora responsável: Jane Russo

Pareceristas: Renata Ferreira dos Santos e Vinícius Azevedo Machado

Introdução

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens no mundo e no Brasil, e essa constatação provavelmente está vinculada à forma como seu consumo se insere na sociedade. A facilitação na obtenção do produto, o preço baixo, a promoção e a publicidade (apesar das legislações proibitivas vigentes), que associam o produto a imagens de beleza, sucesso, liberdade, poder e outros atributos, desejados sobretudo pelos jovens, acabam por criar uma imagem positiva do comportamento de fumar, estimulando que cerca de 90% dos usuários comecem a fazê-lo até os 19 anos de idade. E hoje há, ainda, o desafio de produtos novos de tabaco circulando em nossa sociedade, como os cigarros eletrônicos (WHO, 2019).

Desta forma, fica claro que o controle do tabagismo é um fenômeno que envolve questões que não se limitam ao indivíduo usuário. Há de se admitir que é um problema resultante de todo um contexto social, político, econômico que historicamente estimula a começar a fumar e ao mesmo tempo dificulta a cessação de fumar naqueles já iniciados. Exige, portanto, a abordagem de um contexto maior.

Todos esses aspectos reforçam a lógica implementada no início da política de controle do tabaco no Brasil, a partir da década de 1980, composta de programas de prevenção, tratamento para cessação, além de normativas legais, econômicas, de comunicação, dentre outras, avaliadas como exitosas. Sem dúvida, isso trouxe em sua essência a articulação de vários segmentos governamentais e não governamentais, elementos considerados fundamentais, dado que o enfrentamento desse grave problema de saúde deve envolver a sociedade como um todo (CAMPOS, 2015; CAMPOS *et al.*, 2021).

A inserção do tema do controle de tabaco nas Secretarias de Saúde estaduais e municipais é histórica, estando presente desde os debates iniciais sobre os danos sanitários, sociais, econômicos e ambientais que o tabagismo gera à população brasileira, como um ciclo de doenças, pobreza e mortes precoces. As doenças relacionadas ao tabaco sobrecarregam todo o sistema público de saúde nos três níveis de governança: municipal, estadual e federal.

No campo da saúde, é essencial que os programas sejam bem estruturados para atender às expectativas de conscientização e motivação para mudanças positivas de comportamento. Isso ocorre porque esses programas têm contato direto com a população e possuem um poder de influência significativo sobre a comunidade.

Portanto, é importante que eles sejam adequadamente orientados pelas demais instâncias, a fim de alcançar as mudanças necessárias.

O Instituto Nacional de Câncer, desde a década de 1980, articula e desenvolve ações de controle de tabaco de forma transversal e intersetorial com Secretarias estaduais e municipais de Saúde, organizações governamentais e não governamentais, e universidades em todo o território nacional. Essas ações são norteadas pela lógica do SUS, pelo INCA, de forma descentralizada nos 26 estados e Unidade Federativa, através da Rede de Coordenadores Estaduais do Programa Nacional de Controle de Tabaco. Gestores e técnicos são orientados, treinados e habilitados, com metodologia específica desse programa, a executar ações de prevenção, legislativas, econômicas e políticas em seus estados, multiplicando o conhecimento em sua rede local (BERTONI; SZKLO, 2021).

Assim, ao terem início as visitas técnicas aos estados de Tocantins, Goiás, Paraíba, Rio de Janeiro e Paraná, no âmbito do projeto piloto "Aprimoramento da Política Nacional de Tabaco: 2020-2022", visando fortalecer e ampliar as ações da Política Nacional de Controle de Tabaco (PNCT), considerou-se estratégico incluir nessas visitas os COSEMS dos respectivos estados, buscando resgatar e alinhar a participação desse importante órgão representativo, técnico e político no PNCT.

A proposta deste artigo é apresentar a importância da articulação da Política Nacional de Controle do Tabaco com os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, dado o papel que essas instâncias desempenham no Sistema Único de Saúde e as contribuições que poderão somar à Política de Controle de Tabaco no Brasil, com seus constantes desafios para avançar na redução de mortes e adoecimentos causados pelos produtos de tabaco.¹

CONASS, CONASEMS, COSEMS, Rede Colaborativa (apoio regional) e INCA: construção de uma rede articulada

A seguir, apresentamos inicialmente um resgate histórico dos conselhos de representação, tanto estaduais como municipais, com maior destaque para estes últimos. Para finalizar, analisamos os COSEMS como atores importantes para o fortalecimento do PNCT.

Os Conselhos de Representação dos Secretários de Saúde *CONASS*

Constituído em fevereiro de 1982, o CONASS nasceu a partir da necessidade de os secretários estaduais de Saúde unirem forças para aumentar sua representatividade e poder de negociação junto ao governo federal na definição de políticas públicas de saúde no Brasil. O conjunto das secretarias estaduais de Saúde e do Distrito Federal (DF) tornou-se, assim, mais ativo no processo de reforma da saúde, em uma conjuntura de abertura política e de redemocratização do país (CONASS, 2011).

Apesar de ter sido criado no início da década de 1980, Noronha (2001) e Lima e Machado (2014) afirmam que foi ao longo da década de 1990, lutando por recursos estáveis para o SUS e para a ampliação do processo de gestão do sistema de saúde brasileiro, que esse conselho se firmou como entidade representativa de gestores.

Segundo seu estatuto, o CONASS é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, congregando os secretários de estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Saúde dos estados e do DF. Com sede e foro em Brasília, o mesmo deve prestar assessoramento técnico às secretarias de Saúde dos estados e do DF em assuntos ligados à gestão do sistema de saúde; vocalizar para a sociedade as posições técnicas e políticas das secretarias de Saúde dos estados e do DF, além de promover a capacitação e a pesquisa científica para o aprimoramento do SUS (CONASS, 2017).

CONASEMS

O CONASEMS é a entidade que representa os municípios – em âmbito nacional – nas instâncias do SUS, sendo importante ator político no processo de construção e pactuação das políticas de saúde em nosso país. Sua origem, assim como a do CONASS, também é anterior ao SUS e pode ser definida a partir dos encontros anuais realizados pela entidade a partir do ano de 1984. Em 1988, esses encontros passaram a ser organizados na forma de congresso e, no mesmo ano, na cidade de Olinda-PE, foi eleita sua primeira diretoria (CONASEMS, 2008).

As Cartas de seus encontros e congressos refletem a posição política dos gestores municipais nos diferentes momentos do SUS, recebem o nome do município onde acontecem os eventos e encontram-se disponíveis para consulta na página eletrônica da instituição. Destacamos aqui a “Carta do Rio de Janeiro”, fruto do XII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em julho de 1996, cujo

tema foi “Municipalização: caminho de um novo modelo para qualidade de vida”, organizado em parceria entre CONASEMS e COSEMS RJ.

Quanto aos órgãos de direção e administração da entidade, seu estatuto define: assembleia geral, Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES), Diretoria Executiva Nacional e Conselho Fiscal. Suas atividades compreendem reuniões, seminários, congressos, estudos, pesquisas, prestação de serviços, capacitação e educação permanente e continuada de pessoal, informações, participação em órgãos colegiados públicos e privados, assistência técnica e cooperação interinstitucional, com órgãos e entidades governamentais e não governamentais que atuam na área da saúde ou em áreas correlatas, com ou sem fins lucrativos, nacionais e internacionais.

COSEMS

Ainda no estatuto do CONASEMS, é feita menção aos COSEMS, que são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de assuntos referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos. Desta forma, é correto afirmar que em cada unidade federativa do Brasil existem representações estaduais dos secretários municipais de Saúde.

Para Lima (2013), os conselhos de representação dos gestores municipais de Saúde são importantes espaços de articulação política e aprendizado para as Secretarias de Saúde, especialmente aquelas de menor porte, com piores condições administrativas.

A primeira norma a mencionar os COSEMS foi a Norma Operacional Básica (NOB/92), cujo texto, no capítulo que trata do financiamento das atividades hospitalares, delega poderes aos COSEMS, ainda que para autorizar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, a distribuição das autorizações de internações hospitalares. Já a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93), embora não defina substancialmente atribuições aos COSEMS, deixa clara a competência do mesmo como órgão representante dos Secretários municipais de Saúde na composição das Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Tal fato é confirmado por Levcovitz, Lima e Machado (2001), quando afirmam que a CIB garante a participação da representação dos municípios para que, junto com o estado, tomem decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa do conjunto de serviços de saúde, tornando assim, uma negociação “bigestora”.

Quanto à NOB/96, Silva (2014) defende que a mesma menciona expressamente os COSEMS como representantes dos secretários municipais de Saúde nas respectivas CIBs. A Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2002 (NOAS/2002) também confirma a importância dos COSEMS, ao exigir a assinatura do presidente do órgão no Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, juntamente com o Secretário de estado de Saúde.

Para Levcovitz, Lima e Machado (2001), as normas operacionais básicas dos anos 90 consolidaram espaços de negociações intergestores (CIT e CIB) como fóruns de operacionalização das políticas, programas e projetos nacionais, pois essas instâncias criam regras e instrumentos necessários aos relacionamentos entre as esferas de governo para organização e funcionamento do sistema de saúde. Neste sentido, considerando o COSEMS como membro da CIB, podemos entender que sua importância passa a ser reconhecida no âmbito da gestão do SUS.

Apesar de sua existência declarada em diversas normativas do SUS, somente com a edição da Lei n. 12466, de 24 de agosto de 2011, os COSEMS foram legalmente institucionalizados. A referida lei acrescenta dois artigos (14-A e 14-B) à Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestores do SUS, o CONASS, o CONASEMS e suas respectivas composições.

Rede Colaborativa do CONASEMS / COSEMS: apoio regional

Antes de abordarmos aspectos inerentes às práticas do apoio institucional nos processos envolvendo a agenda dos gestores municipais, no que concerne à regionalização da saúde, cabe um apontamento sobre o ambiente jurídico-político ocupado por esses atores. No caso do Brasil, trata-se de um espaço federativo trino onde os gestores federais, estaduais e municipais convivem, ou pelo menos buscam conviver, pautados por uma organização descentralizada, cujas relações intergovernamentais podem ser competitivas ou cooperativas, onde o conflito e a negociação são constantes, particularmente no que tange a efetivação e implementação de políticas públicas.

Nesse contexto, o federalismo pode ser definido como a distribuição territorial do poder que se encontra em mais de uma esfera de governo, envolvendo um conjunto de instituições políticas que dão forma à combinação de dois princípios: autogoverno e governo compartilhado. Preconiza a existência simultânea da União (poder central) e da não centralização (ou do governo descentralizado), promovendo

a unificação de múltiplas identidades, admitindo com isso um amplo espectro para o exercício do poder pelos governos nacional e subnacionais (ALMEIDA, 2001, LIMA *et al.*, 2010; LIMA, 2012).

A Constituição Federal de 1988 desenhou uma federação descentralizada, redefinindo competências e atribuições das três esferas, no que tange ao desenvolvimento e implementação de políticas sociais, como fica explicitado no Art 23/CF-88, das competências comuns de União, Estados e Municípios, incisos II e XII, e no Art 24/CF-88 inciso XII, das competências concorrentes. Tal fato leva alguns autores considerarem que esse arranjo federativo é responsável, em parte, pela pouca eficácia das ações, pois as responsabilidades não ficam claras e delimitadas; em alguns casos, o ente governamental não possui capacidade financeira ou estrutural para cumprir com sua função (BRASIL, 1988).

A gestão dos sistemas de saúde no Brasil apresenta-se como uma tarefa desafiadora e, em que pese a ampliação da oferta de serviços, a mesma está distante das necessidades impostas pela construção de uma rede contínua de cuidados integrais, os quais são indispensáveis para qualificar e orientar as etapas da atenção e, conseqüentemente, otimizar a utilização dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários (MERHY *et al.*, 2003; SANTOS, 2007).

Verificamos que muitos desafios para a consolidação de um SUS descentralizado e regionalizado se apresentam no cotidiano da gestão, em que a tarefa de suprir demandas de saúde vinculadas às necessidades da população é uma constante das temáticas debatidas por gestores do SUS. Assim, torna-se necessário estimular e investir nas agendas intergovernamentais, considerando as diferenças e diversidade sociais, econômicas e políticas em cada espaço-região do país.

Tendo em vista o exposto, destaca-se o papel do apoio institucional, que se configura como um modo de fomentar a gestão participativa, entendida como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho (BRASIL, 2009).

Cabe destacar que o apoio institucional em saúde se apresenta como um dispositivo de reorientação do modelo de atenção e gestão por vários autores, em que o(a) apoiador(a) se vale da problematização para avaliar as práticas tanto de gestores como de trabalhadores, alinhando-se com as políticas de Educação Permanente e de Humanização (CECIM, 2005; CECÍLIO, 2009; SANTOS, 2007; PAIXÃO; TAVARES, 2014).

No que tange ao apoio institucional voltado para os processos e modelos de gestão das organizações, o mesmo possibilita oferecer retaguarda assistencial especializada, suporte técnico-pedagógico para equipes e profissionais encarregados da atenção aos problemas de saúde, funcionando como um dispositivo de apoio e fortalecimento da capacidade de governo sobre o sistema de saúde nos âmbitos estadual e municipal (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2012).

O apoio tem uma função gerencial que traz uma reformulação da forma tradicional de coordenar, planejar, realizar supervisões e avaliações em saúde, tendo em vista o apoiador fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações, articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão, promovendo rupturas dos modelos de gestão baseados na intervenção autoritária, ajudando na análise da instituição e na busca de novos modos de operar e produzir das organizações (BRASIL, 2009; CAMPOS, 2003). A proposta do apoio institucional se destaca como um processo de reorientação de práticas verticalizadas de gestão dos serviços de saúde, valendo-se, para tanto, do exercício do diálogo horizontal pautado pela corresponsabilização na gestão das propostas para a qualificação do trabalho em saúde (PAIXÃO; TAVARES, 2014).

O apoio como práxis caracteriza-se para além de uma tecnologia ou uma ferramenta, constituindo um método dialético que também pode ser empregado na cogestão de relações interprofissionais estabelecidas (apoio matricial), na relação clínica (compartilhada entre profissionais e usuários) e em projetos de educação em saúde comunitários ou de saúde pública. No entanto, é a aplicação metodológica do apoio institucional à gestão e o apoio matricial a equipes da atenção que têm se destacado com maior valorização no SUS (PEREIRA; CAMPOS, 2014).

Nesse contexto, as ações de apoio institucional devem fomentar o desenvolvimento de espaços coletivos, ampliando processos de diálogo, reflexão e análise das práticas de cuidado e de gestão, favorecendo a produção de consensos entre equipes gestoras, trabalhadores e usuários, permitindo a construção de novas práticas e de um processo de corresponsabilização coletiva voltados para fomentar mudanças institucionais.

Sendo assim, o(a) apoiador(a) institucional destaca-se como um sujeito capaz de promover organização da gestão e dos processos de trabalho, na construção de espaços coletivos, no quais os grupos analisam, definem e elaboram projetos de intervenção. A agenda desse ator estratégico envolve uma trílice tarefa – ativar coletivos, conectar

redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das políticas de saúde (CAMPOS, 2006).

Cabe destacar que o(a) apoiador(a) tem o papel de acionar e utilizar dispositivos capazes de promover a análise dos processos de trabalhos, buscando formas de produzir conhecimento, no ambiente da gestão e dos serviços. Para tanto, lança mão da realização de oficinas de trabalho, atividades de formação, matriciamento de agendas, dentre outros (BARROS, 2011).

Desse modo, o apoio institucional articula atores estratégicos, possibilitando uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho e das práticas de gestão, para assegurar o cuidado e a ampliação/renovação das tecnologias envolvidas na atenção, fortalecendo práticas que ampliam aspectos inerentes à implantação das redes de cuidado, objetivando fomentar e acompanhar processos de mudanças nas organizações (GARCIA, 2016; MERHY, 2003).

Destacadamente, a proposta do apoio traz aspectos vinculados ao acompanhamento, condução e avaliação das ações em saúde de forma compartilhada com participação das equipes de saúde, dos gestores, para construir diálogos com os usuários, possibilitando a (des)construção e (re)construção de processos. Tem por objetivo a provocação sobre as formas de reorientar o modelo de atenção à saúde, visando melhorar a capacidade de resposta assistencial e gerencial dos serviços.

Um dos caminhos para a efetivação desses processos vem sendo trabalhado pelos Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) (PINHEIRO *et al.*, 2014, p. 56).

Embasado nas ideias de Campos (2006), o Cosems RJ construiu um modelo de apoio para os gestores, municipais de saúde, tanto para a gestão em seus próprios municípios quanto para fortalecer as relações interfederativas que se impõem no espaço de governança regional. O apoio configura-se, dessa forma, também como estratégia para instrumentalização do gestor municipal, contribuindo para a qualificação da sua atuação nos espaços de interlocução bipartite.

Segundo os autores, o apoio regional é uma estratégia de cogestão em municípios de situações socio sanitárias semelhantes, que se dá nos espaços de pactuação regional – atualmente, as CIRs, que são espaços coletivos de gestão, de ampliar a discussão sobre as carências da saúde pública de cada município para um nível regional, onde suas soluções possam ser entendidas e buscadas como metas comuns à

integralidade dos municípios envolvidos e dos outros entes federados, utilizando para isso vantagens inerentes a eles e avanços adquiridos individualmente (PINHEIRO *et al.*, 2014). Sendo assim, destacam-se os mecanismos de trabalho dessa estratégia de apoio regional, que incluem o acompanhamento e a instrumentalização do gestor municipal, a criação de ferramentas que permitam a quantificação, comparação e projeção de resultados positivos para a saúde da região e a existência de um ou mais agentes que promovam e intermediem a estratégia de apoio.

Nessa perspectiva, o(a) apoiador(a) precisa identificar as necessidades de saúde para as quais precisam ser pensadas soluções por meio de ações articuladas, a interação população-serviços no nível localregional, o desenvolvimento do mapeamento das condições da gestão e da situação de saúde da população, dentre outros, contribuindo assim para encontrar condições adequadas de intervenção no enfrentamento de um conjunto considerável de problemas de saúde.

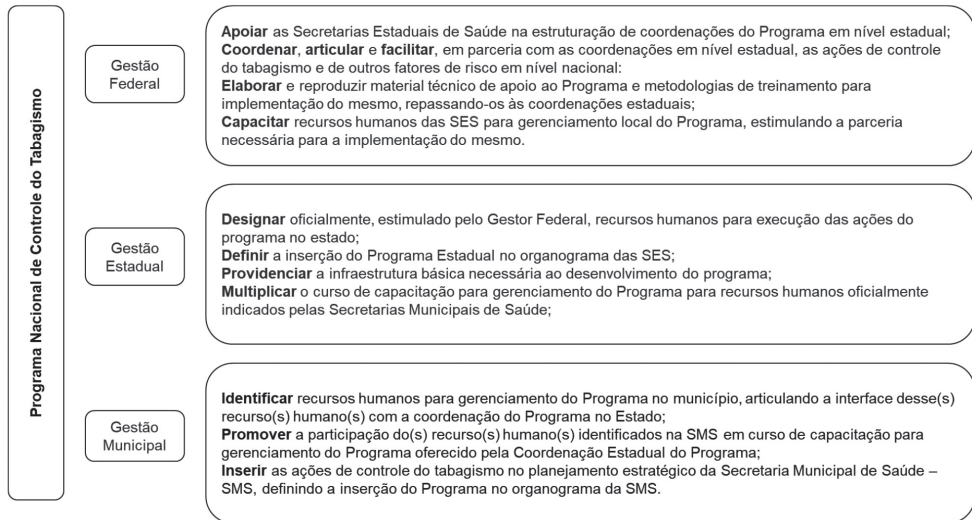
O(a) apoiador(a) mergulha nesse espaço de disputa, procurando criar espaços de encontro que favoreçam o diálogo e a pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre esses e os usuários – tanto incidindo sobre a organização dos processos de trabalho, como sobre a produção do cuidado em si. Neste sentido, o trabalho do apoiador não se configura como uma prática puramente técnica e nem dependente exclusivamente do núcleo profissional, mas sim como prática relacional, acionando tecnologias relacionais, em uma produção intensamente micropolítica (BRASIL, 2021).

Rede de Coordenadores Estaduais do PNCT

A dimensão do Brasil e as diferenças regionais envolvendo ângulos socioeconômicos e culturais exigem, para o controle do tabaco, estratégias para a descentralização das ações obedecendo à lógica do SUS. Um passo decisivo nessa constatação foi o fortalecimento de uma base geopolítica, através da qual se articula uma rede de núcleos gerenciais nas secretarias de Saúde estaduais, regionais e municipais, para expansão das ações de forma equitativa em todo o país.

A atuação através de gerência descentralizada no âmbito do SUS permite a criação de uma rede de informações e de implementação de ações para o controle do tabagismo e de outros fatores de risco, com atribuições de competências distribuídas pelas gestões em diferenciados níveis. Algumas de suas responsabilidades são apresentadas a seguir, na Figura 1.

Figura 1. Responsabilidade dos três entes da federação no âmbito do Programa Nacional de Controle do Tabagismo



Fonte: Elaboração dos autores.

A Rede de Coordenadores Estaduais de Controle de Tabaco foi há décadas construída e até hoje é mantida pelo Instituto Nacional de Câncer nos 26 estados e Distrito Federal. Tem por objetivo disseminar e transversalizar, em todo território nacional, o PNCT, estruturado em eixos de ações de prevenção, legislativas, econômicas, políticas e de comunicação de controle e tabaco, para que houvesse, na época, um norteamento e uma nivelção de conhecimento e execução coordenada de ações, devido ao avanço das doenças relacionadas ao tabaco no país.

Cada estado brasileiro tem um coordenador, e muitos conseguem estruturar uma equipe técnica para executar as ações preconizadas pelo PNCT, respeitando as características regionais e a autonomia que recebem da cadeia hierárquica da Secretaria estadual de Saúde. Para que possa implantar o PNCT em toda região e sob a lógica do modelo do SUS, o coordenador de tabagismo irá se reportar às referências técnicas dos municípios para controle de tabaco, habilitando, capacitando e treinando esses pontos focais para que todas as ações sejam expandidas em seu território.

Essa metodologia e as diretrizes propostas em todo Brasil tiveram como resultado a redução da prevalência do tabagismo, que ocorreu de forma vertiginosa

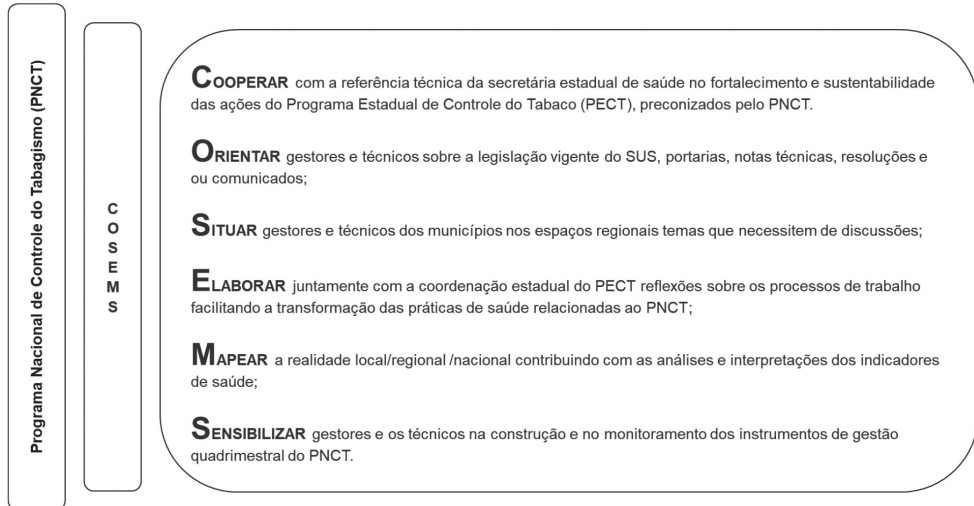
no período de 1989 a 2019 – de 38% para 12%. Contribuíram para esse cenário os avanços em leis específicas como proteção da poluição tabagista ambiental, de proteção a saúde do agricultor familiar plantador de fumo, taxaço, prevenção, cessação, dentre outras (IBGE, 2019).

Entretanto, hoje existem inúmeros desafios, como os cigarros eletrônicos (DEFs), as estratégias de marketing e divulgação de mídia dos novos produtos de tabaco em redes sociais, o preço do produto comercializado, impostos dos produtos do tabaco, a fácil acessibilidade e vulnerabilidade das crianças e adolescentes a essas mercadorias, além da grande interferência dos representantes da indústria do tabaco na Política de Saúde Pública de Controle de Tabaco.

Todos os fatos mencionados acima mostram que o envolvimento dos órgãos representativos dos secretários municipais e estaduais de Saúde são fundamentais, demandando preservar e resguardar as conquistas da PNCT, como também se faz necessário revigorar, debater e avançar em propostas e ações coletivas de interesse a saúde da população.

Há de se dimensionar, também, os gastos que oneram as secretarias de Saúde com tratamento e internação por doenças que poderiam ser evitadas, como aquelas relacionadas ao tabaco, assim como salvaguardando os gestores de saúde, que têm como desafio equilibrar os recursos das contas públicas que estão sempre sobrecarregadas para aproveitar com outras prioridades do SUS. Sendo assim, elaboramos, a partir do acrônimo de COSEMS (Figura 2), propostas de ações que poderiam ser desenvolvidas pelos apoiadores regionais nas instâncias de governança do SUS, tais como Comissão Intergestores Regional (CIR), Câmara Técnica da CIR; Grupos de Trabalho de Atenção Básica, Planejamento e outros, com o objetivo de fortalecer o PNCT e garantir sua sustentabilidade em nível local (município e regiões de saúde):

Figura 2. Proposta de articulação das ações desenvolvidas pelos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)



Fonte: Elaboração dos autores.

Considerações finais

Com base nas visitas ocorridas nos COSEMS dos estados selecionados para participar do projeto piloto, foi possível construir essa interface fundamental para unirmos forças, potencialidades e traçar estratégias de ações coordenadas para enfrentar os novos desafios que contrapõem a Política Nacional de Controle de Tabaco.

Neste sentido, a aproximação e a parceria entre os órgãos representativos dos gestores do SUS agregariam valor para ambas as organizações, com gestores municipais e estaduais qualificados sobre os temas relacionados ao tabaco podendo estabelecer e executar ações coordenadas de forma ágil e específica, protegendo a saúde da população. Essa articulação favorece possíveis necessidades de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Estaduais (CIB) e Federal (CIT), instâncias que, uma vez efetivadas, fortalecerão significativamente a política voltada para o controle do produto, atendendo ao seu objetivo maior que é reduzir adoecimentos e mortes causadas pelo consumo de tabaco.²

Referências

- ALMEIDA, M. H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: ideias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*. São Paulo, n. 51, p. 13-34, 2001.
- BARROS, M. E. B.; GUEDES, R. C.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiências em um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4.803-4.814, 2011.
- BERTONI, N.; SZKLO, A. S. Dispositivos eletrônicos para fumar nas capitais brasileiras: prevalência, perfil de uso e implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, e00261920, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia da Estratégia Apoiador COSEMS-CONASEMS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer*, 2ª ed. Rio de Janeiro: INCa, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais no Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002/. *Portaria 373*, de 27 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 3 dez. 2011.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988*. Brasília-DF, 1988.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Trabalho em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.
- CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, 2007.
- CAMPOS, P. C. M.; BARBOSA, D. V. S.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município do Rio de Janeiro: ligações que promovem oportunidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, 2021.
- CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cad saúde coletiva*, v. 23, n. 4, ou. 2015.

- CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2009. p. 117-130.
- CECIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunic. Saúde e Educ.*, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- CONASS. *Estatuto*. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wpcontent/uploads/2016/04/ESTATUTO-CONASS-2017-Assembleia-de29.11.2017.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.
- GARCIA, J. R. As relações entre apoio institucional e democratização institucional: um método para o trabalho do apoiador da Política Nacional de Humanização. *Saude & Transf. Soc*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa nacional de saúde, 2019: ciclos de vida*: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIMA, L. D. A Coordenação federativa do sistema público de saúde no Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. p. 73-139.
- LIMA, L. D. *et al.* O pacto federativo brasileiro e o papel do gestor estadual no SUS. In: UGÁ, M. A *et al.* *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cien Saude Colet.*, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.
- LIMA, L. D. Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. p. 131-161.
- MERHY, E. E. *et al.* *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Cien Saude Colet.*, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

PAIXÃO, L.; TAVARES, M. F. L. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. *Interface* (Botucatu), v. 18, supl. 1, p. 845-858, 2014.

PEREIRA, N.C.; CAMPOS, G W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, supl. 1, 2014.

PINHEIRO, R. *et al.* Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, supl. 1, p. 1125-1133, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SILVA, M. L. O COSEMS RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde. In: PINHEIRO, R. *et al.* (org.). *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014, p. 21-30.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Tobacco*. Geneve: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 25 set. 2022.

Notas

¹ Este estudo foi realizado pela Divisão de Controle do Tabagismo (DITAB), da Coordenação de Prevenção e Vigilância, do Instituto Nacional de Câncer, com o apoio da International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union), Bloomberg Philanthropies e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Científico em Saúde Coletiva (Cepesc) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

² E. Cavalcanti: concepção do estudo, análise dos dados, elaboração do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. L. M. da S. Cabral e V. L. G. Borges: concepção e planejamento do estudo, análise dos dados, elaboração do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. M. R. F. Silva: coleta, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo.

Abstract

The Councils of Municipal Health Secretariats and the National Tobacco Control Policy: a necessary approach

Tobacco-related diseases burden the entire public health system, at the three levels of governance: municipal, state and federal. The insertion of the theme of tobacco control in state and municipal Health Secretariats is historic, being present since the initial debates on the health, social, economic and environmental damage that smoking causes to the Brazilian population as a cycle of diseases, poverty and deaths precocious. This article aims to present the importance of articulating the National Tobacco Control Policy with the Councils of Municipal Health Secretariats, given the role that these instances play in the Unified Health System and the contributions that they can add to the Tobacco Control Policy in Brazil, with its constant challenges to advance in the reduction of deaths and illnesses caused by tobacco products.

► **Keywords:** COSEMS. PNCT. Smoking.

