

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Luiza Vieira Ferreira

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS AÇÕES
PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR**

Juiz de Fora

2017

Luiza Vieira Ferreira

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS AÇÕES
PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* - Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Geovana Brandão Santana Almeida

Juiz de Fora

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira, Luiza Vieira .

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS AÇÕES PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR / Luiza Vieira Ferreira. – 2017.

98 f.

Orientadora: Geovana Brandão Santana Almeida
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Profissionais de Saúde . 3. Hábito de Fumar. 4. Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Almeida, Geovana Brandão Santana, orient. II. Título.



**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS
AÇÕES PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR**

LUIZA VIERA FERREIRA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29/02/2017

Prof^ª. Dr^ª. Geovana Brandão Santana Almeida (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF

Prof^ª. Dr^ª. Elaine Teixeira Rabello
Instituto de Medicina Social - UERJ
1^º Avaliadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
2^º Avaliadora

Prof^ª. Dr^ª. Marléa Chagas Moreira
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ
Suplente

Prof^ª. Dr^ª. Gislene Alves da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF
Suplente

Dedico este trabalho aos profissionais de saúde, que tão gentilmente, aceitaram participar da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Divino Espírito Santo por toda proteção durante o meu caminhar. Por me amparar em todos os momentos difíceis e nunca me deixar desistir; sempre levantar e seguir em frente!

À minha mãe, Elza, e ao meu irmão, Filipe, agradeço pela paciência e por compreenderem minhas ausências. Obrigada por todo apoio e incentivos durante minha trajetória acadêmica e profissional.

À Professora Doutora Geovana Brandão Santana Almeida, minha orientadora, uma pessoa maravilhosa, cheia de luz e amor! Agradeço por ter me acolhido, aceitado me orientar e por guiar meus caminhos em todos os momentos. Agradeço pelo trabalho maravilhoso que tive a oportunidade de desenvolver sobre sua orientação, sempre muito atenciosa e presente. Tenha a certeza de que você é mais que uma orientadora para mim!

Às Professoras Doutoras Elaine Teixeira Rabello e Marléa Chagas Moreira que mesmo não conhecendo minha trajetória acadêmica aceitaram, tão gentilmente, a fazerem parte da banca examinadora. As considerações pontuadas na dissertação foram essenciais para construção do trabalho.

Às Professoras Doutoras Girlene Alves da Silva e Maria Carmen Simões Cardoso de Melo que estão presentes na banca examinadora desde a defesa do projeto e que contribuíram com sugestões que possibilitaram a concretização desse trabalho. Mesmo com o tempo escasso devido as tarefas administrativas em ocasião da gestão da UFJF, sempre foram muito solícitas e humanas comigo.

Aos Professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da UFJF que contribuíram para o meu pensamento crítico e reflexivo durante o processo ensino-aprendizagem, em especial à Professora Doutora Vania Maria Freitas Bara que sempre foi muito gentil e acolhedora.

À Professora Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena pelos vários momentos de conversas e conselhos ao longo do Mestrado e por sempre estar disposta a nós ajudar.

Às secretárias do Mestrado em Enfermagem, Elisangela (sempre secretária), Wanessa e Ana Cristina, pela ajuda e apoio em todos os momentos. Por sempre responderem aos meus e-mails e atenderem meus telefonemas durante esses 24 meses.

Aos companheiros da Turma 2015: Anadelle Lima, Caio Andrade, Christina Otaviano, Fernanda Nicolato, Franciane Vilela, Jéssica Castro, Jordana Aparecida, Karla Coutinho, Ludimila Brum, Mariana Galvão, Marjore Marce, Michele Nakahara, Paloma Campos, Patrícia

Braz, Rafael Souza, Raquel Fernandes, Raquel Rosa e Rejane Silva por confiarem na minha pessoa para a posição de representação discente diante do Mestrado. Sei que por vários momentos discordamos em muitos pontos, mas tenham a certeza de que as minhas lutas sempre foram para que todos fossem respeitados de igual para igual sem distinção.

@s amig@s do grupo “Phynas”, Mariana Galvão e Rafael Souza que foram essenciais durante esses dois anos de Mestrado “muito louco”. Foram o suporte nas madrugadas de conversas no WhatsApp com várias dúvidas de pesquisas esclarecidas e outras formuladas.

Às amigas de sempre, Monalisa Silva, Camila Medeiros, Denicy Chagas, Denise Rocha, Rejane Rocha, Mariana Galvão, Ruth Dias e Juliane Cristina por sempre estarem presentes em todos os momentos, por me escutarem, darem conselhos e puxões de orelha.

Aos alunos da graduação que tive o prazer imenso de conhecer e que me proporcionaram vivenciar o que é ser uma Professora.

À UERJ pela acolhida em todas as segundas-feiras de setembro a dezembro de 2016 (#UERJRESISTA).

À UFJF por ser minha segunda casa desde 2008.

À CAPES pela bolsa de auxílio à pesquisa.

O meu muito obrigada!!!!

É necessário fazer outras perguntas, ir atrás das indagações que produzem o novo saber, observar com outros olhares através da história pessoal e coletiva, evitando a empáfia daqueles e daquelas que supõem já estar de posse do conhecimento e da certeza.

Mário Sérgio Cortella

RESUMO

O propósito deste estudo foi conhecer e analisar as representações sociais dos profissionais de saúde que estão presentes em uma rede de significado sobre as ações para a cessação do hábito de fumar. As ações educativas em saúde são uma forma de manter um vínculo entre o usuário do sistema, o profissional de saúde e a instituição de saúde e de se conhecer a realidade da população adstrita à Unidade Básica de Saúde. O tabagismo é um dos fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis sendo visto como um transtorno de ordem mental e psicológica. No Brasil, o número de tabagistas teve uma queda que pode ser atribuída ao desenvolvimento de ações de prevenção e controle como as que são oferecidas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, organizado pelo Instituto Nacional de Câncer. Os objetivos deste estudo foram: conhecer as representações sociais de profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar e analisar as representações sociais desses profissionais sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório com o suporte da Teoria das Representações Sociais na visão processual de Denise Jodelet. Os participantes foram 20 profissionais de saúde, de nível superior: enfermeiros, médicos e assistentes sociais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde de um município da Zona da Mata Mineira. Os dados foram coletados entre agosto e dezembro de 2016 e utilizou-se um roteiro semiestruturado para subsidiar as entrevistas, que foram audiogravadas. Para a análise dos dados, foram utilizados os recursos do *Word*® 2010, como banco de dados das entrevistas transcritas que, posteriormente, foram submetidas ao *software OpenLogos*® na versão 2.0 para a edição textual dos dados. A interpretação dos dados ocorre com base na Análise de Conteúdo de Bardin. Da análise das entrevistas emergiram quatro categorias: Tecendo a rede do profissional de saúde na Atenção Primária; Representações dos profissionais de saúde quanto às ações de promoção da saúde e educação em saúde; A representação social do profissional de saúde sobre a capacitação para a cessação do hábito de fumar; Ações educativas voltadas para a cessação do hábito de fumar. As representações evidenciadas no estudo demonstraram que o profissional de saúde da Atenção Primária está desenvolvendo a sua prática assistencial de forma mecânica devido principalmente a sobrecarga de trabalho que vivencia diante de uma população que apresenta demandas sociais. A capacitação em serviço foi apontada como sendo algo que necessita de reformulações com ênfase para o desenvolvimento de ações educativas voltadas para a cessação do hábito de fumar. Espera-se que o estudo possa contribuir para que os gestores das Secretarias de Saúde do município que foi cenário da pesquisa e dos demais municípios brasileiros possam utilizar os resultados como subsídio para as ações educativas e atividades de capacitação profissional voltadas para a cessação do hábito de fumar de forma a priorizar as demandas que são vivenciadas na atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Profissionais de Saúde; Hábito de Fumar; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

The purpose of this study was to know and analyze the social representations of the health professionals who are present in a network of meaning about the actions for the cessation of smoking. Health education actions are a way to maintain a link between the system user, the health professional and the health institution, and to know the reality of the population attached to the Basic Health Unit. Smoking is one of the risk factors for the onset and development of chronic non communicable diseases being seen as a mental and psychological disorder. In Brazil, the number of smokers had a drop that can be attributed to the development of prevention and control actions such as those offered by the National Tobacco Control Program, organized by the National Cancer Institute. The objectives of this study were: to know the social representations of health professionals about the development of actions for the cessation of smoking and to analyze the social representations of these professionals on the development of actions for the cessation of smoking. A qualitative research of descriptive and exploratory character was carried out with the support of Theory of Social Representations in Denise Jodelet's procedural vision. The participants were 20 higher-level health professionals: nurses, doctors and social workers who work in the Basic Health Units of a municipality in the Zona da Mata Mineira. Data were collected between August and December 2016 and a semi-structured script was used to subsidize the interviews, which were audio-videotaped. For the analysis of the data, Word® 2010 resources were used as a database of transcribed interviews that were later submitted to the OpenLogos® software in version 2.0 for the textual edition of the data. The interpretation of the data is based on the Bardin Content Analysis. From the analysis of the interviews emerged four categories: Weaving the network of the health professional in Primary Care; Representations of health professionals regarding actions to promote health and health education; The social representation of the health professional about the training for the cessation of smoking; Educational actions aimed at the cessation of smoking. The representations evidenced in the study demonstrated that the Primary Care health professional is developing his assistance practice mechanically due mainly to the overload of work that he experiences before a population that presents social demands. In-service training was pointed out as something that needs reformulations with emphasis on the development of educational actions aimed at cessation of smoking. It is hoped that the study may contribute to the fact that the managers of the Health Departments of the municipality that was the scenario of the research and of the other Brazilian municipalities can use the results as a subsidy for the educational actions and professional training activities aimed at the cessation of the habit of smoking in order to prioritize the demands that are experienced in primary care.

Keywords: Primary Health Care; Health Professionals; Smoking; Tobacco; Health Education.

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 -** Brasão imperial e brasão de armas do Brasil.....24
- FIGURA 2 -** Distribuição das UBSs por Regiões Administrativas de Juiz de Fora que foram cenário da pesquisa.....39

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Relação das UBSs, modelo assistencial e profissionais capacitados. Juiz de Fora, MG, 2016.....	30
QUADRO 2 -	Categorização dos códigos das entrevistas	42
QUADRO 3 -	Caracterização dos profissionais e do modelo de atenção à saúde desenvolvido na UBS.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Abordagem Cognitivo-Comportamental
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCOMCER	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas
CAPS-Leste	Centro de Atenção Psicossocial-Leste
CIPCT	Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo
CEP-UFJF	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DAMOR	Departamento de Ambiência Organizacional
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EM	Entrevista Motivacional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMTJ	Hospital Maternidade Therezinha de Jesus
HU	Hospital Universitário
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAMFAC	Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade
LASAE	Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SECOPTT	Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSs	Unidades Básicas de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

	CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI	
1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	OBJETIVOS.....	21
2	UM PASSEIO PELA LITERATURA.....	22
2.1	A HISTÓRIA DO TABACO.....	22
2.2	O COMBATE AO TABAGISMO COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL.....	26
3	CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	33
3.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	33
3.2	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	37
3.2.1	Abordagem qualitativa.....	37
3.2.2	Cenário da pesquisa.....	38
3.2.3	Participantes da pesquisa.....	40
3.2.4	Coleta dos dados.....	40
3.2.5	Análise e interpretação dos dados.....	41
3.2.6	Aspectos éticos.....	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	44
4.2	TECENDO A REDE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	46
4.3	REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	54
4.3.1	Representações dos profissionais sobre promoção da saúde.....	55
4.3.2	Representações dos profissionais sobre educação em saúde.....	58
4.4	A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE A CAPACITAÇÃO PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR.....	61
4.5	AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR.....	66
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
	REFERÊNCIAS.....	79
	ANEXOS.....	93

	APÊNDICES.....	94
--	-----------------------	-----------

CAMINHOS QUE ME TROUXERAM ATÉ AQUI

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um poder começar agora e fazer um novo fim.

(Chico Xavier)

No ano de 2007, fiz a minha inscrição no vestibular da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) para o Curso de Graduação em Enfermagem. No dia 28 de fevereiro de 2008, a UFJF divulgou o primeiro edital de reclassificação, convocando para o Curso de Enfermagem. Tornei-me aluna da UFJF no ano de 2008, começando, assim, a minha trajetória acadêmica e profissional na área da saúde.

No quarto período do curso, tive a oportunidade de fazer parte da Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade (LAMFAC), o que me proporcionou desenvolver atividades nas Unidades Básicas de Saúde. O Curso de Graduação em Enfermagem me possibilitou também ingressar no movimento estudantil ao final do quinto período, entrando assim para o Diretório Acadêmico da Enfermagem – Celina Viegas.

Na graduação, a partir do sexto período, tornei-me monitora bolsista da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente com atividades a serem cumpridas junto aos alunos e a Professora na Unidade Básica de Saúde (UBS). Tive, ainda, a oportunidade, junto com companheiras do Diretório Acadêmico Celina Viegas da Faculdade de Enfermagem, fundar a Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE).

No sétimo período, fui monitora voluntária da disciplina Pesquisa em Enfermagem e bolsista do Projeto de Treinamento Profissional: Autocuidado após a Alta Hospitalar com atividades desenvolvidas junto aos pacientes internados nas enfermarias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e àqueles que eram assistidos pelo Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU/UFJF. Permaneci como bolsista deste projeto por dois anos e foi esse projeto que me fez retornar o olhar para a assistência à pessoa idosa em nível primário de atenção à saúde.

Desenvolvi o meu Trabalho de Conclusão de Curso com base nas consultas de enfermagem à pessoa idosa que eram realizadas no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário da UFJF. No decorrer das consultas, pude perceber que os idosos iam em busca de uma orientação para o autocuidado e apresentavam patologias de base para o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS), como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Durante a minha permanência no Diretório Acadêmico, conheci pessoas especiais que se tornaram minhas amigas e me aproximei de alguns professores da faculdade cujo pensamento acadêmico e político se assemelhava ao meu.

Ainda enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, despertei o interesse em militar na complexidade que envolve o campo da saúde coletiva. O lidar diretamente com o coletivo e com os fenômenos sociais que estão envolvidos no processo saúde-doença me possibilitou conhecer melhor a realidade, o contexto social e o espaço social de todos aqueles que procuram atendimento à saúde.

No estágio curricular obrigatório, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tive a oportunidade de participar do desenvolvimento de ações educativas voltadas à comunidade em conjunto com os profissionais de saúde, como, por exemplo, o grupo de tabagismo. O grupo de tabagismo me despertou o interesse pelos seguintes pontos: a possibilidade de conhecer sobre a abordagem cognitivo-comportamental e a atuação do profissional de saúde centrada na mudança do estilo de vida dos usuários em busca da cessação do hábito de fumar.

Recém-formada, trabalhei como cuidadora de idosos, em ambiente hospitalar e domiciliar e pude ver um declínio na qualidade de vida de homens e mulheres idosos que foram tabagistas por mais de 40-50 anos de suas vidas, tornando-se idosos dependentes para o desenvolvimento de seu autocuidado.

1 INTRODUÇÃO

Sempre necessitamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. É necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física ou intelectualmente, identificar e resolver problemas que ele põe. Eis, porque, construímos representações.

(JODELET, 2001)

O tabagismo é um dos fatores de risco modificáveis para o aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e, pelo fato de ser considerado um grave problema de saúde pública, devido a sua condição de DCNTs, foi implementado, em 1989, pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca), o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O objetivo deste era capacitar os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) para que realizassem uma abordagem especializada com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que fossem tabagistas, além de reduzir a iniciação ao hábito de fumar entre jovens e adultos, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade associada às doenças causadas pelo tabaco (BRASIL, 2007a; GIACOMET, 2013).

Em 1988, foi criado o SUS por meio da Constituição Federal brasileira na qual a saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. E esse direito à saúde configura-se como um paradigma civilizatório da humanidade, que foi construído em meio a um processo de embates e movimentos sociais, com a participação das mais variadas classes da sociedade. Foi estabelecida uma ruptura com as desigualdades sociais existentes, levando-se em consideração as diversidades culturais da população (BRASIL, 2006a).

Ainda, na Constituição, foram definidas as diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. Com esse objetivo, em 1990, foi aprovada a Lei n. 8.080, uma das Leis Orgânicas da Saúde, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde (AGUIAR, 2011).

O Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, em seu artigo 8º, diz que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”. O seu artigo 11 complementa que “o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária” (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) apresenta como uma das atribuições dos profissionais de saúde, como membros da equipe interdisciplinar, o cuidado integral da saúde da comunidade adstrita à Unidade Básica de Saúde (UBS). Devem-se priorizar atividades

no espaço da unidade, mas, quando necessário, o profissional de saúde deverá ser capaz de desenvolver ações nos espaços frequentados pela comunidade, como: clubes, escolas e demais espaços comunitários. Isso deve ocorrer de forma a desenvolver a promoção da saúde e a dialogicidade necessária para a construção de um saber coletivo (BRASIL, 2012a; FREIRE, 2004).

O desenvolvimento de ações educativas em saúde, individualmente ou em grupo, é, atualmente, uma forma de manter o vínculo entre o usuário do sistema, o profissional de saúde e a instituição de saúde. É uma forma de se conhecer a realidade da população adstrita e está de acordo com uma das ações propostas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, no período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011b).

As DCNTs são doenças multifatoriais que podem se desenvolver ao longo da vida e se apresentam em quatro principais grupos: doenças circulatórias, câncer, doenças respiratórias e diabetes. Estas apresentam fatores de risco em comum para o seu desenvolvimento, como o consumo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável, obesidade e tabagismo, e são consideradas um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2011b).

Considerado uma doença sistêmica, o tabagismo compromete vários sistemas do organismo humano, causando dependência física, psíquica e comportamental. Em cada cigarro, existem mais de 4.720 substâncias tóxicas, além de 43 tipos de substâncias cancerígenas, o que poderá influenciar o comportamento emocional do indivíduo (BRASIL, 2011c).

O tabagismo está diretamente relacionado ao aparecimento de mais de 50 tipos de doenças, entre as quais se podem citar: doenças respiratórias, cardiovasculares, neoplásicas e outras, e está associado às DCNTs (UNITED STATES OF AMERICA, 2010). Como consequência, o uso do tabaco gera um aumento do número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), em longo prazo, o que provoca uma redução do número de leitos disponíveis nas unidades hospitalares, fato que poderia ser evitado se houvesse uma capacidade maior de resolução dos agravos à saúde nas UBSs (Unidades Básicas de Saúde) (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014).

No Brasil, o número de tabagistas teve uma queda no ano de 2014, passando de 11,3% em 2013, para 10,8% em 2014 (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2015a). Portes e colaboradores (2014) destacam que a APS apresenta fundamental importância no desenvolvimento de ações voltadas para a redução do percentual de tabagistas no país, por ser a porta de entrada preferencial do usuário no SUS e por esta desenvolver ações voltadas para a promoção, proteção, prevenção e recuperação de agravos à saúde.

A Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013, que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde e dá outras providências, prevê a participação dos usuários em grupos que desenvolvem uma abordagem cognitivo-comportamental como uma condição para que estes tenham acesso ao tratamento medicamentoso, como uma forma de minimizar os sintomas ocasionados pela síndrome de abstinência, o que irá contribuir para a cessação do tabagismo (BRASIL, 2013a).

Considerando que o PNCT e a Portaria n. 571/2013 que estabelecem a capacitação de ao menos um profissional de saúde por estabelecimento, sem distinção da atividade profissional (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013a), questiona-se: Será que ao menos um profissional de saúde por UBS foi capacitado com a abordagem intensiva e esta foi suficiente para que o profissional de saúde pudesse desenvolver ações voltadas para a cessação do hábito de fumar? Será que o profissional de saúde encontra alguma dificuldade no desenvolvimento de grupos/ações educativas para a cessação do hábito de fumar voltados para os usuários das UBSs?

Neste sentido, esta pesquisa tem como **objeto** de investigação **as representações sociais de profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar.**

1.1 OBJETIVOS

Em busca de respostas para melhor compreender o objeto, a pesquisa teve como objetivos:

- ✓ Conhecer as representações sociais de profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar;
- ✓ Analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar.

2 UM PASSEIO PELA LITERATURA

A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, até que isto não seja reconhecido na prática, não seremos capazes de desfrutar seus benefícios e teremos que nos contentar com um vazio e uma mistificação.

(George Rosen)

2.1 A HISTÓRIA DO TABACO

A história do tabaco se destaca no período das Grandes Navegações, entre os séculos XV e XVI, com a descoberta de novos continentes pelos europeus e também de novos povos, novos costumes, novos saberes, uma nova fauna e uma nova flora (SANTOS; BRACHT; CONCEIÇÃO, 2013).

Os elementos pertencentes a essa nova flora, do Continente Americano, chamaram a atenção dos habitantes do Velho Mundo, pois algumas plantas ocupavam lugar de destaque pelos indígenas, despertando, dessa forma, um profundo interesse nos europeus, principalmente com relação às plantas do gênero *Nicotiana* da espécie *Nicotiana tabacum*, conhecidas nos dias atuais como tabaco (LORENCETTI; MALLMANN; SANTOS, 2008; SANTOS; BRACHT; CONCEIÇÃO, 2013).

Originária da Cordilheira dos Andes, a espécie *Nicotiana tabacum* existe há pelo menos 6 milhões de anos, tendo sido difundida no Continente Americano pelos indígenas devido a sua alta capacidade em produzir sementes, cerca de 400 mil a cada ano (GATELY, 2001). Com isso, o tabaco foi disseminado não só nas Américas como também no mundo.

Os nativos do Novo Mundo utilizavam o tabaco de diferentes formas. Algumas tribos indígenas tinham o hábito de cheirar o pó feito das folhas secas do tabaco, enquanto, outras preferiam mastigar o tabaco. Era utilizado como extrato liquefeito em forma de chá ou suco; espalhavam o sumo das folhas verdes na pele, como forma de saciar a fome e a sede; inalavam a fumaça por meio da queima das folhas do tabaco para afastar os maus espíritos em rituais mágico-religiosos ou ainda como uma espécie de aromatizador do ambiente. O tabaco era consumido em todas as festividades ou reuniões sociais, como parte indissociável do convívio social e do cotidiano dos indígenas, além de também apresentar um caráter religioso (SANTOS; BRACHT; CONCEIÇÃO, 2013).

O tabaco foi disseminado no Velho Mundo pelos descobridores e também pelos marinheiros e soldados que voltaram para suas terras de origem levando consigo a planta e o hábito de fumar, como sendo algo prazeroso que poderia ser realizado em um ambiente social (JAQUES, 2011; NARDI, 1996).

Em meados de 1550, o embaixador da França em Portugal, Jean Nicot¹, foi informado sobre o possível poder farmacológico do tabaco e o levou para a França, e, em 1560, a rainha Catarina de Médicis começou a fazer uso do tabaco em pó como uma forma de aliviar os sintomas das constantes enxaquecas que sentia. Com isso, os nobres e plebeus passaram a imitar a rainha e difundiram o hábito em diversas regiões, atribuindo ao tabaco uma associação com o poder e com a cura de enfermidades (FONSECA, 2007; NARDI, 1996).

Quando fumado, o tabaco, passou a ser consumido através de equipamentos, como os cachimbos, para facilitar a aspiração da fumaça produzida pela queima da planta ou ainda, a mesma enrolada em forma de charuto (FONSECA, 2007). A fumaça presente no tabaco passa a ser mais bem absorvida pelo organismo quando o indivíduo faz uso da planta em forma de charuto, o que potencializa a ação da nicotina no organismo, sendo possível absorver até 92% da nicotina presente na fumaça (GOODMAN, 1994).

Sustentado pela fama de curar as enfermidades, mesmo sem evidências científicas, o tabaco foi utilizado como tratamento para epilepsia, bronquite, asma, doenças da pele e tantas outras patologias (JAQUES, 2011). Porém, em 1604, o rei Jaime I, da Inglaterra, publicou um livro no qual afirmava que o tabaco não apresentava poder terapêutico, pelo contrário, ele ocasionava danos à saúde e, sendo assim, foi caracterizado como um vício. Mas, devido às manifestações clínicas decorrentes do uso do tabaco se darem de forma tardia, passou-se a crer que, apesar de o consumo do tabaco ter sido caracterizado como um vício, este era um vício não prejudicial à saúde (JAQUES, 2011). E, assim, o seu consumo passou a fazer parte das cenas cotidianas da sociedade, sendo uma prática cultural fortemente estimulada e disseminada ao redor do mundo.

Entre 1856 e 1857, o jornal britânico *Lancet* publicou a opinião de aproximadamente 50 médicos sobre os efeitos do uso do tabaco no cotidiano da vida das pessoas e suas implicações para a saúde, tais como: a associação do uso do tabaco com o aumento do índice de criminalidade nas cidades, paralisia nervosa, perda da capacidade cognitiva e distúrbios visuais. Mas, ao mesmo tempo, o jornal também publicava a opinião daqueles que defendiam o uso do tabaco ao dizer que, se os efeitos do tabaco fossem tão devastadores, ele iria dizimar a raça humana em vez de ter efeitos prazerosos para quem fizesse uso dele (UNITED STATES OF AMERICA, 1988).

Enquanto discutiam sobre os efeitos positivos e negativos do tabaco no organismo das pessoas, os cientistas conseguiram identificar os elementos ativos do tabaco e isolaram a

¹ A Jean Nicot se deve o nome científico que foi conferido à planta *Nicotiana tabacum*, que posteriormente viria a ser adotada por médicos, farmacêuticos e boticários no final do século XVI (NARDI, 1996).

nicotina como principal componente e que esta era a responsável pelo uso compulsivo dos produtos do tabaco, já que afetava diretamente o sistema nervoso. E a melhor forma de consumir a nicotina era através do uso do tabaco, que evoluiu, assim como a sociedade, ao longo dos tempos: inicialmente o uso era através do cachimbo, posteriormente por meio dos charutos e, nos dias atuais, pelos mais diversos tipos de cigarros (UNITED STATES OF AMERICA, 1988; CAVALCANTE, 2001; VETERE, 2014).

Os europeus constataram que o Continente Americano apresentava excelentes condições para o plantio de tabaco, o que poderia contribuir para uma expansão econômica. As primeiras lavouras formadas pelos colonos surgiram diante da necessidade de garantir o próprio consumo. Com o crescimento acelerado do consumo, percebeu-se a possibilidade de se obter lucros com o comércio do tabaco, graças a facilidade do plantio. E com essa característica de “fornecedor de matéria-prima”, o Brasil passaria a cultivar em larga escala a planta e também outros produtos, como o café, o algodão e a cana-de-açúcar (SOUZA CRUZ, 2011).

Marechal Manuel Deodoro da Fonseca foi o primeiro presidente do Brasil, entre 1889 e 1891. Durante o período de seu governo, solicitou a confecção de um brasão de armas com a finalidade de identificar a nação brasileira. O brasão, juntamente com a bandeira, o hino e o selo nacional são considerados os quatro símbolos oficiais do país (LUZ, 1999).

O brasão de armas do Brasil foi inspirado no brasão imperial que, em 1822, era utilizado como o estandarte pessoal para identificar os herdeiros da coroa, sendo confeccionado de modo a exaltar alguns elementos do Brasil, como o ouro, a cana-de-açúcar e o fumo florido. E este brasão imperial foi inspiração para a confecção do atual brasão de armas do Brasil, que, em 1889, sofreu uma readaptação, passando a conter, no lugar da cana-de-açúcar, um ramo de café frutificado (Figura 1) (LUZ, 1999).

Figura 1 – Brasão imperial e brasão de armas do Brasil.



Fonte: LUZ, 1999 (adaptado).

Em 1881, com a criação da máquina de cigarros, foi possível ter uma produção em larga escala, sendo feitos até 200 cigarros por minuto (JAQUES, 2011; SILVA, 2012). No começo do século XX, Inglaterra e Estados Unidos já dominavam 80% do mercado mundial do tabaco; em 1903, houve uma produção anual de 3 bilhões de cigarros e, em 1912, passou para 13 bilhões de cigarros produzidos por ano (FERNANDES, 2007; SILVA, 2012).

O processo de industrialização contribuiu para que houvesse uma produção em larga escala industrial de cigarros e conseqüentemente o aumento no consumo de tabaco. Estima-se que, nos Estados Unidos, em 1900, uma pessoa adulta consumia 54 cigarros por ano (0,14 cigarro/dia) e, em 1963, com o processo de industrialização e a facilidade em se encontrar cigarros no comércio, esse número passou para 4.345 unidades de cigarros por ano (11,90 cigarros/dia) (UNITED STATES OF AMERICA, 1989).

Posteriormente, no início do século XX, ocorreu a confirmação por parte de alguns pesquisadores de que a nicotina era a responsável pelo uso compulsivo do cigarro (UNITED STATES OF AMERICA, 1988). E, mesmo em meio a essa confirmação na comunidade científica sobre os malefícios da nicotina, ocorreu no Rio de Janeiro, em 1903, a instalação da primeira empresa de cigarros no Brasil, a empresa Souza Cruz, que foi a responsável por comercializar produtos à base de tabaco no país com o auxílio de propagandas que influenciavam positivamente o hábito de fumar (SANTOS; SOUZA, 2012). Devido, em grande parte, à empresa Souza Cruz, no ano de 2015, o Brasil foi considerado o segundo maior exportador de tabaco do mundo, atrás somente da China (SINDITABACO, 2016). A exportação do tabaco contribuiu para o crescimento da economia brasileira e para a geração de empregos, mesmo após a comprovação dos seus malefícios à saúde.

Ainda no século XX, entre os anos de 1904 e 1947, as indústrias de tabaco localizadas no exterior iniciaram a comercialização, internamente, de marcas que fossem mais acessíveis aos bolsos da população, proporcionando que o hábito de fumar estivesse presente em todas as camadas sociais. O tabaco acabou sendo visto como objeto de representação da população, como símbolo de poder e *status*, como um objeto de transformação social (VETERE, 2014).

No Brasil, com o crescimento acelerado da produção do fumo nas regiões de Minas Gerais e Bahia, em 1917, na cidade de Santa Cruz do Sul (Rio Grande do Sul), ocorreu a instalação da empresa *Brazilian Tobacco Corporation*, o que garantiu à cidade o título de Polo Nacional da Indústria Fumageira no país. Entre os anos de 1920 e 1955, a empresa passou por um processo de transformação até ser adquirida pela empresa Souza Cruz (BOEIRA, 2013; SOUZA CRUZ, 2011).

Entre 1970 e 1986, o número de cigarros vendidos no mercado interno cresceu 132% e o consumo de cigarros passou de cerca de 780 unidades per capita para mais de 1.200 unidades. Em meados de 1970, existiam 25 milhões de fumantes no país; dez anos depois, esse número já era de 33 milhões – um crescimento de 32% (BRASIL, 1987; VETERE, 2014).

O tabaco passou a ser cultivado em larga escala pelos agricultores da região Sul do Brasil, envolvendo a participação de mais de 576 mil pessoas nesse processo de cultivo e gerando uma receita bruta anual de R\$ 5,2 bilhões de reais no ano de 2015, o que contribuiu para a geração de mais de 40 mil empregos (SINDITABACO, 2016).

Mesmo com todo o crescimento econômico em torno do tabaco, uma pesquisa realizada no Brasil entre os anos de 2003 e 2014 (BRASIL, 2014b) identificou que houve uma queda no número de consumo de cigarros por pessoa, passando de 871 cigarros em 2003 (2,3863 cigarros/dia) para 482 cigarros no ano de 2014 (1,3205 cigarro/dia). Essa queda pode ser atribuída aos programas voltados para a cessação do hábito de fumar e também às leis que proibiram o uso do tabaco em ambientes fechados.

2.2 O COMBATE AO TABAGISMO COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem duas formas de se categorizar uma condição de saúde: as condições agudas e as condições crônicas que apresentam ciclos de evolução distintos (MENDES, 2011; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). As condições agudas, em geral, são de curta duração, facilmente diagnosticadas e tratadas em um curto espaço de tempo. Já as condições crônicas apresentam uma evolução lenta e gradual e não são facilmente diagnosticadas, pois possuem vários fatores condicionantes: hereditariedade, estilos de vida em associação com condições econômicas, ambientais, emocionais e ainda há a questão das doenças transmissíveis como uma condição crônica (MALTA *et al.*, 2014; MENDES, 2011).

Em decorrência do surgimento das condições crônicas estar atrelado ao estilo de vida, têm-se as DCNTs que são as principais causas de mortes evitáveis no mundo, pois dizem respeito aos fatores comportamentais e de estilo de vida considerados de risco. Entre eles, podem-se citar: a inatividade física, obesidade, uso excessivo de bebida alcoólica, alimentação não saudável e o tabagismo que estão associados aos quatro principais grupos de doenças: circulatórias, câncer, diabetes e respiratórias (BRASIL, 2011b; MALTA *et al.*, 2014).

As DCNTs foram responsáveis, no ano de 2008, por 63% de todos os óbitos em nível mundial, sendo que 80% desses óbitos ocorreram em países de baixa renda. No Brasil, as

DCNTs foram responsáveis, em 2007, por 72% de todos os óbitos, mas, apesar de ser uma porcentagem elevada, houve uma redução de 20% nos casos de óbitos causados por doenças cardiovasculares e respiratórias. Essa redução pode ser atribuída à alteração do perfil demográfico observado na população, com o aumento da expectativa de vida e a queda da fecundidade (MENDES, 2012). Cabe ressaltar que comportamentos e estilos de vida não saudáveis tendem a elevar o número de DCNTs.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil para o ano de 2011-2022 apresenta como objetivo o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas capazes de fortalecer os serviços de saúde com ações voltadas para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011b). Sendo que, para que ocorra êxito na concretização desse objetivo, é de extrema importância que ocorra uma reorganização dos sistemas de saúde com o desenvolvimento de uma atenção integral ao usuário e na comunidade com práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos com enfoque na APS (RAUPP *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa realizada no período de 2008 a 2010, envolvendo 14 países em desenvolvimento, observou-se um consumo elevado de tabaco, mas, no Brasil, foi verificada uma queda nos últimos anos, o que classificou o país em 13º lugar, com 18% da população composta de pessoas tabagistas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O tabagismo é classificado como um fator de risco modificável e/ou prevenível para o aparecimento de DCNT, assim como a inatividade física, o consumo de bebida alcoólica e a alimentação não saudável. Mas o tabagismo, por si só, é o fator de risco modificável mais importante para o aparecimento das DCNTs, pois está diretamente relacionado às doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e neoplasias (BRASIL, 2015b).

A queda no número de pessoas tabagistas no Brasil pode ser atribuída às ações para o controle do tabaco que tiveram início em 1979, quando foi criado com participação de médicos, universidades e secretarias de saúde, o primeiro Programa Nacional de Combate ao Fumo por meio da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Posteriormente, em 1985, foi criado o Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil, com participação efetiva do governo federal (BRASIL, 2015b; ROMERO; SILVA, 2011; SILVA, 2014). E, em 1986, determinou-se, por meio da Lei n. 7.488/1986, que, no dia 29 de agosto de cada ano, seja comemorado, em todo o território nacional, o Dia Nacional de Combate ao Fumo (BRASIL, 1986) com o objetivo de conscientizar a população sobre os malefícios do uso do cigarro.

Em 1988, na Constituição Federal do Brasil, no Art. 220, que trata da comercialização do tabaco, determina-se a necessidade de se informar à população, durante as propagandas

comerciais, quanto aos malefícios à saúde quando do seu consumo (BRASIL, 1988), sendo esta uma ação caracterizada como uma prática de promoção da saúde. Além de ser de fundamental importância para subsidiar as ações de combate ao fumo.

A partir de 1989, ocorreu a articulação entre o Ministério da Saúde e o Inca para o desenvolvimento de um programa em âmbito nacional e, assim, originou-se o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo INCA (BRASIL, 2015b).

O PNCT apresenta quatro grandes estratégias: 1) a prevenção da iniciação ao tabagismo em crianças e adolescentes; 2) ações para a cessação do hábito de fumar; 3) medidas normativas voltadas para a proteção dos não tabagistas e 4) medidas que regulamentam a comercialização dos produtos de tabaco (BRASIL, 2003). Todas essas ações estratégicas objetivam reduzir o número de tabagistas no país.

Como resultado dessas estratégias de ações do PNCT, tem-se a Lei n. 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, na qual é mencionado em seu Art. 79 que as revistas destinadas ao público dessa faixa etária não poderão conter anúncios relacionados a “bebidas alcoólicas, tabaco, armas e munições” e, o Art. 81, trata da proibição da venda de produtos que possam causar dependência física ou psíquica às crianças e ou adolescentes (BRASIL, 1990). E a Lei n. 8.078/1990, que dispõe sobre a proteção do consumidor, assume um papel fundamental no que diz respeito à proteção dos direitos do consumidor quanto à prática abusiva e enganosa das propagandas comerciais (BRASIL, 1990c). Ainda na década de 90, instituiu-se a Lei n. 9.294, que proíbe o uso de produtos derivados do tabaco em locais coletivos fechados (BRASIL, 1996).

Tais leis deram força ao PNCT para que fossem criadas parcerias com órgãos estaduais e municipais de saúde a fim de que tivessem autonomia no desenvolvimento de ações que fortalecessem o combate ao tabagismo no país. Em 1999, no município de Juiz de Fora – Minas Gerais, a Secretaria Municipal de Saúde, formou uma Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle do Tabagismo (CIPCT), dando início ao desenvolvimento do PNCT em nível municipal (DIAS, 2011).

Compondo este cenário de combate ao tabagismo, foi organizada, em 2003, pela ONU, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), sendo reconhecida como o Primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública que contou com a participação de 192 países. A CQCT reafirma o PNCT ao dar autonomia para as secretarias estaduais e municipais de Saúde para desenvolverem ações com vistas ao combate do tabagismo e proteção da saúde (JAQUES, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A CQCT tem o objetivo de:

[...] proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco, a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, p. 4).

Apresenta, ainda, medidas para promover programas de treinamento em prol da conscientização sobre o controle do tabaco voltados para os profissionais da área da saúde, comunicação, educação, entre outros, além de promover ações que sejam voltadas para o abandono do consumo do tabaco em locais de convívio social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). As medidas de combate ao tabaco propostas pelo CQCT fazem parte da Política Nacional de Controle do Tabaco.

Diante da existência de uma epidemia em nível global e de acordo com o que é preconizado pelo PNCT, o município de Juiz de Fora desenvolveu uma estratégia de capacitação dos profissionais de saúde que atuam na APS, por ocuparem uma posição de estratégia para o controle do tabagismo. A APS apresenta os quatro tributos essenciais para esse controle: primeiro acesso; integralidade; longitudinalidade e coordenação do cuidado (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002). Em abril de 2005, foi criada uma coordenação municipal com o objetivo de desenvolver ações para a cessação do hábito de fumar, o Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT).

O município de Juiz de Fora, Minas Gerais, é composto por 555.284 habitantes (BRASIL, 2016) e apresenta um Plano de Saúde que divide o município em 12 regiões sanitárias, sete regiões administrativas e uma região administrativa/sanitária, para facilitar a distribuição de serviços de saúde. Atualmente, existem 63 UBSs no município, que atuam com três tipos de assistência à saúde: modelo tradicional, misto/PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e o modelo de Estratégia Saúde da Família - ESF (JUIZ DE FORA, 2014a).

Segundo dados do Secoptt (2015), das 63 UBSs, 52 possuem profissionais capacitados, de nível superior, para desenvolverem ações sobre a cessação do hábito de fumar e apenas 25 dessas UBSs, efetivamente, desenvolveram as ações no ano de 2015 (Quadro 1).

Quadro 1 – Relação das UBSs que apresentam profissionais capacitados e que desenvolvem ações para a cessação do hábito de fumar. Juiz de Fora, MG, 2016.

	Região sanitária	Unidade Básicas de Saúde	Modelo de assistência à saúde	Profissional capacitado	Desenvolveram ações para cessação do tabaco em 2015
1	1	Esplanada	Tradicional	M; E	Não
2		Monte Castelo	ESF	M; E	Não
3	2	Santo Antônio	ESF	M; E	Sim
4		Nossa Senhora de Lourdes	Tradicional	E	Não
5		Jardim da Lua	ESF	M; E	Não
6	3	Linhares	ESF	M; E	Não
7		São Sebastião	ESF	M; E	Sim
8		São Benedito	ESF	M; E	Não
9	4	Santa Rita	ESF	M; E	Não
10		Marumbi	ESF	M; E; ASS	Não
11		Progresso	ESF	ASS	Sim
12		Nossa Senhora Aparecida	ESF	M; E	Sim
13		Alto Grajaú	ESF	M; E	Sim
14	5	Nossa Senhora das Graças	Tradicional	M; E	Não
15		Bandeirantes	ESF	M; E; ASS	Sim
16	6	Parque Guarani	ESF	M; E; ASS	Não
17		Filgueiras	ESF	M	Sim
18		Granjas Bethânia	ESF	E	Não
19		Gramma	Tradicional	M	Não
20	7	Esplanada	Tradicional	M; E	Não
21		Monte Castelo	ESF	M; E	Não
22		Bairro Industrial	Tradicional	E; ASS	Sim
23		Jardim Natal	ESF	M; E; ASS	Sim
24		Milho Branco	ESF	M; E	Sim
25		Jóquei Clube I	ESF	M; E; ASS	Não
26		Jóquei Clube II	ESF	E	Não
27		Cidade do Sol	ESF	E	Sim
28	8	Nova Era	ESF	E	Não
29		São Judas Tadeu	ESF	E	Não
30		Santa Cruz	ESF	M; E	Não
31		Benfica	Tradicional	*	Não
32		Vila Esperança	ESF	E	Não
33		Barreira do Triunfo	ESF	M; E	Não
34	9	Santos Dumont	PACS/Misto	M; E	Sim
35		São Pedro	PACS/Misto	E; ASS	Sim
36		Borboleta	Tradicional	M; E	Não
37	10	Centro Sul (São Mateus)	Tradicional	M; E	Sim
38		Dom Bosco	Tradicional	M; E	Sim
39		Santa Cecília	ESF	M; E; ASS	Sim

	Região sanitária	Unidade Básica de Saúde	Modelo de assistência à saúde	Profissional capacitado	Desenvolveram ações para cessação do tabaco em 2015
40	11	Cruzeiro do Sul	Tradicional	M; E	Sim
41		Santa Luzia	ESF	M; E; ASS	Sim
42		Santa Efigênia	ESF	M; E; ASS	Sim
43		Vale Verde	ESF	M; E	Não
44		Ipiranga	Tradicional	M; E	Não
45		Teixeiras	ESF	M; E	Não
46	12	Vila Ideal	ESF	M; E	Sim
47		Vila Olavo Costa	ESF	M; E; ASS	Sim
48		Furtado de Menezes	ESF	M; E	Sim
49	Zona Rural	Paula Lima	Tradicional	-----	Não
50		Chapéu D' Uvas	Tradicional	-----	Não
51		Dias Tavares	Tradicional	-----	Não
52		Igrejinha	ESF	M; E	Não
53		Humaitá	ESF	M	Não
54		Penido	Tradicional	-----	Não
55		Valadares	Tradicional	-----	Não
56		Rosário de Minas	Tradicional	-----	Não
57		Toledos	Tradicional	-----	Não
58		Torreões	ESF	E	Sim
59		Pirapitinga	ESF	-----	Não
60		Sarandina	Tradicional	-----	Não
61		Caeté	Tradicional	-----	Não
62		Jacutinga (Volante)	ESF	M; E	Não
63		Monte Verde	ESF	E	Sim

Fonte: JUIZ DE FORA, 2014a; SECOPTT, 2015 (adaptado)

Legenda: M- médico; E- enfermeiro; ASS- assistente social

*Ações para a cessação do hábito de fumar são desenvolvidas pelos profissionais do SECOPTT.

A capacitação desses profissionais de saúde é desenvolvida pelo Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde (SECOPTT). O Secoptt desenvolve atendimento na área de prevenção, controle e tratamento do tabagismo na rede do SUS no município e é responsável por capacitar os profissionais de saúde para atuarem com a temática (DIAS, 2011).

Para a capacitação, os profissionais são divididos de acordo com a atividade profissional exercida na UBS: profissionais de saúde com nível superior participam da abordagem intensiva, com carga horária total de 16 horas baseada em técnicas para o desenvolvimento da Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC). A ACC é utilizada no tratamento das pessoas que apresentam algum tipo de dependência, por exemplo, a dependência ao tabaco. O enfoque da ACC está no fato de promover mudanças nas emoções e comportamentos das pessoas a fim de estimulá-las à eliminação da dependência (SILVA *et al.*, 2014), sendo uma estratégia de intervenção estrutural, focal e objetiva (MARQUES; FURTADO, 2004).

As principais ACCs utilizadas no SUS para a cessação do hábito de fumar são: abordagem breve/mínima; abordagem básica e a abordagem específica/intensiva. A abordagem breve/mínima consiste em perguntar, avaliar, aconselhar e preparar a pessoa tabagista para que esta deixe de fumar sem a necessidade de ter um acompanhamento do profissional de saúde. A abordagem básica está focada no processo de perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a pessoa tabagista através de retornos ao serviço de saúde, principalmente na fase crítica da abstinência. A abordagem específica/intensiva consiste no atendimento ambulatorial das pessoas tabagistas que querem deixar de fumar, podendo ser uma intervenção individual ou em grupo (SILVA *et al.*, 2014).

As técnicas de abordagem breve/mínima, básica e específica/intensiva apresentam o mesmo objetivo que é o de ajudar às pessoas que apresentam um quadro de dependência à algum tipo de droga, a desenvolverem sua autonomia, conferindo-lhes a capacidade de assumirem a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas (NEUMANN, 1992).

Os profissionais de saúde de nível técnico participam da capacitação breve com a abordagem voltada para o tabagismo passivo, dependência da nicotina e instrução sobre os malefícios à saúde provocados pelo tabaco, com carga horária total de 12 horas (BRASIL, 2001; DIAS, 2011).

Cabe ressaltar que podem participar da capacitação todos os profissionais de saúde, independentemente do vínculo empregatício que tenha com o serviço de saúde. Participar da capacitação para a cessação do hábito de fumar fica a critério do profissional de saúde, pois este é um serviço oferecido pela Secretaria de Saúde de caráter facultativo (DIAS, 2011).

3 CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

- *Você tem um cigarro?*
 - *Estou tentando parar de fumar.*
 - *Eu também.*
 - *Mas queria uma coisa nas mãos*
 agora.
 - *Você tem uma coisa nas mãos agora.*
 - *Eu?*
 - *Eu.*
 (*Caio Fernando de Abreu*)

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para a compreensão do senso comum diante da realidade vivenciada sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar, em nível primário de atenção à saúde, optou-se pela Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici em sua obra *La psychanalyse, son image et son public*, de 1961. Utilizamos o suporte teórico na visão processual de Denise Jodelet (2001), por acreditarmos que não se pode separar o indivíduo de seu contexto social. Sendo assim, a TRS é adequada para compreender os fenômenos complexos de uma rede de significados acerca da realidade dos profissionais de saúde que estão inseridos na Atenção Primária à Saúde diante do desenvolvimento de ações educativas voltadas para a cessação do hábito de fumar.

Em 1897, com a divulgação da obra de David E. Durkheim, “O suicídio”, na perspectiva da sociologia, tem-se o conceito de que a vida coletiva é construída por representações, sendo “o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo [...] uma multidão de espíritos diversos associaram [...] suas ideias e sentimentos; longas séries de gerações acumularam aqui sua experiência e saber” (MOSCOVICI, 1978, p. 216). O autor ressalta que as representações não poderiam ser formadas apenas pelo pensamento de um único indivíduo, mas que deveriam ser formadas com base no que o coletivo diz sobre um pensamento, originando, assim, a representação com base no coletivo.

Posteriormente, a TRS proposta por Moscovici possibilitou o surgimento de três correntes teóricas complementares ao seu pensamento original: perspectiva processual de Denise Jodelet; perspectiva sociológica de Willem Doise e a dimensão cognitivo-estrutural de Jean-Claude Abric, Claude Flament e Pierre Vergès (JODELET, 2001; PATRIOTA, 2007).

Devido ao processo de constantes transformações vivenciadas pela sociedade, em 1961, Moscovici afirmou que as representações são sociais, ou seja, um indivíduo constrói o seu

pensamento com base nas diversas características da sociedade ao seu redor, do coletivo, dando origem à Teoria da Representação Social (FILHO, 2004). Moscovici define as representações sociais como sendo:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003, p. 13).

Silva (2004, p. 40) diz que “as representações são sociais porque são produzidas, engendradas coletivamente e, graças às transformações de ordem cognitiva, elas inscrevem o sujeito nas relações coletivas concretas”. Almeida (2009, p. 54) ressalta esse pensamento, corroborando com o fato de que a representação social está relacionada à descoberta de novos fatos e conhecimentos, sendo um “reflexo do conceito durkheimiano² de representação coletiva, que se revelou frutuoso para identificar, descrever e fazer uma articulação com as ideias e práticas as quais permitem às pessoas se guiarem em seu mundo material e social”, voltando, assim, a representação para o saber da psicologia social.

O conjunto de conceitos sobre uma determinada situação, de acordo com a psicologia social de Moscovici, diz respeito à formação de uma teoria do senso comum, que pode ocorrer em qualquer situação na proporção que se desenrola a vida cotidiana (SÁ, 1995).

Assim sendo, não se pode considerar apenas o aspecto psicológico sem se considerar o aspecto sociológico e vice-versa. Diante desse entrave, Moscovici propôs uma explicação psicossociológica para a compreensão desse emaranhado de significados. Este, ao mesmo tempo, considera o indivíduo em sua particularidade, mas não o “desconecta” do coletivo em que se encontra, identificado como uma “sociedade pensante [...] na qual os indivíduos produzem e comunicam incessantemente suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam a si mesmos” (MOSCOVICI, 2003, p.16 apud SÁ, 1995, p.28).

O que estamos sugerindo, pois, é que pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmos colocam. Nas ruas, bares, escritórios, hospitais, laboratórios, etc., as pessoas analisam, comentam, formulam filosofias

² Conceito durkheimiano: Consiste no descobrimento, diante da união, de diferentes maneiras de agir, pensar e sentir, e que exercem determinada força sobre os indivíduos, obrigando-os a se adaptarem às regras da sociedade em que estão inseridos. Caracterizado por amplas e heterogêneas formas de conhecimento.

espontâneas, não oficiais, que têm um impacto decisivo em suas relações sociais, em suas escolhas, na maneira como elas educam seus filhos, como planejam seu futuro, etc. Os acontecimentos, as ciências e as ideologias apenas lhes fornecem o alimento para o pensamento (MOSCOVICI, 2012, p.45).

Desse ponto de vista, as representações deveriam ser tratadas como fenômenos e não como conceitos predeterminados, pois as representações sociais apresentam um caráter dinâmico, contrapondo-se ao caráter estático de representação coletiva proposto por Durkheim (MOSCOVICI, 2012). A TRS “questiona ao invés de adaptar-se e [...] busca o novo, lá mesmo onde o peso hegemônico do tradicional impõe as suas contradições” (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995, p.17). Enfatizando que cada indivíduo interfere no mundo em que vive e, ao realizar esta interação com outros indivíduos, estará construindo espaços coletivos de saber, baseados no diálogo (MOSCOVICI, 2012).

Posteriormente, a TRS proposta por Moscovici possibilitou o surgimento de três correntes teóricas complementares ao seu pensamento original: perspectiva processual de Denise Jodelet; perspectiva sociológica de Willem Doise e a dimensão cognitivo-estrutural de Jean-Claude Abric, Claude Flament e Pierre Vergès (JODELET, 2001; PATRIOTA, 2007).

A TRS busca na História, Filosofia, Sociologia e Psicologia Cognitiva e Social a transdisciplinaridade necessária para a compreensão dos fenômenos sociais, orientados pela comunicação e pelo entendimento do contexto social em que se vive (SPINK, 1995). As representações são embasadas, principalmente, na comunicação existente nas realidades observadas no cotidiano das pessoas que irão servir como eixo de sustentação para a construção do senso comum sobre determinado assunto (MOSCOVICI, 2012).

Como supracitado, optamos por utilizar nesta investigação a perspectiva processual das representações sociais de Jodelet (JODELET, 2001).

Para Moscovici (1961, p. 40), “as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através de uma palavra, um gesto, ou uma reunião, em nosso mundo cotidiano”. As representações são, em sua maioria, construções históricas que irão depender das relações estabelecidas em sociedade, o que as caracteriza como sendo um fenômeno e não meramente um conceito. Para que este fenômeno seja compreendido por todos, ele deverá apresentar características de cunho psicológico e sociológico e precisa ser sustentado por uma teoria. Nessa construção das relações, pode-se dizer que as representações possuem duas funções: “elas convenciam os objetos, pessoas ou acontecimentos” e “são prescritivas” (MOSCOVICI, 2012, p.34).

A primeira função diz respeito ao fato de que as representações dão uma forma aos acontecimentos, pessoas ou objetos, conferindo-lhes uma categoria específica para que sejam compreendidas. Caso seja percebido que uma pessoa, objeto ou acontecimento não se enquadra em determinada forma de pensar, este será “forçado” a se adequar às regras sob pena de ser excluído do convívio social. A segunda função está relacionada ao fato de as representações serem prescritivas com a apresentação de um caráter rígido (MOSCOVICI, 2012).

As representações tendem a surgir devido à existência de pontos de conflito, entre a obrigação teórica e a ação desenvolvida no dia a dia (MOSCOVICI, 2012). Assim, o objeto deste estudo se articula com a TRS, quando as facilidades ou as dificuldades no desenvolvimento das ações para a cessação do hábito de fumar se tornam parte da prática assistencial dos profissionais de saúde no cotidiano de suas realidades, sofrendo influência de suas crenças, valores e culturas.

Para Moscovici, a representação apresenta duas faces pouco dissociáveis: a face figurativa e a face simbólica, ou seja, cada figura tem um sentido e cada sentido tem uma figura de forma a atribuir um sentido no universo (MOSCOVICI, 1978). A representação social pode ser caracterizada pelos seus processos cognitivos e formadores que são: a ancoragem e a objetivação.

O primeiro mecanismo tenta ancorar ideias estranhas, reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocá-las em um contexto familiar. [...] O objetivo do segundo mecanismo é objetivá-los, isto é, transformar algo abstrato em algo quase concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. [...]. Esses mecanismos transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-o a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que nós podemos ver e tocar, e, conseqüentemente, controlar (MOSCOVICI, 2003, p.61).

Para Moscovici (2012), as representações são o produto da interação e comunicação existentes entre o indivíduo e os grupos sociais e se alteram de acordo com as transformações da sociedade.

Enfatizar-se-á neste estudo a perspectiva processual de Denise Jodelet, também psicóloga social e seguidora de Moscovici, que contribuiu para o aprofundamento teórico desse fenômeno que é a TRS. Esses fenômenos que são construídos a partir de representações são, atualmente, o ponto central para as pesquisas na saúde coletiva (JODELET, 2001).

Jodelet afirma que a representação social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribuiu para a construção de uma

realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22), “uma forma de conhecimento prático conectando um sujeito a um objeto [...] refere-se à experiência a partir da qual ele é produzido [...] ao fato de que a representação é empregada para agir no mundo e nos outros” (JODELET, 1993 p.43-44), ou seja, uma forma de pensamento do indivíduo diante de um objeto, pois não existe representação sem um objeto.

A compreensão da representação social está intimamente relacionada a três pontos: as experiências e observações dos sujeitos; os tipos de comunicação que os sujeitos estarão expostos e as suas próprias convicções. Estes três pontos formarão os elementos constituintes da representação social (FLAMENT, 1987 apud MENDONÇA; LIMA, 2014). Para Moscovici (2012), as representações se desenvolvem através do convívio entre as pessoas que têm a necessidade de compreender e se fazer compreender diante de um determinado objeto.

Sendo assim, utilizou-se a TRS como fio condutor da pesquisa como uma forma de compreender os fenômenos (conhecimento, senso comum e explicações populares) e os objetos do mundo social por detrás das atitudes e pensamentos dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento ou não das ações para a cessação do hábito de fumar dos usuários do SUS, uma vez que os profissionais recebem a capacitação do município.

3.2 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

3.2.1 Abordagem qualitativa

Em busca das respostas às questões identificadas, optou-se por uma abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, com o intuito de permitir uma maior aproximação da pesquisadora com a realidade vivida pelos participantes da pesquisa (DESLANDES, 2013; MINAYO, 2014). E essa aproximação com o objeto de estudo é essencial para que se consiga perceber e identificar as subjetividades que estão intrínsecas nesse universo de valores.

Para Richardson (1999, p.102):

[...] a pesquisa qualitativa não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo; está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno.

As pesquisas de abordagem qualitativa são desenvolvidas com base na realidade dos participantes entrevistados, pela compreensão de “sua história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2014).

Shaw e colaboradores (2004) enfatizam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como as pessoas compreendem este mundo. Enfatizando que o pesquisador deverá se atentar para o que é compreendido como verdades pelo senso comum. Baseia-se na observação dos participantes em seu próprio ambiente.

3.2.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Juiz de Fora – Minas Gerais, situado na Zona da Mata mineira, com uma população estimada em 559.636 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2016 (BRASIL, 2016) e apresenta 1.437km² de extensão territorial (JUIZ DE FORA, 2014b). A densidade demográfica está estimada em 389,44 habitantes/km².

O município é composto por 63 UBSs que são distribuídas em 12 regiões sanitárias, sete regiões administrativas e uma região administrativa/sanitária, de acordo com o Plano Municipal de Saúde, com o objetivo de fortalecer a APS e estabelecer maior articulação entre os níveis de atenção à saúde (JUIZ DE FORA, 2014a).

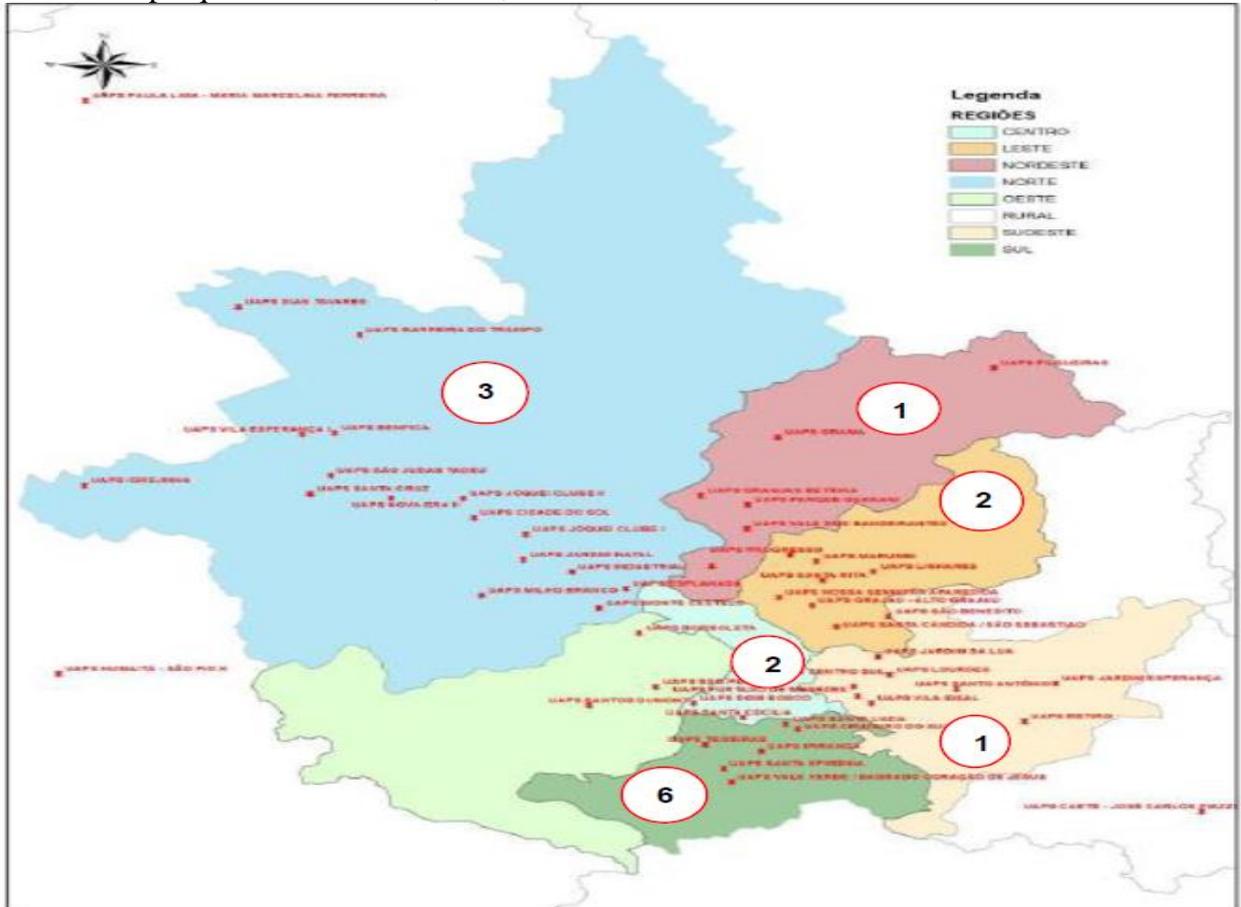
Segundo dados da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, existem, atualmente no município, 20 UBSs com o modelo tradicional de saúde, 41 no modelo ESF e duas no modelo PACS/Misto (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) (JUIZ DE FORA, 2014a).

Constatou-se que das 63 UBSs, 52 apresentavam ao menos um profissional de saúde capacitado, de nível superior, e que, no ano de 2015, 33 instituições de saúde desenvolveram ações voltadas para a cessação do hábito de fumar entre os usuários do SUS. Destas, 25 são UBSs e oito são instituições de saúde caracterizadas como nível secundário – Secoptt, Hospital Universitário (HU), Hiperdia, Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (ASCOMCER), Caps-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), Hospital Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Centro de Atenção Psicossocial-Leste (Caps-Leste), Departamento de Ambiência Organizacional (Damor) (SECOPTT, 2016).

Foram cenário da pesquisa 15 UBSs de sete regiões sanitárias de saúde, sendo 11 UBSs que contemplam a assistência à saúde com base no modelo da ESF e quatro UBSs com base no

modelo tradicional. As regiões administrativas com UBSs cenário da pesquisa estão destacadas no mapa a seguir (Figura 2).

Figura 2 – Distribuição das UBSs por Região Administrativa de Juiz de Fora que foram cenário da pesquisa. Juiz de Fora, MG, 2016.



Fonte: Juiz de Fora, 2014a (adaptado).

Legenda das regiões administrativas e das UBSs cenário da pesquisa:

	CENTRO
	LESTE
	NORDESTE
	NORTE
	OESTE
	RURAL
	SUDESTE
	SUL



Centro – 2 UBSs
Leste – 2 UBSs
Nordeste – 1 UBSs
Norte – 3 UBSs
Oeste – 0
Rural – 0
Sudeste – 1 UBSs
Sul – 6 UBSs
Total – 15 UBSs

Os critérios de inclusão para a seleção das UBSs foram: ser unidade pertencente à zona urbana, ter profissionais capacitados para desenvolver ações para a cessação do tabagismo e com disponibilidade para participar da pesquisa. A APS se torna fundamental no âmbito do

desenvolvimento de uma atenção integral e multiprofissional ao indivíduo de modo a melhorar a sua condição de saúde.

As UBSs funcionam no horário das 7h às 11h e 13h às 17h, de segunda a sexta-feira, exceto às quintas-feiras, quando têm o seu horário de atendimento ao público alterado na parte da tarde, das 13h às 15h, devido a reuniões de equipe e capacitação profissional.

Ao longo da pesquisa, das 28 UBSs que foram contactadas, 13 UBSs foram excluídas, pois, após entrar em contato com os supervisores das Unidades, três relataram que não haviam mais profissionais capacitados no local; oito UBSs que, após duas tentativas de entrevistas marcadas, os profissionais realizaram um terceiro agendamento para entrevista e duas UBSs onde os profissionais que eram capacitados estavam em período de férias.

3.2.3 Participantes da pesquisa

Os participantes desta investigação foram 20 profissionais de saúde, de nível superior: assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Foram adotados os seguintes **critérios de inclusão** dos participantes: ser profissional de saúde das UBSs, independentemente de gênero, etnia ou raça, religião, convicção política, condição econômica; ter participado de ao menos um curso de capacitação sobre o tabagismo e aceitar livre e espontaneamente a fazer parte desta investigação científica, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A). E como **critérios de exclusão** dos participantes: aqueles profissionais de saúde que se negaram a participar da investigação proposta e aqueles que estavam em período de férias.

Cabe ressaltar que foi realizado convite aos profissionais de saúde de forma pessoal/individual e também através de contato telefônico. Para resguardar o anonimato dos profissionais de saúde participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados, de forma aleatória, por nomes de flores.

3.2.4 Coleta dos dados

A **coleta de dados** ocorreu na UBS de trabalho dos profissionais de saúde nos meses de agosto, outubro e novembro de 2016, em horários e datas previamente agendados e acordados entre a pesquisadora e os participantes. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de voz digital portátil e tiveram duração entre 7' 35'' minutos e 41' 31'' minutos, com uma média de 21' 17'' minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas, na íntegra pela pesquisadora.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com questões norteadoras para subsidiar a entrevista, tornando-a mais flexível, de forma a possibilitar uma interação entre pesquisadora e participante, a fim de se obter respostas ricas em detalhes com o propósito de se conhecer o ambiente natural que a pessoa está inserida (POPE; MAYS, 2009).

Foi utilizado, também, um diário de campo para efetuar registros de dados subjetivos e objetivos que foram considerados pertinentes para subsidiar a análise dos dados. O processo de coleta de dados teve início somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora.

3.2.5 Análise e interpretação dos dados

A **análise dos dados** foi realizada de modo concomitante ao trabalho de campo. As entrevistas gravadas foram transcritas, lidas e relidas, de forma minuciosa, juntamente às notas de campo. Foram utilizados os recursos do *Microsoft Word*® 2010, como banco de dados das entrevistas transcritas.

A **interpretação dos dados** ocorreu segundo a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011), que consiste na análise aprofundada do conteúdo do discurso do participante, de modo a interpretar a mensagem (comunicações), os significados existentes nas entrelinhas das falas desses participantes que irão permitir identificar e compreender os fenômenos e seus elementos representacionais. “Tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo” (HENRY; MOSCOVICI, 1968 apud BARDIN, 2011, p. 34).

A Análise de Conteúdo organiza-se em três fases cronológicas (BARDIN, 2011):

1) pré-análise: consiste na organização do material. Nesta fase, realizaram-se leituras flutuantes do material que foi analisado com o objetivo de se conhecer o texto com o intuito de se formular hipóteses;

2) exploração do material: etapa mais longa que consiste na releitura do material de forma mais aprofundada com o objetivo de identificar as categorias. Nesta etapa, utilizaram-se os recursos do *software OpenLogos*® na versão 2.0, um gerenciador de dados textuais, gratuito, que tem a função de armazenar e organizar os dados qualitativos da pesquisa para permitir ao pesquisador realizar a codificação linha a linha ou trecho do texto que apresentar pontos de relevância para a investigação proposta e demarcando-o com um termo específico que o represente. O *OpenLogos*® foi utilizado pela necessidade de se organizar informações geradas a partir dos textos que foram transcritos das entrevistas, por serem muito extensos e não

estruturados. Possibilitou, com isso, identificar a frequência em que os códigos foram surgindo no discurso dos participantes da pesquisa (CAMARGO JUNIOR, 2000);

3) tratamento dos dados, a inferência e a interpretação: compreendeu a inferência e a interpretação das categorias que foram utilizadas para responder aos objetivos do estudo.

Assim, foi possível categorizar e identificar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre as ações para a cessação do hábito de fumar na Atenção Primária à Saúde, através da interpretação e análise das entrevistas. Foram organizadas quatro categorias de análise após a identificação dos códigos de registros nos discursos dos profissionais de saúde, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Categorização dos códigos das entrevistas. Juiz de Fora, MG, 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
Tecendo a rede dos profissionais de saúde na Atenção Primária		Rotina profissional
		Opinião/olhar sobre a UBS de trabalho
		Afinidade pela APS
Representações dos profissionais de saúde quanto às ações de educação em saúde e promoção da saúde	Representações dos profissionais sobre educação em saúde	Educação em saúde
	Representações dos profissionais sobre promoção da saúde	Promoção da saúde
A representação social do profissional de saúde sobre a capacitação para a cessação do hábito de fumar		Capacitação profissional
Ações educativas voltadas para a cessação do hábito de fumar		Desenvolvimento da ação educativa
		Fatores dificultadores

Fonte: A autora.

3.2.6 Aspectos éticos

Esta investigação seguiu os **aspectos éticos**, em conformidade com as normas de Pesquisa com Seres Humanos determinadas pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c.) A coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto

e emissão do parecer favorável pelo CEP-UFJF, sob o número 1.569.243 em 01 de junho de 2016 (Apêndice A).

Aos profissionais de saúde foram explicados os objetivos da pesquisa por meio da leitura e compreensão do TCLE, o qual foi assinado em duas vias, por participante e pesquisador, ficando uma via para cada. Foram garantidos aos participantes o anonimato e a liberdade para aceitarem ou não participar da investigação proposta. Os dados coletados ficarão arquivados sob a responsabilidade da coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos e, após, serão destruídos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não basta saber ler que 'Eva viu a uva'. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho

(Paulo Freire)

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste primeiro momento, apresentar-se-á o perfil dos profissionais de saúde que atuam na APS, pois estes profissionais ocupam uma posição estratégica para desenvolverem ações voltadas para a cessação do hábito de fumar. E esse primeiro contato entre usuário, profissional e serviço de saúde precisa ser fortalecido através de um olhar voltado para a capacitação profissional, melhores condições de trabalho, integralidade, equidade e a longitudinalidade do cuidado.

A seguir (Quadro 3), será apresentada a caracterização dos 20 participantes da pesquisa.

Quadro 3 – Caracterização dos profissionais e do modelo de atenção à saúde desenvolvido nas UBSs. Juiz de Fora, MG, 2016.

Nº	Identificação	Gênero	Idade	Profissão	Titulação/Especialização	Modelo de assistência à saúde
1	Flor de Amendoeira	Feminino	47	Enfermeira	Saúde da Família, Obstetrícia, UTI, Pedagogia da Enfermagem, Saúde da Mulher	Estratégia Saúde da Família
2	Bromélia	Feminino	47	Assistente Social	Recursos Humanos, Terapia de Casal e Família, Estágio Curricular em Serviço Social, Pesquisa em Serviço Social	Estratégia Saúde da Família
3	Alyssum	Masculino	57	Enfermeiro	Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família
4	Aquilégia	Feminino	34	Enfermeira	Mestrado Saúde Coletiva, Saúde da Família, Auditoria	Tradicional
5	Flor de Lótus	Feminino	32	Enfermeira	UTI, Micropolítica de Gestão em Saúde	Tradicional
6	Edelvais	Feminino	60	Assistente Social	Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família
7	Flor de Sabugueiro	Feminino	34	Enfermeira	Gestão e Planejamento dos Sistemas e Serviços de Saúde, Micropolítica em Saúde	Tradicional
8	Amarílis	Feminino	41	Enfermeira	Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família

Nº	Identificação	Gênero	Idade	Profissão	Titulação/Especialização	Modelo de assistência à saúde
9	Amor Perfeito	Feminino	55	Assistente Social	Serviço Social aplicado à área da saúde, Mestrado em Saúde	Estratégia Saúde da Família
10	Camélia Vermelha	Feminino	45	Assistente Social	Ações Institucionais em Saúde Pública, Mestrado em Serviço Social	Estratégia em Saúde da Família
11	Erva Doce	Feminino	58	Enfermeira	Gestão Hospitalar, Saúde da Família, Auditoria em Serviços de Saúde	Estratégia Saúde da Família
12	Gerbera	Feminino	32	Enfermeira	Residência em Saúde da Família, Micropolítica de Gestão em Saúde, Saúde Coletiva	Estratégia Saúde da Família
13	Violeta	Feminino	36	Enfermeira	UTI, Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família
14	Gerânio Rosa	Feminino	29	Médica	-----	Estratégia Saúde da Família
15	Frésia	Feminino	34	Enfermeira	Urgência e Emergência, Cardiologia, Obstetrícia (em curso)	Estratégia Saúde da Família
16	Tulipa	Feminino	54	Enfermeira	Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família
17	Girassol	Feminino	46	Enfermeira	UTI, Saúde da Família	Saúde da Família
18	Cravina	Feminino	59	Assistente Social	Saúde da Família, Recursos Humanos e Gerência, Metodologia do Ensino Superior	Estratégia Saúde da Família
19	Hortência	Feminino	36	Médica	Saúde da Família	Estratégia Saúde da Família
20	Consolida	Feminino	39	Enfermeira	Saúde da Família, Micropolítica da Gestão, Educação da Saúde	Tradicional

Fonte: A autora.

Quanto ao gênero, houve predominância do feminino, com 19 (95%) participantes, e apenas um (5%) do gênero masculino. A média de idade foi de 43,75 anos e a mediana foi de 34 anos, com idade entre 29 e 60 anos, predominando profissionais com idade na faixa dos 30 aos 39 anos, com oito participantes (40%). Em relação à profissão dos participantes, 13 (65%) são enfermeiros, cinco (25%) são assistentes sociais e dois (10%) são médicos. E, quanto ao grau de escolaridade, 19 (95%) têm pós-graduação, com predominância em pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva, e apenas um (5%) profissional relatou não ter pós-graduação.

O processo de feminilização de profissionais de saúde que atuam na APS pode ser resultado da redução das taxas de natalidade em associação com a elevação dos níveis de escolaridade, o que possibilitou a entrada das mulheres no mercado de trabalho (PINTO, MENEZES, VILLA; 2010). Estudo realizado por Pintom e colaboradores (2015), com 145 profissionais de saúde que atuam na ESF de um município do sul do país, identificou que 132 (91%) profissionais são do gênero feminino.

Quanto à idade, Costa e colaboradores (2013) identificaram em pesquisa realizada com 95 profissionais de saúde da ESF que a idade variou entre 23 e 55 anos. E, no que tange à categoria profissional, 45 (47,5%) são enfermeiros, 31 (32,5%) são odontólogos e 19 (20%) são médicos. E, destes, 81 (85,3%) possuíam pós-graduação e 14 (14,7%) não apresentavam pós-graduação.

A pesquisa revela que os dados encontrados corroboram com o estudo de Carvalho (2016). Esta entrevistou 20 profissionais de saúde de nível superior que atuavam na ESF no município de Viçosa/Minas Gerais e constatou que a idade variou entre 28 e 66 anos, com prevalência de participantes na faixa etária dos 30 aos 39 anos, com dez participantes (50%). E, em relação ao grau de escolaridade, identificou que 85% dos participantes eram pós-graduados em Saúde da Família ou Saúde Coletiva.

A seguir, apresentar-se-á a análise das quatro categorias construídas de acordo com o discurso dos profissionais, com a intenção de evidenciar as suas representações sociais sobre as ações para a cessação do hábito de fumar.

4.2 TECENDO A REDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nesta categoria, estão relacionados os aspectos que versam sobre o profissional de saúde no âmbito da Atenção Primária quanto à rotina de trabalho que desenvolve, o gostar de estar na Unidade de Saúde desenvolvendo suas atividades assistenciais e/ou administrativas e a afinidade pela Atenção Primária à Saúde.

Os participantes, neste primeiro momento, discursaram sobre a rotina profissional na Unidade de Saúde:

A gente faz o atendimento de toda a comunidade. Agendamentos e acolhimentos de manhã e desenvolve mais os programas na parte da tarde. Aí, a gente faz o atendimento da criança, da mulher, os grupos educativos (Flor de Amendoeira – ENF - ESF).

Aqui, a gente desenvolve as ações de estratégia de saúde da família. A gente faz preventivo, puericultura, pré-natal. Trabalhamos com grupos de direitos reprodutivos, grupo de tabagismo (Erva Doce – ENF - ESF).

Atendemos puericultura, pré-natal, hipertensos, diabéticos, a gente faz grupos. Tem grupo de tudo isso que eu te falei. Tem o grupo de puericultura, pré-natal, hipertenso, diabético, tabagismo. Mas, fora isso, a gente atende à demanda espontânea que é quando o paciente procura a Unidade com alguma queixa, alguma dor, e a gente pede algum exame, encaminha para algum especialista (Hortência – MED - ESF).

Durante o período da manhã a gente está com aquelas consultas agendadas [...], hipertensos, diabéticos, geralmente é a maior demanda, de pacientes mais idosos, tem muito paciente tabagista. E à tarde, são as demandas dos grupos, que também acaba sendo mais hipertenso, mais diabético, mas também tem pré-natal, puericultura [...] e a Atenção Primária, né? Focando mais nessa parte da prevenção mesmo (Gerânio Rosa – MED - ESF).

A PNAB (BRASIL, 2012a) apresenta como características do processo de trabalho dos profissionais da APS, a necessidade de realizar um acolhimento qualificado e sistematizado para proporcionar uma melhor organização do serviço e permitir o acesso, de forma igualitária, dos usuários à UBS, para que estes tenham a maior parte de seus problemas de saúde solucionados ou, ao menos, minimizados, em nível primário de atenção à saúde. O acolhimento deverá ser assumido pelo profissional de saúde como uma prática concreta para se desenvolver o cuidado.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF tem como princípios norteadores: a territorialização, o diagnóstico da saúde da população, a atuação de uma equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado em consonância com o sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012a).

Como foi possível evidenciar nos discursos, as representações dos profissionais sobre o processo de trabalho nas UBSs estão relacionadas aos atendimentos à comunidade através de uma agenda programada e de demanda espontânea, como a consulta à mulher, à criança, à pessoa hipertensa e o desenvolvimento de grupos educativos. Apenas a participante Camélia Vermelho, talvez devido à sua prática profissional de assistente social, destacou em seu discurso também o atendimento individual relacionado às questões sociais, que seria o foco de atendimento do profissional de saúde que atua na ESF.

Além da parte de demandas gerais, eu atendo muito demanda individual relacionado às questões sociais. Pode ser relacionado à educação, acesso aos serviços de saúde, muito benefício do INSS. Com o Cras, a gente tem uma comunicação. Auxílio com a cesta básica, bolsa família [...]. Além das demandas individuais, eu também participo da parte de prevenção da gripe e,

atualmente, eu tenho feito o grupo de direitos reprodutivos e o grupo de tabagismo (Camélia Vermelho – ASS – ESF).

Considerando os discursos dos participantes, alguns revelaram que o desenvolvimento de grupos educativos é voltado para a promoção da saúde numa perspectiva de tentativa em considerar as vulnerabilidades e necessidades em saúde da população adstrita à Unidade de Saúde (MACENO; HEIDEMANN, 2016).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2014c), afirma sobre a importância de se construir mecanismos que sejam eficientes e eficazes para reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais e o desenvolvimento de ações educativas apresenta-se como componentes essenciais que irão promover o empoderamento e a capacidade de tomada de decisões dos indivíduos sobre a sua própria saúde (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014; BRASIL, 2014c).

Embora, tenha-se preconizado a necessidade de se desenvolver atividades/ações voltadas para a promoção da saúde (BRASIL, 2014c), verifica-se que alguns profissionais relataram em seus discursos o fato de assumirem no seu cotidiano de trabalho uma dupla função na Unidade, a de supervisor em concomitância com a sua função assistencialista, sendo um fator dificultador da assistência com ênfase na promoção da saúde.

Eu sou a supervisora da Unidade e também sou enfermeira assistencialista. Então, tudo que abrange o PSF eu faço: visitas domiciliares, puericultura, saúde do homem, saúde mental, pré-natal, saúde da mulher [...]. Mas, hoje em dia, os papéis administrativos têm me sobrecarregado e não consigo desenvolver a parte assistencial. Hoje, eu vou sair da Unidade e vou ter que suspender o grupo de hipertensão e diabetes (Frésia – ENF - ESF).

Então, eu sou enfermeira assistencial e, ao mesmo tempo, sou a supervisora da Unidade. Acaba que nós não temos a divisão disso no sentido de metade do dia ser enfermeira e a outra metade ser supervisora. Então, a gente tem algumas horas por semana que a gente teria que fazer a parte de supervisão, só que são insuficientes, né? Porque, no dia a dia, surgem demandas que você tem que resolver, fora as outras coisas que já são fixas mesmo. Então, acaba que você não faz plenamente bem, nem um e nem outro, né? Porque, às vezes, eu estou atendendo um usuário aqui, e tem gente querendo que resolva um problema lá e acaba que isso tumultua o atendimento. E isso é estressante para quem faz o atendimento. Então, se eu pudesse ser só supervisora ou só enfermeira, seria o ideal. Já tem uns quatro anos que eu estou assim. E, nessa parte de assistencial, eu faço atendimento aos ciclos de vida, criança, mulher, adulto, idosos, pré-natal, puericultura, faço a parte de atendimento ao hipertenso, diabético, saúde mental, realizo visitas domiciliares, né? E, na parte gerencial, é tudo, né? E eu sou uma pessoa só e faço isso de segunda a sexta (Gerbera – ENF - ESF).

Olha, na verdade, a gente faz de tudo um pouco. Porque aqui eu sou enfermeira e sou a supervisora, então todos os problemas passam por mim. Além disso, eu atuo na assistência também do enfermeiro. Então, assim, a única coisa que eu não faço é pré-natal e preventivo, porque aqui, sendo tradicional, eu tenho o ginecologista. Mas, assim, orientação ou avaliação de algum curativo, coleta de sangue eu faço também, quando tem algum probleminha, sala de vacina sou eu a responsável. É tanta coisa [...]. Eu faço tudo ao mesmo tempo, porque é só eu de enfermeira aqui. Então, tudo passa por mim. Não tem como dividir: agora estou sendo supervisora, agora estou sendo enfermeira. Numa passada no corredor você já faz de tudo, tanto o serviço de supervisão quanto o de enfermeira assistencial também (Flor de Lótus – ENF - TRADICIONAL).

Eu trabalho com a supervisão da UBS, com toda a parte gerencial e burocrática e eu sou a enfermeira. Sou a única enfermeira da Unidade, porque aqui é tradicional. Então eu faço o trabalho de supervisão dos técnicos, de setores de enfermagem, sempre que possível a consulta de enfermagem também, mas não com uma agenda programada, de rotina e tal. Acompanhar um pré-natal eu não faço. Eu faço o primeiro atendimento e depois as médicas fazem o atendimento contínuo. Então, se alguma médica tem uma necessidade de fazer outro atendimento aí eu assumo esse atendimento, mas não o contínuo, ainda, por essa questão do tradicional. [...]. Tem a questão do acolhimento, eu tento não fazer os usuários voltarem sem uma escuta ou sem uma direção, mas tem momentos que, às vezes, é difícil, mas eu fico muito por conta desse acolhimento. Talvez um pouquinho de serviço social, porque não tem assistente social na Unidade. Então, a gente acaba assumindo muita coisa. Tem hora que a gente não sabe nem se é enfermeiro (risos) de fato, ou o que a gente é, mas, dentro do possível, a gente vai fazendo (Aquilégia – ENF – TRADICIONAL).

Eu, além de supervisor da Unidade, sou enfermeiro de uma equipe de Saúde da Família. Então, eu tenho atividades tanto administrativas, como supervisor da Unidade, né? E, ao mesmo tempo, como enfermeiro de uma equipe eu faço todo o trabalho de assistência da enfermagem. Todas as clínicas envolvidas na Estratégia de Saúde da Família: mulher, gestante, criança, adulto, idoso [...]. Por exemplo, de tarde, eu estava com preventivo e ainda tinha pessoas agendadas de hipertenso, porque você vai encaixando, encaixando e não dá para atender hoje, amanhã eu posso ter uma reunião, então tem que acabar cancelando os hipertensos, eu vou passar a pessoa para depois [...]. Então, assim, a minha agenda é muito confusa, mas eu gosto. Eu não consigo trabalhar de outra maneira. [...]. O agendamento de consulta, quem faz aqui, somos nós (enfermeiros). [...]. A gente tem classificação de risco para fazer esse agendamento. [...]. Eu que já faço todo esse atendimento (Alyssum – ENF – ESF).

Para Goulart, Coelho e Chaves (2014) o aumento do número de profissionais de enfermagem de nível médio em comparação com os profissionais de nível superior tem contribuído para que o enfermeiro desenvolva atividades com ênfase nas tecnologias duras em comparação com as tecnologias leves.

Franco e Merhy (2012) classificam as tecnologias do cuidado como leves (relações interpessoais), leve-duras (conhecimento científico) e duras (recursos materiais). O

desenvolvimento de uma assistência do cuidado voltada, num primeiro momento, para a tecnologia leve proporciona uma humanização do atendimento no acolhimento do usuário no serviço de saúde, possibilitando a criação de vínculo entre este usuário e o profissional de saúde (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016; NORA; JUNGES, 2013).

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) utilizam tecnologias consideradas leves ou de baixa densidade, mas de alta complexidade em relação ao cuidado, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território de abrangência (BRASIL, 2011a).

A condição de ser supervisor de uma Unidade de Saúde está atrelada ao fato de que o enfermeiro deverá adquirir um perfil de líder situacional, flexível e dinâmico com o intuito de orientar os demais profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional para que desenvolvam atividades de assistência com foco no usuário, família e comunidade, mas sempre valorizando as competências individuais de cada membro da equipe (SIMÕES *et al.*, 1999; SIMÕES; FAVERO, 2003).

Os profissionais que estão envolvidos diretamente com a supervisão das UBSs são, em sua maioria, os enfermeiros. De acordo com a Resolução do Cofen n. 194/1997, o enfermeiro está apto a exercer os “cargos de direção-geral nas instituições de saúde, públicas e privadas, cabendo-lhe ainda, privativamente, a direção dos serviços de Enfermagem” (BRASIL, 1997).

As representações que Frésia, Gerbera, Flor de Lótus, Aquilégia e Alyssum apresentaram sobre a rotina de trabalho foram mais abrangentes no que diz respeito ao processo de trabalho do profissional que atua na APS. E o fato de serem supervisores e enfermeiros assistencialistas está diretamente relacionado ao acúmulo de funções e à sobrecarga do trabalho, o que irá incidir sobre a assistência à saúde que é oferecida ao usuário.

Evidencia-se, ainda, nos discursos dos profissionais entrevistados, que a sobrecarga de trabalho, em conjunto com o tamanho da população, influencia diretamente a opinião sobre como é trabalhar na Unidade de Saúde.

Olha, antes, quando eu iniciei, que eu estou com 16 anos de formada. Quando eu iniciei, eu estava até empolgada, agora eu já estou cansada. Estou sem motivação. [...]. São quatro equipes e 20 mil pessoas, então todas as equipes estão sobrecarregadas. Todos os profissionais ficam sobrecarregados. Aí a gente fica um pouco desanimada, porque não consegue desenvolver o trabalho corretamente, direito, né? (Flor de Amendoeira – ENF – ESF).

Aqui, a gente atende cerca de 20 mil pessoas, e sou só eu de enfermeira. Então, assim, é bem puxado e bem sobrecarregado mesmo (Flor de Lótus – ENF – TRADICIONAL).

Eu gosto daqui. Aqui fica mais perto das pessoas e a gente conhece eles pelos nomes (Edelvais – ASS – ESF).

Eu gosto, apesar de ser estressante o fato de ser enfermeira supervisora. Mas, eu gosto, sabe? Só que claro que, se eu fosse um ou outro, eu iria preferir. Ultimamente eu ando preferindo ser só a supervisora (Gerbera – ENF – ESF).

Gosto. Eu gosto de trabalhar na Atenção Primária apesar da equipe, apesar de ficar sobrecarregada, às vezes questões [...], vamos supor, aqui a gente não tem um agente administrativo para ajudar na recepção e o enfermeiro acaba assumindo essas funções de estar agendando um exame, uma consulta, acaba extrapolando um pouco do que é a função do enfermeiro. O enfermeiro acaba sendo um quebra-galho. Acaba que a gente já tem aquela propensão de fazer a prevenção porque a gente acaba tendo que fazer de tudo aqui (Violeta – ENF- ESF).

Então, eu não consigo dar conta do meu papel assistencial. E aqui, a área de abrangência é bem grande e 90% da população que usa a UBS são pessoas de vulnerabilidade social muito grande. Eu tenho áreas de violência muito grande aqui. Muitos beneficiários do bolsa família e, na última pesagem, eu pesei 333 famílias e isso equivale a mais de 1.500 pessoas. Mas eu gosto dos meus 4.807 usuários. Essa madrugada, nasceu o usuário de número 4.808, a mãe mandou a foto da bebezinha. Então assim, eu gosto muito de toda essa gente aqui. Mas o meu sonho é ter uma equipe que tenha a visão do que é a Atenção Primária, de vulnerabilidade, de empatia, de entender a dor do outro. Então, têm pessoas assim, que estão em acompanhamento e que dá aquela louca nele e ele vem aqui conversar com você. Eu tenho uma usuária que tentou um suicídio no domingo, mas foi um suicídio meia-boca, pois ela pulou de um barranquinho (risos). Aí, depois, quando ela teve alta, ela voltou aqui e falou que, se eu estivesse aqui no dia, ela teria conversado comigo e não tinha tentado suicídio. Então, assim, você precisa ouvir o outro e querer estar aqui (Frésia – ENF – ESF).

O profissional de saúde que atua na ESF é um dos componentes da equipe multiprofissional, a qual deverá ter minimamente um:

[...] médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal [...] (BRASIL, 2012b, p.57).

Cada equipe ficará responsável por, aproximadamente, 4 mil pessoas que fazem parte da área de abrangência da UBS. Recomenda-se, ainda, que este número de pessoas seja reduzido de acordo com o grau de vulnerabilidade das famílias moradoras do território (BRASIL, 2012a).

Bertolozzi e colaboradores (2009, p.1327) descrevem a vulnerabilidade como sendo algo que irá “designar suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde”. Ayres e colaboradores (2006, p.1002) definem que a vulnerabilidade está relacionada aos “potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo”. E, em consonância com estes conceitos de vulnerabilidade, caberá ao profissional de saúde detectar as fragilidades das famílias que vivem na área de abrangência da UBS, afim de desenvolver ações de enfrentamento para as possíveis situações de agravos à saúde (BERTOLOZZI *et al.*, 2009). A existência de um vínculo entre o usuário e o profissional de saúde é essencial para se conhecer os determinantes de vulnerabilidade da comunidade.

A afinidade pela Atenção Primária também foi destacada nos discursos dos profissionais entrevistados.

Eu gosto muito de trabalhar na Atenção Primária e eu trabalho aqui desde 1999. Mas eu trabalhei em hospital por 15 anos e depois eu passei em um concurso e entrei na Atenção Primária e fiquei fascinada. Eu adoro lidar diretamente com a população e hoje eu não me vejo trabalhando com outra coisa (Tulipa – ENF - ESF).

Eu sempre quis e eu gosto. Eu gosto de lidar com as pessoas. Eu estou aqui, há 33 anos, desde que inaugurou isso aqui. Eu conheço tudo aqui (Cravina – ASS - ESF).

Eu sempre quis e eu gosto. Assim que eu entrei eu fui para a epidemiologia e depois eu pedi para vir para cá. Eu gosto da assistência, de lidar com as pessoas e não lidar apenas com o papel. Isso aqui (os papéis) fazem parte da assistência. E eu adoro lidar com as pessoas (Flor de Sabugueiro – ENF - ESF).

Eu formei e vim direto. Eu trabalho na Atenção Primária há 26 anos. [...], eu gosto de trabalhar com a população, gosto de trabalho educativo, eu gosto desse trabalho com os usuários, da visita domiciliar, dos projetos que a gente tem na escola, eu gosto muito. E eu acho que a minha formação de assistente social mexe um pouco com a gente, mas nenhuma faculdade te dá conta do que você tem que fazer na Atenção Primária, mas a minha faculdade me deu a possibilidade de entender o homem como sujeito da sua história, que ele faz e que pode predicar (Amor Perfeito – ASS - ESF).

Eu gosto. Quando eu entrei na Prefeitura, eu tive a oportunidade de trabalhar nos três níveis de atenção à saúde. Quando eu entrei, eu fui lotada na média complexidade. Eu fui trabalhar no Departamento de Atenção Domiciliar, mas, como eu tive que fazer muita abordagem no hospital, eu me aproximei do hospital e eles precisavam de assistente social e acabei ficando um tempo. Aí com isso eu fiquei três anos no hospital. Aí, depois eu pedi uma transferência para a Atenção Primária. Mas eu tinha muitos amigos que trabalhavam na Atenção Primária e acaba que essa convivência com outras pessoas da Atenção Primária, isso sempre me atraía um pouco. E tem três anos que eu estou aqui (Camélia Vermelha – ASS - ESF).

Eu gosto muito da Atenção Primária. Eu já trabalho na Atenção Primária há mais de 20 anos. Mas eu trabalhei 14 anos no Departamento de Saúde do Trabalhador também. Mas eu gosto da Atenção Primária, porque eu gosto muito do contato com as pessoas, pois eu acho que é aqui que tudo começa. Tem os dois lados aqui, né? Tem a parte que você está muito próximo da pessoa, porque você está dentro da casa dela, né? E aqui ele vai e volta. Você atende uma pessoa hoje e amanhã ela volta (Edelvais – ASS - ESF).

Logo assim que eu formei, eu tive a disponibilidade de estar na Atenção Primária e sempre gostei muito dessa área. Então, estar aqui hoje trabalhando com a Atenção Primária, para mim, é estar realizada, porque eu estou fazendo o que eu gosto, né? (Amarílis – ENF - ESF).

Podemos inferir que a carreira pública, proporcionada pela aprovação nos concursos públicos logo após a conclusão da graduação, garantiu aos profissionais da área da saúde que atuam na APS uma estabilidade financeira e profissional, além de proporcionar a criação de um vínculo entre esses profissionais e a rede básica de saúde. Ao mesmo tempo, o discurso dos profissionais indica a existência de uma porcentagem de profissionais “antigos” que atuam nas Unidades de Saúde, corroborando com os dados encontrados por Marsiglia (2011), ao constatar em seu estudo que 19,2% dos 621 entrevistados atuavam há mais de dez anos na mesma UBS.

Mas há também aqueles profissionais que relataram a preferência por outros setores da saúde, mas que viram nos cursos de especialização uma oportunidade para compreenderem melhor o que seria a atuação do profissional de saúde na APS, e, assim, poderem desenvolver a assistência da melhor maneira possível, compreendendo que, se estão nesse espaço, precisam ser capazes de cuidar com qualidade e responsabilidade.

Eu gosto de urgência e emergência. Mas, para estar aqui, eu me capacitei e estou até fazendo um curso de obstetrícia devido à demanda da população. Mas eu acho que a pessoa tem que gostar da Atenção Primária (Frésia– ENF - ESF).

Não. Nunca quis. Eu não tive a formação de Atenção Primária. Porque, quando eu fiz a faculdade, era um modelo tradicional, então assim, é muito diferente. E eu sempre fui de hospital. Sempre fui de urgência e emergência, sempre foi a minha paixão. Tanto é que eu vou fazer 23 anos de profissão no ano que vem, 13 anos eu trabalhei dentro de CTI, dentro de urgência e emergência. E eu nem sei como eu vim parar na Atenção Primária. Porque, quando eu fiz o concurso da Prefeitura, eu fiz muito no oba-oba, porque as meninas que trabalhavam comigo no hospital falaram para fazer, aí eu fiz também. [...] cai de paraquedas e não sabia nada de nada, ficha de notificação, relatórios [...], eu não sabia nada. Tive que aprender tudo na prática do dia adia. Depois de uns cinco anos, eu fiz a Especialização em Saúde da Família para saber um pouco mais sobre a Atenção Primária. Mas, apesar de já ter dez anos de Atenção Primária, tenho muita dificuldade em lidar com o usuário de Atenção Primária. Não com o paciente que atendo no consultório, eu falo com relação ao paciente que está lá fora querendo cobrar as coisas. Eu gosto de

atender o paciente que está agendado para mim, quanto a esse paciente, eu não tenho problema algum de atender. Eu já tive problemas com alguns pacientes por isso. Pelo fato da gente estar dentro da comunidade que ele mora, ele acha que pode fazer tudo. Mas não é bem assim. E a demanda que eles trazem para a gente nem sempre é uma demanda da saúde. Claro que vai influenciar a saúde em algum momento, mas é muita demanda social, tipo assim: 'O meu marido me bateu.' Tá, mas se você for pensar: 'Eu enquanto enfermeira, o que eu vou fazer?' Então, assim, essas coisas eu custei a saber [...] até hoje eu ainda tenho um pouco de dificuldade em lidar. Por que, gente, o que eu vou fazer? Então, você orienta que a pessoa tem que denunciar e a pessoa fala que não irá fazer isso. Aí, eu pergunto: 'Mas então você veio aqui para quê?' Essa demanda de Atenção Primária, que eu não tinha na vivência no hospital, eu ainda tenho um pouco de dificuldade. Mas a gente vai indo (Girassol- ENF - ESF).

Nos discursos, pode-se compreender que não ter afinidade pela atenção primária proporcionou a busca pela qualificação profissional por parte dos profissionais de saúde, a fim de que pudessem entender, de uma melhor forma, o usuário que procura por atendimento na APS.

A APS é destinada a promover a qualidade de vida, a desenvolver as habilidades pessoais, a autonomia do indivíduo e a criação de ambientes favoráveis à saúde que irão proporcionar um maior conhecimento do indivíduo acerca de sua própria saúde. Contribui, assim, para uma maior adesão ao desenvolvimento do autocuidado (PINTO; CYRINO, 2015). E, para que exista êxito dos usuários do SUS na prática do autocuidado, os profissionais de saúde deverão realizar uma prática mais humanizada, reconhecendo a subjetividade de cada ser.

As representações dos profissionais que fizeram parte desse estudo, retratam de certa maneira que, independente da sua preferência em relação ao nível de assistência aos usuários do serviço de saúde, ao local onde atuam profissionalmente, é preciso ter responsabilidade para desenvolver essa assistência da melhor maneira possível. Em alguns trechos dos discursos, os cursos de especializações tem sido o argumento que busca sustentar esse cotidiano da assistência e, traz ao profissional, o fortalecimento que precisa para repensar a posição de estar ali e, o cumprimento do seu dever passa a ser primário naquele momento.

4.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS QUANTO ÀS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO DA SAÚDE

Esta categoria abordará as representações sociais engendradas pelos profissionais de saúde quanto ao entendimento sobre ações de promoção da saúde e sobre educação em saúde.

4.3.1 Representações dos profissionais sobre promoção da saúde

A promoção da saúde é entendida como uma estratégia de ação que articula as políticas de saúde e as tecnologias desenvolvidas em favor das melhorias da saúde da população em prol da construção da autonomia dos indivíduos no cuidado com a sua saúde (BRASIL, 2010).

Os profissionais de saúde, em suas representações, revelaram um conhecimento limitado, e até mesmo equivocado, quanto ao que seria promoção da saúde.

É um desafio diário. Porque a promoção da saúde está voltada para a educação em saúde e a educação não é unilateral (Tulipa – ENF – ESF).

A promoção da saúde está atrelada no desenvolvimento da educação em saúde. Se você não mudar o hábito daquela família, você não consegue promover uma saúde ali dentro daquela casa. A educação em saúde está atrelada mesmo na promoção da saúde. Se você tirar, separar, você não consegue desenvolver nada ali (Flor de Amendoeira – ENF – ESF).

Diante da complexidade de atuação exigida do profissional de saúde no campo da saúde coletiva, foi necessário realizar uma reflexão mais atenciosa a respeito do surgimento de novas doenças (NAVARRO *et al.*, 2002). Em 1978, deu-se a Declaração de Alma-Ata, na ex-União Soviética, como resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, que teve como objetivo a necessidade de se reestruturar os sistemas de saúde, com base na promoção e proteção da saúde, com enfoque nos cuidados básicos, como: saneamento básico, educação para a saúde, planejamento familiar, imunização, entre outros, de forma a englobar o usuário do SUS, o profissional de saúde, a família e a comunidade (BRASIL, 2002).

Em resposta à Declaração de Alma-Ata, houve, em 1986, a divulgação da Carta de Ottawa, originária da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade de Ottawa, no Canadá. Trata-se de uma carta de intenções com questões referentes ao direito à saúde de todos os indivíduos da sociedade até o ano 2000 e posterior a ele. Propôs o desenvolvimento de ações estratégicas para a capacitação da população, no que tange ao desenvolvimento da promoção da saúde nas diversas fases da vida, envolvendo todas as esferas do governo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

E tais reflexões foram reconhecidas pela Constituição Federal do Brasil, em 1988, quando esta definiu que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 1988), como uma resposta ao Movimento da Reforma Sanitária em alusão ao direito que todo e qualquer cidadão que compõe a comunidade tem acerca da saúde. Foi estabelecido, assim, o

SUS, que posteriormente viria a ser regulamentado pela Lei n. 8.080 de 1990, uma das Leis Orgânicas da Saúde.

O SUS enfrenta certas dificuldades ocasionadas pelo aumento da demanda provocada pela pobreza, desemprego, diminuição no número de profissionais capacitados para desenvolverem uma assistência de qualidade e uma queda real com relação ao financiamento pelo Estado (GOMES, 2014; MENDES, 2011).

Ocorreu, em 2006, a publicação da Portaria n. 399/2006, que contempla o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão com o objetivo de alterar significativamente o desenvolvimento da assistência no âmbito do SUS, priorizando a regionalização e a descentralização do processo de cuidado à saúde (BRASIL, 2006b). Pacto este que vai ao encontro do que é preconizado pela Rede de Atenção à Saúde após o movimento da Reforma Sanitária, ao oferecer uma saúde integral, de qualidade, universal e equânime em todo o território nacional e com base em seu caráter público e na importância do papel do Estado (GOMES, 2014).

Com a implementação do Programa Saúde da Família, em 1994 que, posteriormente, em 1998, passaria a ser considerado Estratégia Saúde da Família (ESF), os profissionais de saúde tiveram a oportunidade de orientar a assistência com o foco no cuidado que visa à promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade a partir de seu ambiente físico e social (CAMPOS, 2012).

Evidenciamos, ainda, nas representações elaboradas pelos profissionais de saúde que há um discurso com base no sentido comum referente ao entendimento sobre o que seria promoção da saúde. O entendimento sobre promoção da saúde está relacionado ao que seria ações de prevenção da saúde:

Bem, eu penso que promoção é uma coisa que você pode dar para uma pessoa para que ela faça uso disso para melhorar a sua condição de vida, seja em um procedimento ou em uma orientação. Então, eu acho que é algo que o profissional de saúde faz para o usuário para que ele, da melhor forma e de entendimento, ele possa usar aquilo para melhorar a vida dele. Assim, existem vários conceitos, mas eu penso nisso. Sendo alguma coisa que eu possa fazer por menos que seja, entendeu? Essa semana, eu tive uma experiência que eu achei tão simples, mas a menina ficou tão agradecida [...] ela veio fazer um preventivo e ela tinha uma assadura na região genital e ela é gordinha, aí eu passei uma pomadinha para ela e falei para ela usar um shortinho para diminuir o atrito. Pois ela me relatou que ardia muito e ela trabalha sentada por muito tempo de calça jeans. Aí hoje ela veio e falou que passou a usar o shortinho e falou que melhorou, mesmo que ela esteja usando a pomada também. Mas eu acho que o fato de ter falado do shortinho, foi uma promoção da saúde. Aí eu falei com ela para chegar em casa e ficar de vestido soltinho [...] ela ficou super agradecida. Então, eu acho que isso é promoção. Que seja

o menor que possa fazer, mas, se isso mudar a vida dela de alguma forma, eu acho que é por aí (Girassol – ENF – ESF).

A promoção da saúde seria trabalhar com a prevenção nesses grupos, com a participação. Mesmo no grupo de tabagismo, você vê as pessoas tão sem conhecimento, mas a gente tenta, né? E o povo ainda é muito ligado na medicina preventiva (Erva-Doce – ENF – ESF).

É muito de tentar a prevenção. Tem a sala de espera, que o pessoal, as enfermeiras, tem os acadêmicos, tem o acadêmico de medicina que também faz estágio aqui. Então tentam muito nessas reuniões, né? Antes da gente começar a atender todo dia de manhã, sempre tem os temas que os agentes comunitários, também, conversam para tentarem dar uma esclarecida, né? Tem as campanhas de câncer de mama, de câncer de próstata [...]. Tem muita prevenção, né? Então, eu acho que a promoção é mais isso. E mais essa questão de insistir na prevenção (Gerânio Rosa – MED – ESF).

Promoção é promover a saúde. Evitar que um paciente hipertenso venha a enfartar, venha a ter um AVC, né. Evitar que um paciente comece a fumar também. Fazer com que uma moça venha fazer o exame preventivo anual, para evitar de ter alguma doença. Tem um pouquinho de diferença de promoção e prevenção na verdade. Eu acho que isso que eu estou falando e prevenção, não é? Eu sei que tem um pouquinho de diferença disso para concurso. Eu passei no concurso, mas isso já tem tempo (risos). Eu acho que isso é prevenção. Promoção eu lembro que tem uma pegadinha. E o que eu estou falando é prevenção, promoção é outra. Mas isso é prevenção. Promoção eu não estou lembrada como é. O que eu estou falando é prevenção. A promoção, eu acho que é fazer grupo de caminhadas. Eu acho que seria assim. Eu sei que é um pouquinho diferente (risos). Prevenir é uma coisa e promover é outra. Promover eu acho que é fazer grupo de caminhadas, uma orientação dietética [...], eu acho que isso seria então a promoção. Eu sei que tem uma pegadinha (risos) (Hortência – MED – ESF).

Podemos inferir que a sobrecarga de trabalho faz com que os profissionais que atuam na APS desenvolvam uma assistência ainda focada na medicina curativista diante do acompanhamento dos usuários que já apresentam algum agravo à saúde perante um discurso epidemiológico centrado em evidências científicas a respeito de ações para a mudança de hábitos de vida (COTTA et al., 2006; GALAVOTE et al., 2016).

Desenvolver uma prática assistencial pautada na promoção da saúde na APS, envolve saberes técnicos e científicos além da complexidade de lidar com o outro enquanto protagonista do seu autocuidado no meio em que está inserido, em busca de um completo bem-estar social e pessoal.

Podemos subentender que os profissionais de saúde em suas representações não conseguem distinguir o conceito de promoção claramente, sendo relatado em alguns momentos exemplos do que desenvolvem nas Unidades de Saúde como medidas de prevenção. É possível compreender que a promoção da saúde inclui o desenvolvimento de atividades preventivas, mas

o oposto não ocorre, uma vez que desenvolver ações de promoção da saúde significa direcionar o olhar do cuidado para toda a população, considerando o indivíduo em todas as subjetividades e singularidades.

Esses equívocos evidenciados nos discursos dos profissionais de saúde corroboram com os estudos de Sicoli e Nascimento (2003), Souza e Grundy (2004) e Staliano e Araújo (2011) ao identificarem os mesmos equívocos na concepção do conceito de promoção da saúde e tal fato poderá contribuir para o desenvolvimento de uma assistência desarticulada com o modelo de saúde empregado e desenvolvido atualmente com base no conceito ampliado de saúde que é o completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a simples ausência de doenças (BRASIL, 2002).

4.3.2 Representações dos profissionais sobre educação em saúde

Evidenciamos que as representações sociais elaboradas pelos profissionais de saúde sobre educação em saúde, quanto ao conceito, abrangem a mudança de hábitos para que o indivíduo tenha melhor qualidade de vida, como exemplificado no relato a seguir:

Seria esse trabalho junto a população, visando justamente à mudança de hábitos, mudanças de atitudes para uma melhor qualidade de vida. Tudo o que você consegue fazer, informar e entender para mudar a qualidade de vida (Cravina – ASS – ESF).

Segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde visa estimular os indivíduos, por meio do desenvolvimento de práticas pedagógicas e sociais, com o objetivo de capacitar a população para que tenham uma consciência crítica e reflexiva sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2007b). Sendo caracterizado como um:

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

Silva, Cotta e Rosa (2013) analisaram em seu estudo que os programas indicados pelo Ministério da Saúde são essenciais para que os profissionais de saúde desenvolvam no nível primário de saúde, uma prática educativa que favoreça a promoção da saúde e o enfrentamento das DCNTs. A prática da educação em saúde deve ser vista, principalmente, como um processo

transformador político e pedagógico pautado em orientações contínuas e com base no diálogo livre e participativo, com o objetivo de sensibilizar o usuário do sistema de saúde sobre a importância de adotar hábitos saudáveis de vida (ROECKER; MARCON, 2011a).

Com a implementação da ESF os profissionais de saúde que atuam no nível primário de atenção à saúde tiveram a oportunidade de complementar a assistência com o foco no cuidado que visa a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade a partir de seu ambiente físico e social (ROECKER; MARCON, 2011b). A ESF torna-se essencial para favorecer o estímulo aos usuários do sistema de saúde quanto a responsabilização e ao seu autocuidado, o que irá favorecer uma melhor adesão ao tratamento para a cessação do hábito de fumar.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

O desenvolvimento de uma ação educativa irá depender do profissional de saúde e da sobrecarga de trabalho que este vivencia em seu ambiente de trabalho. Há evidências a respeito de uma desarticulação quanto ao entendimento dos profissionais de saúde sobre o que seriam ações educativas em associação com os princípios que regem a ESF (SILVA; SILVA; LOSING, 2006). Em virtude do entendimento defasado dos profissionais de saúde sobre ações educativas e da sobrecarga de trabalho, as atividades educativas acabam sendo realizadas apenas em momentos que são voltados para a doenças e não para a prática de uma promoção da saúde (ROECKER; MARCON, 2011b).

Para Violeta, Frésia e Edelvais as ações educativas e saúde estão limitadas ao desenvolvimento da sala de espera e de grupos educativos:

Tem a sala de espera que é feita todos os dias antes dos atendimentos, né? Então, toda semana, a gente trabalha levantando um tema com a população e às vezes tem discussões. Apesar de ter bastante movimento, a gente vai tentando fazer isso (Violeta – ENF – ESF).

A sala de espera. Aqui a gente faz sala de espera e fala para a população que aqui é o lugar de promoção e prevenção de doenças (Frésia – ENF – ESF).

Eu acho que seriam os grupos que a gente faz. Eu acho que no grupo a gente desenvolve a promoção junto com a educação, onde a pessoa ouve o outro e tem a oportunidade de colocar a sua vivência (Edelvais – ASS – ESF).

A sala de espera e os grupos se caracterizam como atividades de educação em saúde que irão proporcionar a criação do vínculo entre o profissional de saúde e o usuário que frequenta a Unidade de Saúde. Esse vínculo irá favorecer o acolhimento e a possibilidade do desenvolvimento do diálogo onde o usuário poderá ouvir seus pares e se fazer ouvir o que irá contribuir para o desenvolvimento do cuidado e da adesão às pessoas pelo autocuidado (POLETTI; MOTTA, 2015).

As atividades que são desenvolvidas na sala de espera, podem e devem contar com a participação dos membros da equipe multiprofissional para que o usuário possa ser entendido em toda a sua complexidade o que irá favorecer o autocuidado, seja com hábitos saudáveis de vida, seja com a adesão ao tratamento terapêutico como uma medida de prevenção.

A sala de espera é vista como uma possibilidade de amenizar o tempo de espera diante de algum atendimento, pois muitas vezes, pode gerar sentimentos de medo, angústia e até mesmo revolta sobre o serviço de saúde (SEIBERT et al., 2014).

Os grupos educativos também são espaços de atividades de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos por proporcionarem a possibilidade de construções democráticas do saber em meio ao coletivo o que irá contribuir para a compreensão da realidade (BOTELHO et al., 2016; SORATTO et al., 2014).

Quando eu tenho alunos aqui, eu consigo fazer a educação em saúde. Já teve época que tivemos a oportunidade de ir na escola e fazer orientação sobre dengue e HPV. Mas já tem um ano que não vem estagiária aqui, aí a gente não faz. Entendeu? Porque os estagiários acabam fazendo essa parte educativa. Aqui nós temos a atuação dos acadêmicos do quarto período da Faculdade Particular que ajudam na sala de espera. Então é assim (Flor de Sabugueiro – ENF – Tradicional).

Como podemos evidenciar no discurso da Flor de Sabugueiro, as atividades de educação em saúde não ficam restritas apenas ao ambiente da UBS. O fato de ter no ambiente de serviço acadêmicos, estagiários ou residentes de faculdades, possibilita desenvolver uma ação educativa, já que essa estratégia de ação aproxima o estudante da realidade do que seria o cuidar do outro na Atenção Primária à Saúde.

De acordo com as representações elaboradas pelos profissionais de saúde, a sala de espera e os grupos educativos se configuram como o principal componente para o desenvolvimento de uma ação educativa. Contudo, podemos evidenciar que o fazer a ação

educativa requer um planejamento que demanda tempo e recursos humanos suficientes para desenvolver uma ação que seja de fato efetiva para a população. Devido à sobrecarga de trabalho associada ao baixo quantitativo de recursos humanos e ao elevado quantitativo da população, as ações educativas tendem a serem desenvolvidas como cumprimento de uma obrigação/cobrança produtivista, o que poderia contribuir para a não adesão dos usuários pelas práticas de promoção da saúde e/ou prevenção de doenças.

4.4 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE A CAPACITAÇÃO PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR

A formulação de Políticas Públicas que possibilitem um planejamento a médio e longo prazo, o desenvolvimento de pesquisas e tecnologias são elementos necessários para que ocorra a elaboração de estratégias que irão contribuir para um melhor funcionamento dos serviços de saúde que são oferecidos pela APS (LAU et al., 2016).

Nesse estudo, observamos que após a participação dos profissionais de saúde nos cursos de capacitação que são oferecidos pelas Secretarias de Saúde dos municípios, estes, devido a vários fatores, revelaram uma insatisfação com o curso que participaram, como podemos evidenciar nos discursos a seguir:

A única coisa que eu senti falta com relação a capacitação é que ela fica muito na questão teórica. Talvez, se a gente tivesse assistido um grupo lá (Secoptt), presenciado um grupo lá, talvez tivesse sido mais fácil, né? Porque do que você aprendeu lá de conhecimento teórico até montar um grupo, eu acho que é um pouco diferente. Tem um pouco de dificuldade sim, para o primeiro grupo. Depois não. Você vai adaptando com a sua realidade, vai desenvolvendo. Mas eu acho que teria sido muito enriquecedor se a gente pudesse ter participando de um grupo, entendeu? (Amarílis – ENF – ESF).

Vários. Mas a maioria dos cursos de capacitação são ministrados por pessoas que não estão na Atenção Primária. Não estão ali, na nossa vivência. E uma teoria passada com pouca vivência, então, ajuda, mas não aborda muito o que a gente vivencia. Aborda a teoria que a gente acha no livro (Flor de Amendoeira – ENF – ESF).

Eu me senti pouco preparada [...]. Porque o curso é muito teórico, a prática e a vivência do grupo é muito diferente da capacitação que eles deram para mim. Então, assim, a capacitação não atingiu a minha expectativa. Quando eu fiz o curso, achei tudo muito bom. Mas, quando eu vim para a prática para lidar com o usuário, eu tive muita dificuldade e pensei até em não fazer mais. Só que a assistente social tinha formação em saúde mental e falou que iria continuar, aí foi legal. Mas a capacitação que o Secoptt deu para a gente, na minha opinião, seria bom ter uma parte teórica e ter uma parte da vivência lá com eles. Fazer uma aula teórica e uma prática, para a gente ver como é que

lida com o grupo, porque eu não me achei capacitada. Tanto é que depois eu voltei, teve uma oportunidade de voltar a fazer o curso de novo, aí eu perguntei se poderia participar de novo. Mas, assim, foi a mesma coisa. Não mudou nada. Talvez, poderia ter um suporte de um psicólogo, para ter como trocar uma ideia até para a gente aprimorar. Mas, talvez, não precisaria nem ser um psicólogo, talvez uma pessoa que tivesse uma experiência maior para trocar mesmo figurinha. Tanto é que os primeiros grupos foram um fracasso, um fiasco, até que uma menina lá do Secoptt falou que viria aqui fazer o grupo junto com a gente (Girassol – ENF – ESF).

Eu acho que seria melhor se pudesse dar uma reformulada. Porque eu acho que assim, da parte de medicamentos está ok. Mas talvez mais aquela parte do grupo, da parte psicológica, da abordagem cognitiva, eu acho que precisaria melhor isso. A parte de medicação, de contraindicação, de estratificar, qual a carga tabágica, qual o grau de dependência, eu acho que está tudo bem. Mas a parte cognitiva eu acho que precisaria reforçar isso. Eu acho que como não é uma área muito nossa, então você fica meio assim. Aí você pensa: ‘Até que ponto eu posso ficar falando as coisas e está errado?’, e teria que melhorar e pegar outros pontos, né? Aí, eu acho que é mais para a psicologia. Teria que ser mais bem preparado isso, né? Porque é uma dúvida minha, porque eu não sei ao certo quantas reuniões deveriam fazer. Porque eu não sei se viria sempre uma psicóloga ajudar no grupo, mas eu acho que a gente mesmo que abordaria, né? Então a gente fica com medo de acabar fazendo errado mesmo, não focando no que tem que focar e acabar tendo muita desistência por causa disso (Gerânio Rosa – MED – ESF).

Eu fiz a capacitação há um mês e meio, mais ou menos. Foi uma tarde só e eu achei breve. Eu achei muito breve, apesar das orientações terem sido boas. Eu acho que faltou [...], eu tive a sensação de falta de alguma coisa, de aprofundar em alguns temas que eu acho que foram importantes. Eles entregaram um manual para a gente. Lógico que foi válido, mas eu e a médica que trabalha comigo saímos com a mesma sensação. Então, a gente decidiu aprofundar, nós mesmas a abordagem das seções. Estudar mais aqueles manuais com o que a gente foi orientada com relação às seções. A gente acha que montar um grupo com qualidade, [...] realmente, a gente teria uma resposta satisfatória dos usuários e a gente precisa aprofundar para conseguir trabalhar com mais êxito nas questões com os usuários. Por isso que a gente ainda não montou (Aquilégia – ESF – TRADICIONAL).

Foi um curso para clarear mais. Para norteiar mais. Eu até falei que queria um dia voltar lá quando tivesse o grupo para ver como eles fazem. Porque lá no Secoptt, antes era feito o curso e a gente participava junto com o grupo, né? Agora a gente não está mais junto com os usuários. Eu acho que, quando vai fazendo o grupo, ainda aparecem dúvidas, aí precisaria de mais esclarecimentos no curso de capacitação (Edelvais – ASS – ESF).

Ela foi bem rápida, foi em uma manhã. Eu acho que a gente que nunca fez o grupo, mesmo que a gente tenha que correr atrás, foi uma capacitação muito rápida. Foi menos de quatro horas de capacitação. Foram muitas orientações (Flor de Sabugueiro – ENF – ESF).

Para os profissionais de saúde, os cursos de capacitação voltados para a cessação do hábito de fumar deveriam ter, além de um momento teórico, um momento prático, onde fosse possível vivenciar o desenvolvimento do grupo de maneira dinâmica.

As atividades de capacitação apresentam como principais aspectos para o seu desenvolvimento um caráter multiprofissional e interdisciplinar; possibilidade de construção de estratégias com maior potencial de serem levadas à prática da assistência; prática institucionalizada; pedagogia centrada na resolução de problemas com enfoque na solução dos agravos à saúde da população com foco na mudança de hábitos de vida, além de apresentar uma periodicidade de forma contínua (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004).

Segundo Farah (2006, p. 67):

O processo educativo a ser construído para os profissionais de saúde que atuam no SUS não deve ser entendido como aquele que substitui apenas as lacunas de formação na graduação. Ele deve ocupar os espaços criados pelo modelo assistencial proposto para o SUS e que precisam ser preenchidos para sua efetivação. O processo ainda deve ser um meio de adaptação do conhecimento técnico para a transformação das práticas dos profissionais de saúde (FARAH, 2006, p. 67).

As ações de capacitação dos profissionais de saúde devem ser realizadas com o objetivo de promover o controle social com base nas necessidades da população de acordo com o contexto em que o usuário do serviço de saúde está inserido (SARRETA, 2009).

Os municípios que desenvolvem as capacitações voltadas para a educação em saúde têm liberdade para criar estratégias de ação que possibilitem uma melhor articulação sobre o que é discutido nas reuniões com o que é vivenciado na realidade dos profissionais e que poderiam acarretar mudanças significativas no processo de trabalho (PERES; SILVA; BARBA, 2016).

A capacitação do profissional de saúde é fundamental para contextualizar os aspectos históricos, farmacológicos e preventivos sobre o tabagismo (BITTENCOURT; CRUZ; SCARINCI, 2014), mas não deve ser vista apenas como uma forma de transferência de conhecimento e realizada em um curto espaço de tempo, mesmo que o profissional de saúde já tenha tido contato alguma vez com a temática na época da graduação.

Observamos nas representações sociais formuladas pelos profissionais de saúde que há uma deficiência no desenvolvimento da EPS quando o curso de capacitação para a cessação do hábito de fumar é realizado por pessoas que não estão inseridas na realidade de trabalho que é vivenciada por eles nas UBSs. É evidente que, o fato de descrever ou prescrever uma ação, será melhor compreendida do ponto de vista de alguém que já tenha vivenciado uma

situação/problema para que esta ação seja entendida como algo real. É desse espaço que os profissionais estão traduzindo suas representações; o espaço da prática profissional.

Para Ceccim (2005, p. 165), as capacitações que são desenvolvidas pelos programas em função das políticas específicas voltadas para uma determinada temática “não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.”

Podemos inferir que não basta simplesmente desenvolver uma capacitação dos profissionais de saúde com o objetivo de fazer cumprir o planejamento ou a cobrança produtivista que é determinada pela Secretaria Municipal de Saúde. Torna-se imprescindível que ocorra uma capacitação de forma qualificada para que estes profissionais de saúde possam compreender em todos os aspectos do âmbito social e da saúde, as estratégias que possam ser utilizadas para a transformação da prática assistencial no âmbito da Atenção Primária. Isso significa dizer que, ao propor uma capacitação, àqueles que são responsáveis pelo seu desenvolvimento precisam (re)pensar a abordagem com o foco voltado para a vivência que o profissional de saúde tem acerca do que se pretende discutir e em consonância com o perfil da população adstrita à UBS.

As ações voltadas para a capacitação dos profissionais devem ser desenvolvidas, acima de tudo, com o olhar direcionado para a realidade de trabalho dos profissionais de saúde, com objetivos e metas já delimitados que irão favorecer o processo de aprendizagem em prol da capacitação profissional potencializando a transformação do processo de trabalho quando, por exemplo, no desenvolvimento de uma ação educativa (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Gerbera e Violeta revelaram em seus discursos que participaram de cursos de capacitação há alguns anos e que seria bom ter uma reciclagem³ com a participação em novos cursos sobre a temática para a cessação do hábito de fumar:

Eu fiz o curso lá em 2009. E eu acho que precisaria ter uma reciclagem constante. E, talvez, alguns profissionais acabam não tendo interesse em participar dos grupos, também, por essa mesma questão, da falta de terem alguma vivência. Eu acho que é difícil fazer o grupo, porque eu não tenho a prática ou experiência para estar passando para eles mesmo eu tendo feito a capacitação. Por isso, seria bom ter a reciclagem (Gerbera – ESF – ESF).

³Reciclagem “é uma palavra usada no cotidiano para se referir a processos de modificação de objetos e materiais, não deve ser usada no contexto educacional, pois pode se referir a cursos rápidos, descontextualizados e superficiais, que não consideram a complexidade do processo de ensino.” (ALTENFELDER, 2005, p. 2)

Ah é bom fazer uma reciclagem, porque a minha capacitação eu já fiz tem uns cinco anos. E como o perfil vai mudando, acaba que a gente vai ficando defasado nessa parte. Porque assim, é bom a gente sempre estar revendo mesmo (Violeta – ENF – ESF).

Evidenciamos nas representações engendradas pelos profissionais de saúde que a justificativa por não realizar a ação educativa está ancorada na necessidade de participar de cursos de capacitação, mesmo este já tendo participado de algum curso com a mesma finalidade, a de atualização profissional em um primeiro momento, o que proporcionaria um subsídio para a realização das atividades que deveriam ser desenvolvidas de maneira pontual nas UBSs para que não houvesse a falta de experiência ou vivência para desenvolver a ação educativa voltada para a cessação do hábito de fumar.

A falta de profissionais capacitados para atuarem na APS e que são alocados para os processos de desenvolvimento das práticas de EPS passa a ser um fator dificultador no processo ensino-aprendizagem. Quando o profissional de saúde participa de uma EPS ele está em busca do seu desenvolvimento profissional para que o seu desempenho na assistência seja mais resolutivo (ARANTES; SHIIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; FERRAZ; VENDRUSCOLO; MARMETT, 2014; PAIM et al.; 2011).

Assim, não existe um limite de tempo considerado perfeito para um curso de capacitação, porém, é necessária uma previsão das ações que atenda às necessidades ou dúvidas que possam surgir ao longo do desenvolvimento das práticas educativas. Deve-se, contudo, realizar avaliações e acompanhamento ao longo das atividades educativas com o propósito de realizar adequações que sejam pertinentes para um melhor desenvolvimento e aproveitamento das atividades por parte dos profissionais de saúde.

Quando há uma capacitação dos profissionais de saúde que atuam na APS de forma deficitária o cuidado prestado à população torna-se fragmentado o que é ir a proporcionar uma busca equivocada pelos serviços de saúde por parte dos usuários, com a busca pelo atendimento nos níveis secundário e terciário à saúde (ORLANDIN et al., 2017).

Para que se tenha êxito nas ações educativas, se faz necessário que sejam traçadas estratégias de busca ativa pelos profissionais de saúde que já participaram dos cursos de capacitação para que possam ser identificadas as possíveis barreiras no processo de educação em saúde que estejam impedindo a não realização das ações educativas nas UBSs (SOUZA, 2010).

Estudo realizado por Herie e colaboradores (2012) destacou que no Canadá a capacitação dos profissionais é realizada em dois momentos: um momento através de

plataforma online e o segundo momento é realizado em um curso presencial com duração de 5 dias. Constataram que 91% dos profissionais que participaram desse modelo de capacitação se demonstraram mais engajados no desenvolvimento das ações educativas e no fato de promoverem o diálogo com outros membros da equipe no sentido de passar a diante o conhecimento que havia sido adquirido.

Os cursos de capacitação que são oferecidos no município cenário do estudo, segundo os relatos dos profissionais entrevistados, têm duração média de uma manhã ou uma tarde, não sendo evidenciado cursos com duração de 16 horas presenciais para os profissionais de nível superior, como é preconizado pelo Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, evidenciamos que as representações elaboradas pelos profissionais de saúde revelaram que ao associar a teoria com a prática, os resultados seriam mais positivos e haveria, ainda, a atividade de capacitação voltada para a realidade do profissional de saúde em associação com a realidade da população que é assistida pela UBS.

4.5 AÇÕES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR

Nesta categoria de análise, estão evidenciadas as representações sociais elaboradas pelos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações educativas para a cessação do hábito de fumar, desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde.

Aqui a gente tem os grupos direitinho, faz a ajuda, faz os tratamentos. Mas, assim, eu acho que é muito pouco para ajudar a pessoa parar. Precisaria ter algo mais constante. [...]. Toda semana a gente tem um grupo, mas assim: ou são as reuniões das pessoas que estão iniciando ou são aquelas reuniões de retorno que as pessoas vêm fazendo o acompanhamento. Só que eu acho que é muito pouco, porque a pessoa que quer parar ela tem que ter uma assistência mais próxima. Porque depende da pessoa, né? Porque você mudar a pessoa é muito complicado, porque o vício fica impregnado. [...]. A gente faz, às vezes, a abordagem individual com a pessoa que a gente está atendendo. A gente pergunta se não quer parar, como é que está, aí a gente vai abordando e encaminhando para o grupo. [...] em um grupo que começa com 15, vamos colocar assim, uma ou duas pessoas conseguem parar, são muito poucos (Flor de Amendoeira – ENF – ESF).

Temos o grupo e estamos fazendo uma média de dois grupos por ano. Porque eles têm duração de três a quatro meses mais ou menos. A gente faz inscrição de 15 pessoas, aí vai passando e o pessoal vai desistindo, chega ao final tem umas sete pessoas mais ou menos, que conseguem chegar até o final. Às vezes dos grupos que a gente faz, às vezes, um ou dois conseguem parar realmente e não ter recaída depois, né? A gente entende também que é difícil para a pessoa parar. E, às vezes, ela tem aquela força de vontade, mas aquela dependência química não deixa, né? Aqui a gente até oferece os adesivos, a

bupropiona [...] e oferecemos para eles. A gente tenta e faz as reuniões e pedimos para eles virem (Violeta – ENF – ESF).

É um grupo difícil de fazer. A gente consegue bastante adesão, mas mesmo assim. Eu falo que no grupo, nós temos um diabinho que fica falando que fumar é bom, e do outro lado nós temos um anjinho que fala que é ruim. Agora, todo mundo sabe que o cigarro é prejudicial à saúde. Você vê que tem as figuras nos maços dos cigarros. Os próprios médicos fumam (Erva-Doce – ENF – ESF).

O grupo de tabagismo é o maior sucesso [...] 18 pessoas. Dessa minha vida até agora é o primeiro que tem mais de dez pessoas, mesmo tendo apenas duas pessoas que já tenham conseguido parar. Nós fizemos até agora quatro grupos. O grupo de tabagismo é muito fechado. Então, assim, você pode fazer sala de espera, mas desenvolver o grupo do jeito que ele tem que ser, você precisa do médico capacitado. Aí, como a gente mexe com formação profissional, os residentes estão sempre iniciando (Amor Perfeito – ASS – ESF).

A gente tenta. O que a gente faz do tabagismo são os atendimentos individuais. A gente tem um dia da semana, que uma médica que fez um treinamento há um tempo atrás, ela atende esses pacientes. Então faz esse acompanhamento e a gente vai reagendando na medida do possível [...] nas quatro primeiras semanas e depois tem um espaço. Então a gente vai reagendando e fazendo esse acompanhamento. Essa é a forma que a gente encontrou para fazer o grupo. E, assim, eu quase sempre não estou aqui no período da tarde, porque todas as reuniões e todos os treinamentos, por falta de ter outra enfermeira, sou eu quem vou. Então, a médica não vai fazer o grupo sozinha, até porque, quando ela tem alguma dúvida, eu tenho que ir lá e ver com ela. Eu sou o suporte dela. Se a gente não chegar e falar que o grupo vai ser assim e assim, não sai (Flor de Lótus – ENF – TRADICIONAL).

Através da análise dos discursos dos profissionais de saúde evidenciamos que as ações para a cessação do hábito de fumar são desenvolvidas nas UBSs segundo a abordagem individual ou em grupo. Segundo PNCT, para que a pessoa tabagista tenha acesso ao medicamento, esta deverá participar das atividades em grupo que tem suas ações norteadas pela Abordagem Cognitivo-Comportamental (ACC) com foco na “detecção de situações de risco de recaída e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento” (BRASIL, 2001, p.13).

Para um melhor resultado no desenvolvimento dos grupos direcionados para a cessação do tabagismo preconiza-se que seja realizada, anteriormente, uma entrevista motivacional (EM) com a pessoa tabagista antes de encaminhá-la para os grupos. A EM tem o objetivo de orientar a pessoa através de uma conversa com o profissional de saúde sobre a mudança de comportamento e a necessidade de adesão ao tratamento para a cessação do hábito de fumar que é norteadas por quatro princípios: “1) resistir ao reflexo de consertar as coisas; 2) entender e explorar as motivações do usuário; 3) escutar com empatia e 4) fortalecer o usuário, estimulando a esperança e o otimismo” (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2008). A EM,

ainda tem o intuito de evitar a inclusão de usuários não motivados nos grupos o que poderia contribuir para a não adesão dos demais participantes no tratamento (BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, as representações sociais dos profissionais deste estudo, trouxeram apontamentos que revelam uma certa descrença ou até mesmo desmotivação por parte dos próprios profissionais que trabalham com a temática na APS. Ao mesmo tempo que, alguns profissionais, que também realizam atividades semelhantes, trazem uma motivação interna que transcende e, revela a vontade e a credibilidade no trabalho que está desenvolvendo. Desta maneira, a motivação pessoal pode dar credibilidade e maior resposta às ações ofertadas pelo serviço de saúde.

As atividades em grupo deverão ter entre 10 a 15 pessoas para que possam ter o caráter de grupo educativo e não de uma abordagem individual, além de ser a constante para que se possa desenvolver a ACC. Cada grupo para a cessação do hábito de fumar deverá ter uma duração de quatro sessões de 90 minutos cada, com periodicidade semanal durante 30 dias. Posteriormente a essa etapa inicial ocorre o período caracterizado como manutenção que consiste em dividir os encontros em duas sessões quinzenais e as seguintes em encontros mensais, com durabilidade de doze meses (BRASIL, 2001).

Esses critérios de duração dos grupos apresentam-se como algo flexível e dinâmico, podendo o profissional reestruturá-lo para a realidade da comunidade em que atua (FIORE et al., 2008) como percebido no discurso da Camélia Vermelho ao relatar que a UBS desenvolve o grupo no período noturno após o horário ter sido observado como o de maior disponibilidade para os usuários participarem:

É um grupo fácil de desenvolver. Eu nunca achei esse um grupo difícil. [...]. As pessoas percebem nitidamente, que, quando elas entendem qual é a proposta, que elas que são a base do tratamento, que a mudança do comportamento delas que irá proporcionar o sucesso [...]. Tem as pessoas que conseguem parar de fumar, quando elas realmente percebem que o tratamento é um todo. Tem as questões físicas, emocionais, a mudança de comportamento que você tem que investir. A gente brinca assim: 'Ninguém nasce fumando, a gente aprende a fumar. Então, esse é o momento de desaprender'. Então, assim, quando você consegue transmitir isso para o grupo e as pessoas conseguem perceber isso, elas já passam a agir dentro do método proposto como tratamento e elas têm sucesso. [...]. Mas eu gosto do grupo. E, assim, a gente tem que aprender a trabalhar com o nosso nível de frustração quando trabalha com o dependente químico de um modo geral. E temos que trabalhar com aquilo que a gente tem. [...]. A Unidade aqui desenvolve o grupo à noite também. [...]. Mas essa oferta à noite foi por eles aqui perceberem que, quando as pessoas se inscreviam, só tinham horário à noite. E houve uma conversa com a Secretaria e tivemos a liberação para a abertura da Unidade à noite. E sempre perguntamos para as pessoas qual é a preferência de participar do

grupo. E falamos para as pessoas deixarem a data para participarem do grupo e não marcarem nada naquele dia (Camélia Vermelho – ASS – ESF).

No início, têm várias pessoas, mas, no decorrer dos encontros, sobram duas ou três pessoas. Mas a média que a gente consegue é essa. Eu escuto relatos das pessoas que precisaria ter um acompanhamento depois que acabam os encontros. Mas a gente não tem espaço na agenda devido ao tanto de coisa que já temos para fazer. Eu não consigo acompanhar essas pessoas do grupo de tabagismo depois de um ano que elas participaram do grupo (Gerbera – ENF – ESF).

O desenvolvimento de ações educativas, como o grupo para a cessação do hábito de fumar em horário diferenciados e em espaços além das UBSs é uma importante estratégia, pois irá permitir a adesão de um maior número de pessoas, além de ser uma forma de valorizar os espaços de sociabilidade que fazem parte da comunidade adstrita à UBS (PORTES et al., 2014) como uma forma de estreitar os laços entre o serviço de saúde oferecido nas UBSs, os profissionais de saúde e a comunidade.

Foi possível compreender que há um sentimento de frustração e ao mesmo tempo de êxito por parte de alguns profissionais quanto ao número de pessoas tabagistas que conseguem cessar com hábito de fumar. Ao mesmo tempo que alguns profissionais entrevistados relataram frustração em apenas duas pessoas tabagistas conseguirem eliminar o vício, tal fato também era visto como algo grandioso, sendo uma vitória conseguir fazer com que duas pessoas cessassem com o hábito de fumar.

Eu fiz o atendimento individual com uma paciente e ela está dez meses sem fumar, mas ganhou 12 quilos. Mas você precisa ver a pele dela, o cabelo, está muito melhor. Mas, aí no começo, eles começam a tossir muito, mas ela conseguiu. Aí ontem ela veio aqui e falou que está dez meses sem fumar. Eu já tive experiências boas em grupos. Eu trabalhava em uma outra Unidade e o índice de sucesso era de 70% de pessoas sem fumar. Teve uma mulher que participou de um grupo, que, na época, teve o filho assassinado e todos nós achamos que ela não iria conseguir para de fumar, mas ela conseguiu. Mas, assim, a gente não tem o retorno de todo mundo, né? [...]. Mas tem o lado positivo também, mesmo faltando o medicamento é bom ter ele para fazer o grupo, porque isso chama a pessoa. Mas eu acho que seria bom ter o acompanhamento de um psicólogo nos grupos também. Porque aqui eu tenho, né? Mas eu tenho por causa do convênio com as faculdades, isso irá me ajudar muito quando a gente conseguir acertar as agendas para começar o grupo. [...]. A mudança de comportamento é muito difícil, até para nos profissionais de saúde. Aí, quando vem uma pessoa agradecer e falar que deu tudo certo, isso é bom. Agora trabalhar na Atenção Primária, o resultado vem a médio e longo prazo, pode ser por isso que a gente tem um pouquinho de frustração, porque no hospital você passa uma sonda de alívio e a pessoa vai te agradecer o resto da vida, né? (Consolida – ENF – TRADICIONAL).

As atividades em grupo que são acompanhadas por profissionais de saúde que fazem parte da equipe de Saúde da Família irão proporcionar uma melhor interação e percepção das pessoas tabagistas quanto a necessidade de cessarem com o hábito de fumar (JESUS et al., 2016).

Há também algumas Unidades de Saúde que funcionam como campo de formação profissional e é um fator estimulante para que o profissional de saúde tenha o desenvolvimento dos grupos educativos, por exemplo, pois terá a atuação dos alunos e de docentes à frente dos grupos. Entretanto, é pertinente refletir sobre o suporte dos acadêmicos de graduação ou de um curso de especialização. Os profissionais das unidades de saúde, no período de férias ou quando termina o convênio destas com as instituições de ensino, precisam continuar as atividades educativas sem contar com a participação dos acadêmicos ou de docentes para realizarem tais ações, permitindo assim, uma irregularidade na rotina de oferecimento de determinados grupos.

A participante Consolida em seu discurso relatou que o medicamento que é oferecido às pessoas que participam dos grupos é um grande chamariz. Em estudo realizado por Jesus e colaboradores (2016) evidenciou-se que as pessoas tabagistas relataram que não basta apenas ter a oferta do grupo com base na ACC e o tratamento medicamentoso, há a necessidade de se ter um acompanhamento especializado com psicólogos, uma vez que abandonar o vício pela nicotina é uma muito difícil devido as situações estressantes que são vivenciadas no dia a dia.

Os profissionais de saúde que foram entrevistados relataram a necessidade de se realizar um acompanhamento constante com as pessoas que participaram do grupo após a etapa inicial. Estudo realizado em 2014 na cidade de Curitiba identificou que integrar o psicólogos e psiquiatras nas reuniões dos grupos para a cessação do hábito de fumar iria favorecer o acompanhamento das pessoas durante o processo de abandonar o vício, principalmente, daquelas pessoas mais ansiosas (PAWLINA et al., 2014).

Devido a formação profissional, os psicólogos e psiquiatras iriam abordar com maior profundidade os aspectos psicossociais que estariam envolvidos no hábito de fumar o que poderá potencializar os resultados esperados pela ACC (JESUS et al., 2016; PAWLINA et al., 2014). No entanto, ao falarmos sobre o atendimento nas UBSs, é importante compreender que, a realidade que temos é de uma equipe mínima de profissionais e, dentre esses, não constam determinados especialistas, como por exemplo, psiquiatras. Assim, é importante pensar em uma assistência de qualidade, desenvolvida pela equipe que é preconizada pelo ministério da saúde. Portanto, as dificuldades que temos atualmente quando se discute capacitação profissional, precisa também ser pensada para que esta equipe seja preparada para atender às necessidades da população. Os discursos a seguir, retratam a realidade das UBSs:

A médica que estava de licença voltou. Porque o outro médico que estava aqui no lugar não era capacitado. [...]. E eu acho que deveria ter o acompanhamento de um psicólogo para acompanhar, mas o SUS não tem. Ele seria importantíssimo para estar trabalhando as questões junto com esse tratamento. Até para encaminhar aqui na rede e pago e, dependendo da população, fica difícil esse pago, porque tem a passagem [...]. É um gasto que a população não pode ter. Mesmo que você fala que a pessoa não está fumando e que daria para pagar a passagem, então eu acho que teria que ter um psicólogo para a gente poder estar encaminhando (Cravina – ASS – ESF).

Primeiro, além do usuário não aderir [...], a Secretaria de Saúde deixa a gente pela metade e manda a gente se virar. Aí, cadê o insumo que o usuário entrou pensando que iria ganhar? Porque a gente já trabalha no primeiro momento isso, falando que não é remédio, não é goma ou o adesivo que vai fazer a pessoa parar, que, na verdade, é ela mesma que vai fazer ela parar. Mas eles já vêm com isso na cabeça, então é muito difícil. Outra coisa, não tem um psicólogo na equipe que possa dar um suporte. Porque o que eu vi dos dez grupos que eu fiz, é um grupo terapêutico. Eu não tenho formação para isso, não. Então, quantas vezes eu me vi em uma saia justa dentro daquele grupo e não sabia para onde que eu ia. Então, mexer com grupo, com pessoas é complicado [...], você deixar aflorar certos sentimentos que você não vai conseguir controlar, principalmente em grupo, isso vira uma bagunça danada. A proposta para nós está obsoleta, está ultrapassada e a gente está tentando fazer alguma outra coisa. Porque, se a Secretaria falar que a Unidade de Saúde aqui não quer trabalhar, é mentira, pois nós estamos abertos. O que a gente não quer é continuar na mesma. Porque, só eu tenho 32 anos que sou enfermeira. E o que mudou? O que eu mudei no comportamento das pessoas? Pois isso é ser enfermeira [...]. Eu vou deixar algum rastro positivo? Pois não é só fazer. O meu convite de formatura, há 32 anos, tinha uma frase assim: “Dona Maria não morreu de câncer, não morreu de tuberculose e nem de pressão alta, ela morreu de sociedade”. Se você colocar essa frase depois de 32 anos, ela funciona direitinho. Mudou o quê? (Tulipa – ENF – ESF).

Nas representações expostas acima, os profissionais de saúde revelaram um discurso pautado na necessidade de se ter uma (re)organização do grupo que fosse mais abrangente para auxiliar a pessoa tabagista a cessar com o hábito, com o auxílio de outros profissionais capacitados para atuarem com o tema, na equipe. Mas, ao mesmo tempo revelaram que buscam outros meios para fazer com que a pessoa tabagista não se sinta desamparada, quando os profissionais de saúde de uma determinada UBS reorganizam suas agendas para oferecer o grupo no período noturno.

Evidenciamos, também, nos discursos dos profissionais de saúde alguns fatores dificultadores que vivenciam no dia a dia da prática profissional e que refletem a não realização das ações educativas para a cessação do hábito de fumar.

Nós chegamos a desenvolver um grupo, mas não esse ano. Mas, por questões profissionais [...], pessoas que saem da rede e vão para outra Unidade, o conhecimento dele vai com ele e não fica outro no lugar [...]. Vem outro

profissional por contrato, mas esse contrato não é prolongado e a pessoa não faz o curso e assim vai. Então é necessário que todos eles estejam envolvidos. Não adianta apenas um profissional, pois não dá conta. 'Então, qual é a grande dificuldade nossa?' A nossa grande dificuldade não é juntar o usuário, não. A nossa grande dificuldade é manter os profissionais capacitados [...], médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem [...], não basta só o médico ser capacitado, porque esse usuário vai precisar ser atendido um belo momento no balcão e o atendente vai ter que entender que aquele usuário precisa de um atendimento diferenciado, que ele está em uma crise de abstinência e precisa passar por um atendimento [...]. Então, precisa envolver toda a equipe. [...]. Então, assim não é um grupo tão simples de fazer. Mas é o que dá mais problema para a equipe trabalhar. O hipertenso não te dá trabalho, ele pode chegar ali com a pressão alta e, se ele tomar o remédio dele, vai normalizar. Mas o paciente que tem o vício, ele vai estar em abstinência constante. Às vezes ele vai ter que estar tomando algum ansiolítico, às vezes, ele vai precisar de um antidepressivo, ele vai ter que estar fazendo alguma coisa. O que adianta se esse paciente chegar na Unidade e ninguém atender ele? Se isso acontecer, ele não volta. Não adianta só passar o remédio, pois, se o remédio acabar, o que vai acontecer? Ele vai usar durante três meses a medicação lá e acabou. Aí acabou o medicamento dele e agora? Ele se vira? Não, tem que continuar o tratamento, passando por avaliação, entendeu? Mas, aí, como iremos fazer com nossas agendas? Nós temos que pensar e essas pessoas precisam ser encaixadas dentro de uma agenda. Você não pode simplesmente montar um grupo e deixar. Então, tudo isso tem que pensar (Alyssum – ENF – ESF).

A gente fez a capacitação, eu e dois médicos. Eu estava até empolgada para começar, mas, o médico que fez a capacitação saiu e o outro que está aqui é contrato e ele não faz. E eu não posso fazer sozinha. Então a gente não faz. A mulher do Secoptt falou que eu tenho que fazer o grupo, mas eu não posso fazer se não tiver continuidade. Eu não posso fazer isso com a pessoa. E aqui falta muita coisa. É muito complicado. Quando muda a equipe e entra gente nova, você tem que passar tudo de novo, mas, até acostumar com a rotina do serviço [...], é muito complicado. Em um ano, por exemplo, passaram dez clínicos aqui. E sabe o que acontece? Para a gente é difícil, imagina para a população. E cada profissional chega aqui com uma forma de trabalho e nem parece que aqui é SUS. A população fica perdida. Não tem como desenvolver atividades aqui direito. A população procura muito pelos grupos, principalmente pelo grupo de tabagismo. Quando aqui era outro tipo de serviço, até tinha, mas, depois que virou posto, parou. E as pessoas procuram. Aí, teve até uma época agora [...] teve uma médica, que a gente tinha um grupo de hipertenso e a gente aproveitava e fazia a palestra antes. Fazia uma palestra rápida, mas fazia, mas ela saiu. Aí, os que estão atualmente, não fazem e eu não vou fazer sozinha, pois fico muito sobrecarregada (Flor de Sabugueiro – ENF – TRADICIONAL).

Hoje, a gente não faz o grupo de tabagismo. O último, foi no ano de 2013. E quem fazia esses encontros? Era eu como enfermeira, a assistente social e um médico. Sempre nós três em todas as reuniões do grupo. E, se tivesse que fazer algum atendimento mais individualizado com relação à medicação, porque, às vezes, por exemplo, um paciente que já tinha uma patologia de base e tivesse que fazer um ajuste diferenciado na medicação, enfim [...], isso acontecia. Só que aí, a assistente social aposentou e saiu, o médico também e ficou só eu. Aí eu falei que não iria fazer sozinha. Porque, na época, nenhum dos médicos que estavam aqui, falaram que iriam fazer (Girassol – ENF – ESF).

Um fator dificultador apontado pelos enfermeiros entrevistados diz respeito ao fato de não ter o médico como um dos profissionais de saúde para compor a equipe multiprofissional que irá desenvolver o grupo. A falta do médico é atribuída a vários fatores: não ter um médico capacitado na UBS, o médico relatar que não irá desenvolver o grupo por não ter afinidade pela temática ou, ainda, o médico ser tabagista e afirmar que seria incoerente que realizasse uma ação educativa voltada para a cessação do hábito de fumar.

Tal achado corrobora com os estudos de Dias (2011) e Portes (2014) realizados no mesmo município cenário da pesquisa, quando evidenciaram que um dos fatores que impossibilitam a realização dos grupos nas UBSs é o fato de não ter o médico capacitado para prescreverem o tratamento medicamento com base no que é preconizado pelo Consenso do Ministério da Saúde. Outro fator dificultador é a rotatividade de médicos devido ao vínculo empregatício de contratação temporária o que impossibilita a criação de um elo entre o profissional de saúde e o usuário que é o principal objetivo da APS.

Embora o objetivo da assistência seja transversal às diversas categorias profissionais, e que a especificidade técnica se faz inerente às diversas profissões, o médico tem a prescrição de recursos utilizados nos grupos, como a principal estratégia a ser utilizada nesse momento junto ao usuário. Assim, se não há um médico para prescrever esses recursos, o trabalho dos demais profissionais poderá ficar dificultado e o usuário se sentirá desamparado e, às vezes, sem credibilidade na equipe e/ou no profissional que está, naquele momento, propondo a cessação do hábito de fumar.

Não. Nunca chegamos a fazer o grupo aqui, mesmo com a procura pelos usuários. E a gente não faz o grupo, porque eu necessito do médico. Os outros grupos que a gente trabalha aqui, como o de hipertenso e diabetes, eu faço sem o médico. Mas o de tabagismo eu preciso do médico e ele não quer fazer grupo porque ele não tem vontade de fazer. Eu tenho colegas que fazem o grupo em outra Unidade que já me chamaram para ver como que o grupo funciona e tudo, mas eu não sei como eu faria o grupo sozinha. [...]. Por exemplo, aqui tem um médico do Mais Médicos e eu estava conversando com uma médica da Universidade e ela me falou que esse médico tem que cumprir algumas atribuições e que uma delas é enquadrar na necessidade da Unidade. Então, se é uma necessidade da Unidade o grupo de tabagismo, eles vão capacitar ele e ele tem que desenvolver o grupo de tabagismo. O Programa dos Mais Médicos tem essa rigidez, a de cobrar o que ele tem que fazer. Então, eu acho que isso pode ser um gancho para aqui ter o grupo de tabagismo. [...]. Eu passei pela mesma capacitação que os outros médicos e eles falaram que não iriam fazer grupo de tabagismo. E o outro ainda falou que fuma e que não poderia fazer o grupo (Frésia – ENF – ESF).

A representação elaborada acima por um dos profissionais, aponta que um dos profissionais de saúde que, também, integram a equipe multiprofissional da UBS é um médico do Programa Mais Médicos (PMM).

O PMM é uma idealização do governo federal e foi implementado pelo MS em 2013, com o intuito de fortalecer a atenção primária através de respostas imediatas e emergenciais de curto e médio prazo e está pautado em três componentes principais: provimento emergencial dos profissionais médicos nas unidades de saúde, principalmente, naquelas em comunidades distantes; estímulo a formação de médicos com ênfase na medicina de família e comunidade, e incentivos para melhoria da infraestrutura das UBSs (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2015c).

Nesse sentido o PMM “recruta profissionais graduados no Brasil e fora do País, brasileiro e estrangeiro, para atuar nas áreas com maior necessidade e garantir a essas populações o direito concreto e cotidiano ao acesso universal – e com qualidade – aos serviços de saúde” (BRASIL, 2015c, p. 17).

Todos esses médicos precisam, obrigatoriamente, realizar um processo de acolhimento com duração média de três semanas no qual são orientados e avaliados nos quesitos legislação, características e especialidades importantes para atuação nos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde e também em comunicação em português. Recebem orientações importante conforme perfil epidemiológicos e culturais das regiões nas quais irão atuar. Somente com a conclusão desse primeiro módulo com aproveitamento é que podem se dirigir às áreas para as quais foram alocados. Todos os médicos, obrigatoriamente, devem participar das atividades previstas de aperfeiçoamento, sempre integrando ensino e serviço. Portanto, há sempre uma atuação assistencial na Atenção Básica e as atividades educacionais podem ganhar a forma de uma pós-graduação, de projetos de extensão e outras modalidades de aperfeiçoamento que podem envolver diferentes itinerários de formação, buscar desenvolver competências importantes para a prática do profissional e promover a implantação de melhorias no serviço de saúde. Além disso, está previsto na Lei o acompanhamento dos profissionais com o objetivo de contribuir, apoiar e orientar o processo de educação permanente deles. Essa tarefa foi atribuída a tutores que devem ser obrigatoriamente médicos ligados a instituições de ensino que coordenam a atuação de supervisores, que também são médicos e que deverão estar ligados a instituições de ensino, hospitais escola, escolas do SUS, programas de residência etc. É importante deixar claro que, uma vez que os médicos do Programa têm registro autorizado por Lei, seja ele o CRM ou o Registro Único, eles são responsáveis legal e eticamente por sua atuação. O papel dos tutores e supervisores está relacionado a funções na educação permanente destes profissionais, conforme já descrito, uma vez que a atuação deles é caracterizada pela integração ensino-serviço (BRASIL, 2015c, p.46, 47).

A Lei n. 12.871/2013 institui que cada médico participante do PMM terá um vínculo de contrato de trabalho durante “três anos, prorrogável por igual período caso ofertadas outras

modalidades de formação, conforme for definido em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde” (BRASIL, 2013b). Este vínculo que é estabelecido pela lei é primordial para proporcionar uma melhora da assistência, diante de um déficit de profissionais que impactam negativamente na qualidade da assistência que é prestada aos usuários nas UBSs frente a alta rotatividade dos médicos na Atenção Primária.

Até o ano de 2016, mais de 18 mil médicos do PMM estavam distribuídos em mais de 4.058 municípios do país (FACCHINI et al., 2016). Segundo o subsecretário da Atenção Primária de Juiz de Fora/Minas Gerias, o município conta atualmente com 28 médicos de 6 nacionalidades distintas que estão distribuídos em 21 UBSs (CARVALHO, 2017).

Devido ao PMM, os grupos sociais que se encontram em maior situação de vulnerabilidade têm tido uma maior oportunidade de acesso aos serviços de saúde que são oferecidos na APS (MELO, 2016).

Santos e colaboradores (2016) identificaram em seu estudo que devido aos médicos cubanos que foram contratados pelo PMM existe uma intensificação das práticas assistências de promoção da saúde, prevenção de agravos e uma melhora da qualidade de vida dos usuários devido a formação curricular que é pautada em uma medicina preventiva. Esse olhar para a saúde da família e comunidade proporciona uma prática assistencial baseada na educação em saúde que tem o foco na mudança de hábitos de vida que se caracteriza como o eixo principal das ações para a cessação do hábito de fumar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as vezes que homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde.
(Pierre Jean George Cabanis)

O propósito deste estudo foi o de conhecer e analisar as representações sociais dos profissionais de saúde que estão presentes em uma rede de significados sobre as ações para a cessação do hábito de fumar.

Foi possível inferir que o desenvolvimento das ações educativas para a cessação do hábito de fumar está relacionado ao modelo de assistência à saúde que é desenvolvido nas UBSs, seja, estratégia saúde da família, modelo tradicional ou ainda, PACS/misto, que estará refletindo, diretamente, no processo de trabalho dos profissionais de saúde que lá atuam. E, tal fato, possibilitou compreender o fenômeno das representações sociais que está intrínseco no cotidiano de trabalho desses profissionais diante do conhecimento científico e do senso comum.

Apesar do estudo ter sido realizado com um quantitativo reduzido de profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária, foi possível identificar que há uma busca pela qualificação para atuar na rede de saúde com o intuito de aprofundar o conhecimento científico para que ele possa ser aplicado no dia a dia ao lidar com a pessoa que busca por atendimento à saúde; para lidar com a pessoa que procura atendimento de saúde com uma bagagem de construções embasadas no senso comum.

Para lidar com as vulnerabilidades sociais e de saúde que surgem como uma demanda assistencial que é levada pelo usuário de uma comunidade até as UBSs, se faz necessário que o profissional de saúde consiga desenvolver uma assistência com qualidade e pautada no respeito ao próximo procurando compreender essa pessoa em seu universo como um produto da interação e comunicação que irá influenciar o convívio social. Sendo assim, é imprescindível que o profissional de saúde não esteja sobrecarregado em suas funções assistenciais e/ou administrativas. Diante da sobrecarga profissional foi possível compreender as representações sociais dos profissionais de saúde a respeito do desenvolvimento ou não das ações educativas para a cessação do hábito de fumar.

Os profissionais de saúde que desenvolvem ações para a cessação do hábito de fumar em suas Unidades de Saúde se caracterizam como sendo algo não convencional, algo destoante do que acontece na realidade. No decorrer do tempo, estes profissionais tenderão a se “enquadrarem” no que é observado em seu redor para que sejam compreendidos, pois a partir do momento que este profissional passa a desenvolver uma ação educativa a favor da cessação

do hábito de fumar, ele estará sozinho e não será reconhecido pelos demais como pertencente a um grupo que já tem um significado que o representa, sendo algo imposto. Os motivos que levam os profissionais a desenvolverem essa representação precisa ser esclarecida para que seja possível compreender esse fenômeno que é capaz de influenciar o comportamento dos demais profissionais de saúde que atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

A sobrecarga de atividades que esses profissionais enfrentam todos os dias em suas unidades de trabalho como podemos compreender está relacionada ao quantitativo elevado da população somado ao número reduzido de profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional a qual fazem parte. Os profissionais em suas representações evidenciaram que a busca pelo cuidado da população está, ainda, associada aos quadros agudos da doença ao invés de ocorrer uma porcentagem maior pela busca por ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, uma vez que a UBS está inserida na própria comunidade onde os usuários residem o que seria um fator facilitador para proporcionar o acesso ao serviço de saúde.

Esse movimento da busca pelo serviço de saúde apenas quando observado quadros agudos da doença culmina na dificuldade que os profissionais de saúde apresentam para diferenciar promoção da saúde de prevenção de agravos. E, este fato, pode estar diretamente relacionada com a sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde que acabam desenvolvendo uma prática assistencialista focada na medicina preventiva ao invés de desenvolver ações educativas voltadas para a promoção da saúde com o objetivo de empoderar os indivíduos para a prática do autocuidado.

A capacitação foi percebida como um componente essencial para guiar os profissionais de saúde que atuam na APS para que conheçam o usuário que é atendido a nível primário de atenção à saúde. Contudo, evidenciamos que as ações de educação permanente não estão sendo aproveitadas pelos profissionais de saúde em sua totalidade devido a forma com a ação é desenvolvida, que segundo os profissionais entrevistados apresentada facilitadores que não possuem em sua experiência profissional a vivência em atenção primária que seria necessária para compreender as facilidades e dificuldades que são enfrentadas no dia a dia.

As ações de capacitação em saúde precisam ser entendidas pelos gestores como uma prática que irá favorecer as relações e a comunicação dos profissionais de saúde com relação ao que é produzido por eles no cotidiano como sendo uma oportunidade de troca de experiências.

E, após a participação desses profissionais pelo curso de capacitação existiria um período de tempo ideal para que ocorresse um curso de atualização após já ter participado há um certo tempo do curso que foi oferecido pela primeira vez? Será que deve-se preconizar um

tempo médio de realização da capacitação até o desenvolvimento da ação educativa na APS, para que ocorra uma busca pelos momentos vivenciados pelos profissionais ou há a necessidade de desenvolver a capacitação com o *feedback* no momento dos cursos para que os facilitadores possam trabalhar as possíveis deficiências dos cursos ou possíveis questões que poderão acontecer ao realizar as ações educativas, nas próprias oficinas?

Acreditamos que o estudo realizado e apresentado nessa dissertação seja capaz de contribuir para que os gestores da Secretaria de Saúde do município que foi cenário da pesquisa e, dos demais municípios brasileiros, possam utilizar os resultados encontrados para reformular as atividades de capacitação em saúde voltadas para a cessação do hábito de fumar de forma a priorizar as demandas que são vivenciadas na atenção primária.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. 192 p.

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro. v.38, n.101, p.328-337, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

ALMEIDA, G. B. S. **Representações Sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: O Discurso do Sujeito Coletivo**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALTENFELDER, A. H. Desafios e tendências em formação continuada. **Constr. Psicopedag.**, São Paulo, v.13, n.10, p. 1-8, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542005000100004>. Acesso em: 14 jul. 2017.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1499-510, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499>. Acesso em: 16 jul. 2017.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**, Washington, v.96, n.6, p.10001-6, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/pdf/0961001.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revisada e atualizada. São Paulo: Edições, v. 70, 2011.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. spe 2, p.1326-1330, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 abr. 2017.

BITTENCOURT, L.; CRUZ, R. C.; SCARINCI, I. C. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.645-654, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 abr. 2017.

BOEIRA, S. L. Indústria de Tabaco está acima da Lei? In: **Aliança de Controle do Tabagismo**. 2013. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/338_Industria_de_tabaco_acima_da_Lei.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2016.

BOTELHO, F. C. *et al.* Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1889-1898, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1889.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução n.º 194 de 18 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a direção-geral de Unidades de Saúde por Enfermeiros**. Rio de Janeiro, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1941997_4251.html/print/>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 nov. 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_2015_TCU_20160211.pdf> Acesso em: 22 mar. 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo**: um grave problema de Saúde Pública. Rio de Janeiro (RJ). INCA: 2007a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: 29 out 2015.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Observatório Controle do Tabaco**. 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/consumo_per_capita>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BRASIL. **Lei n.º 7.488, de 11 de junho de 1986**. Institui o Dia Nacional de Combate ao Fumo. Secretaria de Informações Legislativas. Brasília. 1986. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=130266>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Organização Pan-americana da Saúde. Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição. Universidade de Brasília. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014: redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/cephucas/files/2013/08/Resolu%C3%A7%C3%A3o-466-2012.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil (GACT). **Tabagismo e saúde: informação para profissionais de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante** - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo** – PETab: Relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco**. Modelo Lógico e Avaliação. 2ª edição. INCA: Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 571, de 5 de abril de 2013**. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília: MS. 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 154p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 148 p.: il.- (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 164 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013>. Acesso em: 29 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 152 p.: il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014>. Acesso em: 29 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006b, 76 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 out. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Brasília. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm>. Acesso em: 16 dez. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 08 fev. 2016.

CAMARGO-JUNIOR, K. R. Apresentando Logos: um gerenciador de dados textuais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.278-287, jan-mar, 2000.

CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva – Revista e Aumentada – 2ª Ed.**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2012

CARVALHO, R. Mais médicos tem hoje 28 profissionais em JF. **Tribuna de Minas**, Juiz de Fora, 01 jul. 2017. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/noticias/cidade/01-07-2017/mais-medicos-tem-hoje-28-profissionais-em-jf.html>>. Acesso em: 01 jul. 2017.

CARVALHO, A. M. P. **Representações sociais de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre o princípio da equidade no cuidado em saúde aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. 141p.

CAVALCANTE, T. M. **O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001. 224p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.25, n.1, p.2-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2017.

COSTA, S. M. *et al.* Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.27, p.90-6, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530/552>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília Minayo (org). 33ª ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 108 p.

DIAS, H. M. **Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na atenção básica**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. 124f.

FACCHINI, L. A. *et al.* O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2652, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2652.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

FARAH, B. F. **A educação permanente no processo de organização em serviços de saúde: as repercussões do curso introdutório para equipes de Saúde da Família** – experiência do município e Juiz de Fora/MG. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. 272p.

FERNANDES, B. R. **Mundo de Marlboro: a comunicação corporativa da Philip Morris Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Comunicação Social, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2007. 167f. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/infotec/teses07-08/resumo_7108.html>. Acesso em: 02 jul. 2016.

FERRAZ, L.; VENDRUSCOLO, C.; MARMETT, S. Educação permanente na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.28, n.2, p.196-207, maio/ago. 2014. Disponível em:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8366/8871>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

FILHO, F. P. A noção de representação em Durkheim. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.61, p.139-155, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n61/a08n61>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

FIORE, M. C *et al.* **Treating tobacco use and dependence: 2008 update**. Clinical Practice Guideline, Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services, 2008.

FLAMENT, C. Pratiques et representations sociales. In: J. L. Beauvouis; R.V. Joule & J. M. Monteil (Eds.). **Perspective cognitive et conduits sociales**. Paris: Del Val, 1987, p.143-150.

FONSECA, A. Tabaco e Tabaquistas. **Arquivos de Medicina**, Porto, v.21, n.5-6, p.183-193, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p.151-163, 2012. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120/1034>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 30ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2016.

GATELY, I. **Tobacco**: a cultural history of howan exotic plants educed civilization. Nova York: Grove Press. 2001.

GIACOMET, C. L. **Aplicação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo no município de Coronel Vivida – PR**: um estudo exploratório. II Congresso Nacional de Pesquisa em Ciências Sociais Aplicadas – II CONAPE. Francisco Beltrão (PR). 2013. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/eventos/conape/anais/ii_conape/Arquivos/medicina/Artigo4_8.pdf>. Acesso em: 29 out 2015.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.747-763, 2016.

GOMES, R. M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.938-952, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400938&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2016.

GOODMAN, J. **Tobacco in History**: The cultures of dependence. Routledge: London and New York. 10ª ed. 1994, p.119-241.

GOULART, B. F.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. Equipe de enfermagem na atenção hospitalar: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, PERNANBUCO, v. 8, n. 2, p.386-95, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5682>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995, p.17.

HENRY, P.; MOSCOVICI, S. **Problème de l'analyse de contenu**. Langage, 1968.

HERIE, M. *et al.* Changing practitioner behavior and building capacity in tobacco cessation treatment: the teach project. **Patient educ couns**, USA, v.86, n.1, p.49-56, 2012.

JAQUES, T. A. 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**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p.1-10. Disponível em:

<[http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos usos e abusos do cigarro.pdf](http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos_usos_e_abusos_do_cigarro.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2016.

JAQUES, T. A. **Impasses e estratégias**: convenção-quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005). Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. 130 f.

JESUS, M. C. P. *et al.* Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.1, p.73-80, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0073.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

JODELET, D. **As representações sociais**/Denise Jodelet, organizadora: tradução, Lilian Ulup. – Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: **As representações Sociais**/Denise Jodelet. Traduzido do francês por Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves Mazzotti. UFRJ – Faculdade de Educação, dez. 1993. p.31-61.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde** – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães, Cláudia Rocha Franco, Ana Paula Brandão Costa. Juiz de Fora (MG), 2014a. 133p.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria de Saúde. **Plano de Saúde 2014-2017**. Juiz de Fora (MG), 2014b. 124p.

LAU, R. *et al.* Achieving change in primary care – causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. **Implement Sci**, USA, v.11, p.1-40, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802575/>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

LORENCETTI, C.; MALLMANN, I. L.; SANTOS, M. Fumo: espécie repleta de história. In: BARBIERI, R. L.; STUMPF, E. R. T. (Ed. Téc.). **Origem e evolução de plantas cultivadas**. Brasília: Embrapa, 2008. p. 387.

LUZ, M. F. **A história dos símbolos nacionais**: a bandeira, o brasão, o selo, o hino. Senado Federal, Congresso Nacional. 1999.

MACENO, P. R.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.25, n.4, p.1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2140015.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p.599-608, out-dez 2014.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem na saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.5, p.605-10, 2004.

MARQUES, A. C. P. R.; FURTADO, E. F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, supl. 1, p.28-32, mai. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 mai. 2017.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p.900-911, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/08.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

MELO, E. A. O que pode o Mais Médicos? **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p.2672-2674, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2672.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200615&lang=pt#B19>. Acesso em: 08 fev. 2016.

MENDONÇA, A. P.; LIMA, M. E. O. Representações sociais e cognição social. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.191-206, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Reconversion Industrielle et Changements Sociaux – Um Exemple: la Chapelleriedans l'Aude**. Paris: Colin, 1961, 41p.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NARDI, J. B. **O fumo brasileiro no período colonial**. São Paulo: Brasiliense, 1996. 452p.

NAVARRO, *et al.* **Doenças Emergentes, Saúde e Ambiente**; In: MINAYO, M.C.S. et al (Org.). **Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando Nós**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2002.

NEUMANN, B. R. G. Intervenção Breve. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **A Intervenção Breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, 1992.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, p.1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 fev. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS - **Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

ORLANDIN, E. A. S. *et al.* Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.21, n.61, p.349-361, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160103.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2017.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health-system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v.377, n.9779, p.1778-97, 2011.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.10, n.1, jul/dez, 2007.

PAWLINA, M. M. C. *et al.* Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.63, n.2, p.113-20, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200113>. Acesso em: 17 jul. 2017.

PERES, C.; SILVA, R. F.; BARBA, P. C. S. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.783-801, set/dez, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1981-7746-tes-1981-7746-sol00016.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2017.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.657-64, 2010.

PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.19, supl. 1, p.765-777, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500765&lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2016.

PINTOM, K. B. *et al.* Perfil de Trabalhadores da Saúde da Atenção Primária de Santa Rosa/RS. **Revista Saúde - UNG**, Guarulhos, v.9, n.1, p.20-31, 2015.

POLETTI, P. M. B.; MOTTA, M. G. C. Educação em saúde na sala de espera: cuidados e ações à criança que vive com HIV/aids. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.641-647, 2015.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução Ananyr Porto Fajardo. 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

PORTES, L. H. *et al.* Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Cien. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.439-448, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200439>. Acesso em: 17 jul. 2017.

RAUPP, L. M. *et al.* Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.615-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200615&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2016.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.6, p.958-967, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 out. 2015.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde – Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v.29, n.3, p.381-390, 2011a.

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2011b, v.15, n.4, p.701-709.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.; BUTLER, C. **Entrevista Motivacional no cuidado da saúde**: Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

ROMERO, L. C.; SILVA, V. L. 23 Anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, p.305-314, 2011.

SÁ, C. P. O conceito e o estado atual da teoria. In: **O conhecimento no cotidiano – As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. Org. Mary Jane P. Spink. São Paulo: Brasiliense, 1995, 311p.

SANTOS, J. B. F. *et al.* Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde Soc**, São Paulo, v.25, n.4, p.1003-1016, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000401003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SANTOS, C. F. M., BRACHT, F., CONCEIÇÃO, G. C. Esta que é uma das delícias, e mimos desta terra...”: o uso indígena do tabaco (*N. rustica* e *N. tabacum*) nos relatos de cronistas, viajantes e filósofos naturais dos séculos XVI e XVII. **Topoi**, Rio de Janeiro, v.14, n.26, p.119-131, 2013.

SANTOS, R. F.; SOUZA, C. F. Cigarro: Como continua sobrevivendo sem propaganda? E os desafios da propaganda “Brasil sem Cigarro” In: **XVI CONGRESSO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUDESTE**. Ouro Preto: Intercomunicação – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2012. p.1-13. 67p. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sudeste2012/resumos/R33-0339-1.pdf>>.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para trabalhadores do SUS**. Franca: Unesp, 2009.

SECOPTT. **Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo**. Secretaria de Saúde. Unidades que realizaram o Tratamento do Tabagismo em 2014. Juiz de Fora (MG). 2016.

SEIBERT, T. et al. What do patients want? Survey of patient desires for education in an urban university hospital. **West JEM**, USA, v.15, n.7, p.764-769, 2014.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v.7, n.2, p.101-122, 2003.

SHAW, R. L. *et al.* **Finding qualitative research**: an evaluation of search strategies. **BMC Med. Res. Methodol.**, UK, v.16, p.1-5, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC385230/>>. Acesso em: 1 mai. 2017.

SILVA, C. C.; SILVA, A. T. M. C.; LOSING, A. A integração e articulação entre as ações de saúde e de educação no programa de saúde da família – PSF. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasília, v.8, n.1, p. 70-74, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/941/1148>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SILVA, G. A. **Da aparência à essência**: o cuidado no cotidiano do portador do HIV. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004. 155p.

SILVA, L. C. C. (Org.). **Tabagismo**: doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, S. T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Cien. Saúde Coletiva**, São Paulo, v.19, n.2, p.539-552, 2014.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.34, n.5, p.343-350, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>>. Acesso em: 29 jul. 2017.

SIMÕES, A. L. A. *et al.* A Representação social do líder construída por enfermeiros. **REME - Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v.3, n. 1/ 2, p.68-74, jan./ dez, 1999. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/848>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SIMÕES, A. N. A.; FAVERO, N. O desafio da Liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.567-573, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500002>. Acesso em: 15 abr. 2017.

SINDITABACO. Exportações. **Brasil é líder mundial em exportações de tabaco**. Rio Grande do Sul, Brasil, 2016. Disponível em: <<http://sinditabaco.com.br/sobre-o-setor/exportacoes/>>. Acesso em 19 mar. 2016.

SORATTO, J. et al. A maneira criativa e sensível de pesquisar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n.6, p.994-999, 2014. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267032876019>. Acesso em: 10 jun. 2017.

SOUZA CRUZ. Tabaco e seus produtos. **A história do tabaco**. Porto Alegre. 2011. Disponível em: <http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9KPU?opendocument>. Acesso em: 19 mar. 2016.

SOUZA, I. C. W. **O profissional da APS e as substâncias de abuso**: o papel da capacitação na rotina da assistência. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010. 194p.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1.354- 1.360, 2004.

SPINK, M. J. P. **O conhecimento no cotidiano** – As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

STALIANO, P.; ARAÚJO, T. C. C. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: um estudo com agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v.3, n.1, jan-jun. 2011, p.43-51. Disponível em:<<http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/80/138>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield – Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. **How Tobacco Smoke Causes Disease**: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Washington: Office on Smoking and Health; 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>>. Acesso em: 22 out 2015.

UNITED STATES OF AMERICA. Surgeon General. **Reducing the Health consequences of smoking**: 25 years of progress. A report of the Surgeon General Rockville, Maryland: U.S. Departmente of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. 1989.

UNITED STATES OF AMERICA. Surgeon General. **The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction.** Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, Centers for Disease Control, Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. 1988

VETERE, R. **A prática e a representação social do tabagismo entre fumantes, ex-fumantes e não fumantes.** Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2014. 181p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).** Geneva: WHO, 2003. 42 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco.** Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/1/9789240687813_eng.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion.** First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: WHO; 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre as Ações para a Cessação do Hábito de Fumar na Atenção Primária à Saúde**”. Nesta pesquisa, pretende-se avaliar os recursos existentes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), além de conhecer a realidade dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações voltadas para a cessação do hábito de fumar. A pesquisa tem por **objetivos** conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar; identificar os fatores dificultadores e facilitadores no desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar; analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de ações para a cessação do hábito de fumar.

Para esta pesquisa com os profissionais de saúde, será utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas norteadoras. Após a coleta dos dados, estes serão analisados afim de responderem às questões que norteiam o estudo proposto. Para participar deste estudo, o(a) Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar em qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de anonimato. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O anonimato será mantido em eventuais publicações do estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao participante da pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, atendendo à legislação brasileira de Pesquisa envolvendo Seres Humanos pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Eu, _____, portador do Documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre as Ações para a Cessação do Hábito de Fumar na Atenção Primária à Saúde**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF: Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP: 36036-900 - Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br.

Pesquisador Responsável: Geovana Brandão Santana Almeida, Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem/UFJF - CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG - Fone: (32) 2102-3821 E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br

Pesquisador Assistente: Luiza Vieira Ferreira, Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem/UFJF - CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG - Fone: (32) 98702-6198 E-mail: luiza.luvieira@hotmail.com

APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO

I - Identificação

Entrevista nº: _____ Data: _____ Pseudônimo: _____

Região administrativa/região sanitária: _____

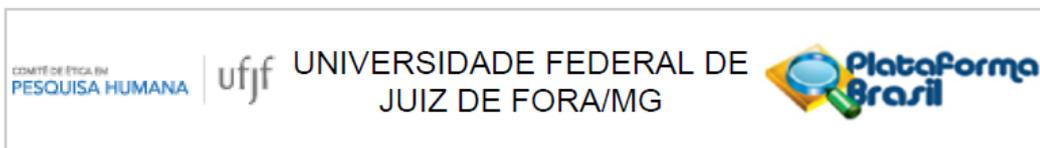
() Modelo tradicional () Saúde da Família () PACS/mista

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
DN:	Idade:	Gênero: () Feminino () Masculino
Profissão:	Titulação/Especialização? () Sim () Não Qual?	

II – Roteiro para entrevista

- 1- Fale-me sobre o seu trabalho na UAPS e sobre o que você acha de trabalhar aqui.
- 2- Você sempre quis trabalhar na Atenção Primária?
- 3- Para você, o que é educação em saúde?
- 4- E o que seria promoção da saúde?
- 5- Você já participou de algum curso de capacitação voltado para a cessação do hábito de fumar? (**Se sim**, como foi para você participar desse curso?) **Se não**, você considera que seria importante para sua prática profissional participar do curso? Por quê?).
- 6- Você já desenvolveu alguma ação com usuários aqui na UAPS para a cessação do hábito de fumar? E como foi?
- 7- Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B - PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre as Ações para a Cessação do Hábito de Fumar na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55833416.6.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.569.243

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.569.243

objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPÉs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2017.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.569.243

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_499070.pdf	01/06/2016 08:28:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	01/06/2016 08:26:34	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/06/2016 08:15:01	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Outros	Curriculosdospesquisadores.doc	06/05/2016 12:04:11	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoss1.pdf	06/05/2016 12:00:49	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaosub.pdf	04/05/2016 12:02:33	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Outros	roteiro.pdf	04/05/2016 09:58:27	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodirecao.pdf	04/05/2016 09:56:26	Luiza Vieira Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	04/05/2016 09:54:33	Luiza Vieira Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 1.569.243

JUIZ DE FORA, 01 de Junho de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br