

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

Carolina Alves Matos de Menezes

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TABAGISTAS SOBRE A RECIDIVA AO
TABAGISMO: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

**Juiz de Fora
2018**

Carolina Alves Matos de Menezes

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TABAGISTAS SOBRE A RECIDIVA
TABAGISMO: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL**

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

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

Juiz de Fora

2018



CAROLINA ALVES MATOS DE MENEZES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TABAGISTAS SOBRE A RECIDIVA AO
TABAGISMO: UMA PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

Dissertação de Mestrado apresentada
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: 06/04/18

Prof.ª Drª Geovana Brandão Santana de Almeida
Presidente da Banca
Faculdade de Enfermagem - UFJF

Prof.ª Drª Ana Inês Sousa (1ª Examinadora)
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves (2ª Examinador)
Faculdade de Enfermagem - UFJF

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

Menezes, Carolina Alves Matos de.

Representações sociais de tabagistas sobre a recidiva ao tabagismo: uma pesquisa convergente assistencial / Carolina Alves Matos de Menezes. -- 2018.

96 p.

Orientador: Geovana Brandão Santana Almeida

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2018.

1. Representações sociais. 2. Tabagismo. 3. Atenção primária à saúde. 4. Abandono do uso de tabaco. I. Almeida, Geovana Brandão Santana, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a YAUH, e somente a Ele a oportunidade de me colocar no lugar certo, na hora certa e no tempo certo. YAUSHA, sem sua presença viva em meu ser eu nada seria e nada suportaria! A Ele a honra e a glória.

A coordenadora do mestrado Nádya Fontoura Sanhudo, pela dedicação ao programa e por ser tão atenciosa com todos.

A minha orientadora Geovana Almeida, que confiou em meu potencial, sempre teve uma palavra amiga para mim e mesmo com todas suas atividades, nunca me deixou na mão. Uma amiga que levarei para sempre.

A Professora Dr^a Ana Inês Sousa, por estar tão longe e se fazer tão perto. Obrigada por aceitar estar nesta caminhada.

Ao Professor Dr. Marcelo Alves, por estar presente neste estudo desde a defesa do projeto; por me aceitar de braços abertos em seu grupo que pesquisa, que tanto me fez crescer.

A Professora Dr^a Maria Carmen, que está em minha trajetória acadêmica desde o oitavo período da graduação.

Ao Enfermeiro Alexsandro Magno, por abrir as portas da Unidade de Básica de Saúde, local da investigação.

Aos meus pais, por terem me ajudado a cuidar da Maria antes e durante o curso, para que assim eu pudesse aproveitar ao máximo a oportunidade. Vocês são exemplos de caráter e honestidade para mim.

A minha filha Maria Cecília, por ter compreendido (mesmo em sua pequenês) minha ausência nesses anos. Meus sonhos são seus e minhas conquistas são para você.

Ao meu marido, companheiro de estudo e amigo Daniel, que suportou toda a pressão destes tempos, contrapondo meu nervosismo e apreensão com amor e atenção. Te amo!

As minhas “beeest friend forEVER” Ayuri e Camila, que participaram desta caminhada direta ou indiretamente. Vocês são pessoas que levo em meu coração.

A minha grande pequena amiiiiiiiga Maggie, presente que o Mestrado me trouxe. Com você essa caminhada se tornou menos árdua, ainda mais com sua risada.

Confia no Senhor e faze o bem; habitarás na terra, e verdadeiramente serás alimentado.
Deleita-te também no Senhor, e te concederá os desejos do teu coração.
Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele o fará.
E ele fará sobressair a tua justiça como a luz, e o teu juízo como o meio-dia.
Descansa no Senhor, e espera nele; não te indignes por causa daquele que prospera em seu
caminho, por causa do homem que executa astutos intentos.
Deixa a ira, e abandona o furor; não te indignes de forma alguma para fazer o mal.

Salmos 37:3-8

RESUMO

O estudo objetivou conhecer e analisar as representações sociais de tabagistas que tiveram recaída após um período de cessação do tabagismo (PCT). Pesquisa qualitativa, com participação de 27 pessoas que participaram de pelo menos um grupo de tabagismo e tiveram recaída após a cessação do tabagismo. Os dados foram analisados à luz da Teoria das Representações Sociais e segundo a técnica de Análise de Conteúdo. Foram elaboradas quatro categorias de análise: representações do cigarro para o usuário do produto; gatilhos para voltar ao tabagismo; representação da unidade de saúde para os participantes e dificuldades enfrentadas no PCT. Após a análise das entrevistas, foram elencados 24 Diagnósticos de Enfermagem e 20 Intervenções, os quais subsidiaram a elaboração do grupo de tabagismo. A técnica utilizada nesta fase foi a Pesquisa Convergente Assistencial. Das dez pessoas convidadas para o grupo, apenas sete compareceram nos primeiros encontros, e destas sete, todas conseguiram manter-se sem fumar até o fim desta investigação. Essa pesquisa contribui para reflexões e avanço do saber no campo assistencial ao usuário do tabaco, considerando toda relevância que a temática apresenta.

Palavras-chave: representações sociais; tabagismo; atenção primária à saúde; abandono do uso de tabaco.

ABSTRACT

The study aimed to know and analyze the social representations of smokers who relapsed after a period of smoking cessation (PCT). Qualitative research, with the participation of 27 people who participated in at least one smoking group and relapsed after cessation of smoking. The data were analyzed considering the Theory of Social Representations and according to the technique of Content Analysis. Four categories of analysis were elaborated: cigarette representations for the user of the product; triggers to return to smoking; representation of the health unit for the participants and difficulties faced in the PCT. After analyzing the interviews, 24 Nursing Diagnoses and 20 Interventions were enrolled, which subsidized the elaboration of the smoking group. The technique used in this phase was the Convergent Care Research. Ten people were invited to the group, but only seven attended the first meetings, and of these seven, all could remain non-smoking until the end of this investigation. This research contributes to reflections and advancement of the knowledge in the care field to the tobacco user, considering all the relevance that the theme presents.

Keywords: social representations; smoking; primary health care; abandonment of tobacco use.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos participantes	31
Quadro 2 - Lista de presença de cada encontro.....	62
Quadro 3 - Relação dos medicamentos prescritos.....	64
Diagrama 1 - Fluxo de contato com os participantes	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária a Saúde

CEP-HU/UFJF - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CQCT – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PAB – Piso da Atenção Básica

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

SISNEP – Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 HISTORICO DO USO, PRODUÇÃO E CONCEPÇÃO SOCIAL DO TABAGISMO	
2.1 Os primórdios do consumo e produção do tabaco.....	19
2.2 Impactos econômicos e na Saúde Coletiva.....	20
2.3 As substâncias do cigarro e seus efeitos	21
3 REFERENCIAL TEORICO-METODOLÓGICO	
3.1 Teoria das Representações Sociais.....	22
3.2 Pesquisa Convergente Assistencial.....	24
3.3 Relação entre a TRS e PCA para o estudo.....	27
3.4 Cenário.....	28
3.5 Participantes.....	28
3.6 Coleta dos Dados.....	29
3.7 Aspectos Éticos.....	32
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
5.1 REPRESENTAÇÕES DO CIGARRO PARA O USUÁRIO DO PRODUTO	
5.1.1 O cigarro como um calmante	35
5.1.2 Condicionamento do cigarro às atividades do cotidiano.....	37
5.1.3 Personificação do cigarro como uma companhia.....	38
5.2 REPRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA OS USUÁRIOS.....	40
5.3 FATORES DESENCADEANTES PARA RECIDIVA.....	43
5.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS NO PERÍODO DE CESSAÇÃO DOc	
TABAGISMO	
5.4.1 A impossibilidade de desenvolver atividades do dia a dia sem o cigarro.....	46
5.4.2 Negações ou ausência de dificuldades no processo de parar de fumar.....	50
6. A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	
6.1 Diagnósticos e intervenções de enfermagem para subsidiar as ações do grupo de tabagismo.....	52
6.2 Pesquisa Convergente Assistencial aplicada ao grupo de tabagismo.....	66
6.2.1 Estruturação do grupo pelas fases da PCA.....	67
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	87

ANEXOS	89
---------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

“Em tudo somos oprimidos, mas não sucumbimos. Vivemos em completa penúria, mas não desesperamos. Somos perseguidos, mas não ficamos desamparados. Somos abatidos, mas não somos destruídos.” II Coríntios 4, 8-9.

Durante meu estágio da graduação em enfermagem, tive a oportunidade de guiar com meus companheiros de campo e o enfermeiro da unidade um grupo de tabagismo. Esta experiência me fez despertar para a necessidade de atenção a estes usuários. Percebi que a maioria dos que frequentaram aquele grupo eram pessoas que já tinham participado em algum momento de um grupo de tabagismo, porém, por motivos não citados, retornaram ao tabagismo.

Ao refletir sobre o assunto, levantei alguns pressupostos para estas pessoas terem tantas dificuldades em parar de fumar, que podem ser compreendidos em duas grandes dimensões: política, cultural e biológica.

Cultural, quando reflito que a concepção do tabaco ainda está sendo desconstruída como algo bom, que possa dar algum tipo de prazer sem nenhum malefício para a saúde daquele que fuma, ao contrário do que foi amplamente divulgado nas mídias por anos. Concepção esta que culminou em pesquisas científicas relacionadas aos efeitos do cigarro - com suas mais de 4.000 substâncias - no corpo humano e explicitaram resultados que contrapuseram essa realidade divulgada.

Os governos, ao longo dos anos, taxaram e taxam grande parte do valor do produto e, por isso, a indústria tabagista teve grande apoio midiático. No entanto, com o passar dos anos, os efeitos do cigarro se tornaram gastos com a saúde da população fumante ativa e passiva, devido as doenças que essa doença traz.

Não há como falar de relação governo-política e indivíduo sem podemos citar Michel Foucault. Em meus estudos paralelos acerca deste filósofo, pude observar que o poder para ele funciona como algo que atravessa todo o corpo social.

Foucault não nega a importância do Estado; sua intenção é demonstrar que as relações de poder ultrapassam o nível estatal e se estendem por toda a sociedade (DANNER, 2010). Portanto, falar sobre a concepção social do cigarro nas diferentes

épocas transpassa a questão meramente biológica (processo saúde – doença) do indivíduo e da sociedade, e esbarra na intencionalidade do Estado em criar verdades ao longo do tempo e oferecer a reversão ou a cura para problemas incentivados pelo mesmo.

Todas essas questões se relacionam com a dimensão biológica, que além da dependência química relacionada a nicotina presente no cigarro e também aos hábitos de vida que os usuários relataram, estavam atrelados ao uso do cigarro, como ver televisão, beber café, entre outras, ou seja, no seu cotidiano.

O tabagismo é uma doença caracterizada pela dependência da substância química à nicotina, cujos malefícios não atingem somente os fumantes, mas, de forma ampla e danosa, a toda sociedade e ao meio ambiente. A prevenção do consumo de produtos derivados do tabaco e o esclarecimento acerca dos fatores de risco e de proteção à saúde, bem como a construção de uma sociedade mais consciente sobre a necessidade de formar cidadãos mais saudáveis, são deveres do Estado, da família e de toda a sociedade (BRASIL, 2016).

No cenário das políticas públicas, o abandono do tabagismo vem ganhando destaque. Isso se deve ao fato de que o tabagismo é um problema de saúde pública, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal causa de morte evitável no mundo (JESUS, 2016).

Estima-se que um terço da população mundial adulta fume, o que representa aproximadamente 47% da população masculina e 12% da feminina (WHO,2013). A região mundial que apresenta maior concentração de fumo de tabaco é a Europa, e a menor é a África. Nas Américas, o Brasil representou 18,7%, sendo que no Chile, esta é de 40,1% (WHO,2015).

Segundo dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em 2016, o percentual de fumantes maiores de 18 anos era de 10,2%.

Em 2015, o Brasil ocupava o oitavo lugar no ranking de número absoluto de fumantes (7,1 milhões de mulheres e 11,1 milhões de homens), mas a redução coloca o País entre os campeões de quedas do volume de pessoas que consomem tabaco (GBD, 2015).

No período de 1989 (início da taxação sobre o cigarro) a 2010, houve uma queda de 46% no total de fumantes, o que se deve as Políticas Públicas de controle do tabagismo que foram implementadas (LEVY et al, 2012).

O sucesso na política antitabaco é de grande relevância na diminuição da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e está relacionado à estratégia multissetorial do governo brasileiro, sob a liderança do setor saúde, com forte arcabouço regulatório (BRASIL, 2016).

Destacam-se como ações regulatórias, a proibição de propaganda, a promoção e o patrocínio de cigarros (com exceção dos pontos de venda), a vinculação de imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, entre outras (BRASIL, 2016).

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é um instrumento que visa proporcionar um quadro para a implementação de medidas com finalidade de combate ao tabagismo. Suas disposições oferecem aos Estados-Membros um arsenal jurídico que garante, quando aplicado, uma redução da prevalência do tabagismo. A CQCT representa “uma evolução fundamental” na forma e nas disposições que tratam da importância das estratégias para a diminuição da demanda juntamente com a redução da oferta (KASTLER, 2016). A adesão do Brasil à CQCT se deu em 2006, vinculando o país legalmente ao tratado, representando um marco no processo (BRASIL, 2016).

Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para ampliação das advertências em maços, maior controle da propaganda nos pontos de venda e proibição dos aditivos de sabor nos cigarros (BRASIL, 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), traz como uma de suas ações, no Eixo II, da Promoção da Saúde, o fortalecimento das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso do álcool e do tabaco (BRASIL, 2011).

O tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), é regulado pela Portaria Nº 1.035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/Nº 442, de 13 de agosto de 2004. Estas portarias ampliam o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo à atenção básica e média complexidade da rede do SUS.

Incluem os procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) referentes ao tratamento do tabagismo e aprovam o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS (Anexo I da Portaria

SAS/MS/Nº 442/2004) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dependência à Nicotina (Anexo II da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004) (BRASIL, 2014).

Estas portarias acima citadas definem também que a abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento do tabagismo, deve ser realizada, com o apoio medicamentoso quando indicado. Poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação (Anexo I da Portaria SAS/MS/Nº 442/2004) (BRASIL, 2014).

O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade. A adesão das UBSs deve ser realizada por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (BRASIL, 2014).

Destaca-se a importância da Atenção Básica na realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, vinculando-se e responsabilizando-se pelos usuários (BRASIL, 2011).

O tratamento do indivíduo fumante na UBS inclui avaliação clínica, abordagem intensiva, individual ou em grupo e, caso necessário, a terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva (BRASIL, 2014). Esta abordagem envolve a terapia cognitiva comportamental que

“combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais e é muito utilizada para o tratamento das dependências químicas. Os componentes principais dessa abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Em essência, esse tipo de abordagem se baseia no auto-controle ou no auto-manejo para que o indivíduo possa aprender como escapar do ciclo vicioso da dependência e tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento” (SARDINHA,2005.)

Fumar é um comportamento extremamente reforçado diariamente. Por isso, a técnica recomendada para o tratamento do tabagista é a abordagem de modelo cognitivo comportamental, tendo como fio condutor o entendimento de que o ato de

fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva à dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina. O tratamento do tabagismo tem como objetivo a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vínculos comportamentais ao ato de fumar, aliando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (BRASIL, 2016).

Os medicamentos e seu uso tem um papel bem definido no processo de “parar de fumar”, que é o de minimizar os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina, facilitando a abordagem intensiva do tabagista (BRASIL, 2002). Sabe-se que os medicamentos não devem ser usados de modo isolado, e sim, em associação com uma abordagem adequada. Dessa forma, o tabagista sente menos ânsia ao parar de fumar e, mais confiança para pôr em prática as orientações recebidas durante as sessões da abordagem intensiva (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004; BRASIL, 2013).

Segundo Silva (2016), o processo de parar de fumar possui vários estágios, uma vez que não é possível deixar este comportamento rapidamente. Até que a pessoa consiga cessar o tabagismo, ela percorre uma trajetória, que são os estágios de mudança, elaborados por Prochaska e Di Clemente (1983), sendo eles:

1. Estágio pré-contemplativo: nesse estágio o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos seis meses. São aqueles pacientes que veem mais prós do que contras em fumar, que negam os malefícios do tabaco à saúde;
2. Estágio contemplativo: pretende seriamente parar de fumar nos próximos seis meses, mas, na verdade, está ambivalente. Encontra um pouco mais contras do que prós em fumar, mas, em caso de dúvida, não para;
3. Preparação para ação: pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Já começa intuitivamente a usar técnicas comportamentais para livrar-se do fumo. Adia o primeiro cigarro do dia, diminui o número de cigarros fumados. Fez pelo menos uma tentativa de parar de fumar no último ano;
4. Ação: O indivíduo parou de fumar;
5. Manutenção: Até seis meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. Esse período não ocorre passivamente, apenas deixando as coisas como estão. O indivíduo utiliza mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo até mesmo alterar seus hábitos rotineiros (como passar a não tomar mais café, por exemplo) (SILVA, 2016).

Neste sentido, a realização de Grupos de Tabagismo vem se mostrando uma das estratégias importantes para a sensibilização das pessoas usuárias do tabaco, no contexto da atenção primária à saúde, para a adesão às propostas de abandono do tabagismo. Contudo, as recaídas ainda são constantes, sendo que estas se caracterizam pelo retorno ao consumo de cigarros após parar de fumar (BRASIL, 2016).

Ao que cabe a Enfermagem neste contexto é que, de acordo com o Código de Ética, em seu artigo 36º, o profissional enfermeiro dispõe do direito de “participar da prática profissional multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade” e em seu artigo 86º “realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais” (BRASIL, 2007).

Sabe-se que na condição de tabagista, o usuário vai ao longo de sua vida estabelecendo associações com seu cotidiano e o comportamento de fumar. Ao deixar de fumar e realizar determinadas ações que se tornaram condicionamentos, o desejo de fumar poderá surgir e a recaída ocorrer (BRASIL,2016).

A partir desses apontamentos e, ao buscar na literatura a temática em questão, encontra-se diversas publicações sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, junto aos usuários do tabaco, porém, percebe-se a escassez de estudos que discutem a interrupção do processo de cessação do tabagismo.

Dessa forma, acredita-se que ao identificar as dificuldades que os usuários apresentam em manter-se sem fumar, mesmo após um longo período de cessação do tabagismo, novas modalidades assistenciais será possibilitada, que possam contribuir com o usuário, para o alcance do objetivo de abandonar o tabagismo e manter-se ativo no processo no sentido de não mais recair.

Portanto, este estudo tem como objeto as representações sociais de tabagistas que tiveram recaída após a cessação do tabagismo e os objetivos são conhecer e analisar as Representações Sociais de tabagistas que tiveram recaída após a cessação do tabagismo; e propor um novo grupo de tabagismo para estes, com abordagem diferenciada, para atender a singularidade destes em seu processo de parar de fumar.

2 HISTÓRICO DO USO, PRODUÇÃO E CONCEPÇÃO SOCIAL DO TABAGISMO

“Para os montes levanto os olhos: de onde me virá socorro? O meu socorro virá do Senhor, criador do céu e da terra.” Salmos 120, 1-2.

2.1 Os primórdios do consumo e produção do tabaco

O tabaco tem uma longa história originada nas Américas. Os índios Maias do México esculpam desenhos em pedra mostrando o uso do tabaco. Estes desenhos datam de algo entre 600-900 DC. Em 1847, a famosa Phillip Morris é estabelecida, vendendo cigarros turcos enrolados à mão. Logo depois, em 1849, a empresa J. E. Liggett and Brother é estabelecida em St. Louis, Missouri. Os primeiros cigarros comerciais foram feitos em 1865 por Washington Duke em Raleigh, Carolina do Norte. Seus cigarros de palha eram vendidos aos soldados no final da Guerra Civil. Em 1902, a britânica Phillip Morris incluiu a marca Marlboro. No entanto, a demanda por cigarros cresceu e, em 1913, a RJ Reynolds começou a comercializar a famosa marca Camel (REIS, 2017).

O Brasil é o segundo maior produtor e o maior exportador de tabaco do mundo, o que envolve uma complexa cadeia produtiva coordenada por grandes companhias transnacionais de tabaco. Frequentemente, representantes dessas empresas dão declarações enaltecendo essa produção como uma atividade geradora de emprego, arrecadação, desenvolvimento e qualidade de vida (INCA,2017).

Tolotti e Davoglio (2010), por meio de uma pesquisa observacional, descritiva e comparativa, teve por objetivo analisar as propagandas de cigarro veiculadas na televisão brasileira, à legislação antitabaco e aos dados oficiais de consumo de cigarro pela população adulta do país entre 1980 e 2002, a fim de verificar se as diferentes propagandas e leis exerciam impacto nos dados de consumo populacional de cigarro. Ao obter dados históricos referente a propaganda, pode-se observar a evolução do que é dito em relação ao uso do tabaco nas propagandas e a reação dos órgãos regulatórios, como o Ministério da Saúde.

2.2 Impactos econômicos e na Saúde Coletiva

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde escolheu o tema *“Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento”* com o objetivo de promover discussões sobre a relação entre o tabagismo e o desenvolvimento econômico e social.

Sabe-se que o tabaco corrobora para o empobrecimento do indivíduo e de suas famílias, visto que seus consumidores têm maior propensão ao adoecimento, logo, perda de produtividade e renda. Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, *“a produção agrícola de tabaco e a manufatura dos seus derivados podem contribuir em alguns casos para o adoecimento e o empobrecimento das famílias envolvidas nessas atividades. Tabaco e pobreza formam um ciclo vicioso do qual é difícil escapar”* (WHO,2006).

Os encargos à saúde provocados pelo consumo do tabaco são altíssimos em todo o mundo. Estes custos da assistência médica aos tabagistas no Brasil aproximam-se de 40 bilhões de reais (INCA, 2017).

Segundo as novas estimativas,

“esses resultados apontam para uma perda anual de 56,9 bilhões de reais, ou o equivalente a 0,96% do PIB nacional. Em contrapartida, a arrecadação fiscal pela venda de produtos de tabaco e derivados alcançou, em 2015, o valor aproximado a 13 bilhões de reais, um montante que cobre somente 33% dos custos diretos causados pelo tabagismo ao sistema de saúde e que representa apenas 23% do gasto total atribuível ao tabagismo” (INCA, 2017).

A poluição ambiental gerada pela fumaça do cigarro já é de conhecimento científico, porém, um dado interessante é que nos últimos anos, aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes descartaram cerca de 6 trilhões de guimbas de cigarros no meio ambiente e estima-se que, em 2025, o número chegará a 9 trilhões. Essas contêm substâncias cancerígenas, pesticidas e nicotina e os filtros levam cerca de 15 anos para se decompor, gerando contaminação (MENDONÇA, 2017).

2.3 As substâncias do cigarro e seus efeitos

A nicotina do tabaco causa dependência química similar à dependência de drogas como heroína ou cocaína. O tabagismo está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa. É considerado uma doença pediátrica, pois a idade média da iniciação é 15 anos (INCA, 2007). Os fumantes inalam cerca de 4.720 substâncias tóxicas, como amônia, formaldeído e arsênio (ROSEMBERG, 2004). Em 2015, o tabaco foi responsável por cerca de 150 mil mortes (INCA,2017).

Das mortes atribuíveis às doenças relacionadas ao tabaco, 16% estavam relacionadas às doenças cardiovasculares e 13% ao AVC; DPOC, com 74%, e 78% de mortes por câncer de pulmão. Importante ressaltar que 13% das pneumonias e 33,6% das mortes por outros cânceres são atribuíveis ao tabagismo (INCA, 2017).

O tabagismo é responsável pela ocorrência anual de 1 milhão de eventos em saúde caracterizados por infarto agudo do miocárdio, representando 43% desses eventos, 34% de casos novos de DPOC, 5% de AVC e 4% de novos diagnósticos de câncer. Sobre o câncer, estima-se que 80% dos cânceres de laringe, 78% cânceres de pulmão, 65% cânceres de esôfago e 59% das neoplasias de boca e faringe podem ser relacionadas ao tabagismo, o que influencia a ocorrência de câncer de estômago, pâncreas e rins (INCA, 2017).

3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

*“Não vos preocupeis, pois, com o dia de amanhã: o dia de amanhã terá as suas preocupações próprias. A cada dia basta o seu cuidado”
Mateus 6, 34.*

Estudo descritivo, que, segundo GIL (2008), têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Foi utilizado a abordagem qualitativa, a qual permite descobrir processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos específicos e assim propiciar a elaboração de novos meios de abordagem, revisão e criação de conceitos durante o processo de investigação, tendo empirismo e a sistematização do conhecimento até a compreensão lógica daquele grupo (MINAYO, 2010).

3.1 Teoria das Representações Sociais

Esta pesquisa está embasada na Teoria das Representações Sociais (TRS), com a abordagem processual. A TRS tem ganhado grande espaço no campo das ciências da saúde, como na enfermagem, já que a utilização desta em pesquisas científicas traz ao conhecimento a percepção do outro frente a um fenômeno ou acontecimento em sua vida ou sociedade a qual este pertence. Portanto, justifica-se o uso desta teoria neste estudo, pois se articula de forma mais apropriada com o objeto, ao almejar conhecer o significado de algo para alguém, ou seja, um processo pelo qual se têm a relação entre o mundo e as coisas (SÊGA, 2000).

Émile Durkheim (1858-1917) foi o primeiro a trabalhar de maneira explícita o conceito de representações sociais. Durkheim descreve as três características que distinguem os fatos sociais de outros ou fenômenos naturais. A primeira é a coerção social, conhecida como o conjunto de regras, crenças, valores previamente estabelecidos para regular as relações sociais, sendo esta uma força coercitiva dos fatos. A segunda característica é a exterioridade, que se refere às vontades coletivas que existem independentes das vontades individuais. A terceira é a de generalidade, que engloba a dimensão dos fatos sociais, pela aceitação da maioria, isso significa que é social todo fato que é geral (DURKHEIM, 2007; COSTA, 2005).

As representações coletivas só existem quando-são formadas pelo todo, que resulta da coercitividade, exterioridade, generalidade dos fatos sociais, ou seja, as representações coletivas, ou sociais, são resultantes do coletivo e feito para o coletivo, pelo que as pessoas fora dos grupos sociais não passam de meros sujeitos isolados (SANTOS; DIAS, 2015).

O psicólogo social Serge Moscovici (1928 - 2014), imigrou para França em 1948, e, entre os fatos históricos marcantes de sua vida inclui-se o contexto da II Guerra Mundial. Em 1961, publicou a tese *La Psychanalyse, Son Image, Son Public* e propôs a Teoria das Representações Sociais como fenômeno interdisciplinar e científico, que não se limita apenas as Ciências Sociais ou à Psicologia Social, mas ao conjunto de conhecimento psicossociológico (SANTOS; DIAS, 2015).

Na percepção de Moscovici, as representações sociais devem ser vistas como uma maneira de compreender e de se comunicar com a realidade social. A representação social tem como objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa (MOSCOVICI, 2010).

O objetivo de sua teoria é proporcionar um olhar diferenciado sobre o individual e o coletivo, tornando-se uma alternativa confiável para a compreensão social (SANTOS; DIAS, 2015).

Para Moscovici (2003) a TRS toma como ponto importante a diversidade individual em toda sua individualidade com o objetivo de descobrir como indivíduos e grupos tão diferentes podem construir um mundo estável e previsível.

Segundo Moscovici (2010), a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar isso significa que o indivíduo precisa conhecer o objeto ou sujeito para representar. Por isso, Moscovici afirma que existem dois processos que geram as representações sociais: Ancoragem e Objetivação.

Ancorar significa “classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2010). Deste modo, a Ancoragem tem o papel de categorizar e tornar comum aos sujeitos algo que lhe parece estranho.

O segundo processo é a objetivação, que externaliza o conhecimento abstraído pelos sujeitos. Segundo Moscovici, a “objetivação transforma algo abstrato em algo quase concreto, transfere o que está na mente em algo que exista no mundo físico” (MOSCOVICI, 2010).

Os dois mecanismos que geram, juntos, as representações sociais “transformam o não familiar em familiar, transferindo-o a própria esfera particular, onde os sujeitos são capazes de compará-lo e interpretá-lo; e depois, reproduzindo-o entre as coisas que pode ver e tocar, e até mesmo controlar” (MOSCOVICI, 2010).

Sêga (2000) reforça que a TRS se apresenta como “a maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações que lhes concernem” (SÊGA, 2000).

À partir das concepções de Moscovici, onde as representações sociais devem ser uma forma de compreender e de se comunicar com a realidade social, além da função de abstrair o sentido do mundo e inferir ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa, este estudo traz a possibilidade de reestruturar, à partir do que é feito na prática dos serviços básicos de saúde, novas modalidades assistenciais, centrando no usuário do serviço que traz os indicadores das dificuldades apresentadas para manterem-se sem fumar, após participarem de todas as possibilidades ofertadas pelos profissionais/serviços de saúde.

Nesse sentido, é preciso buscarmos novas modalidades assistenciais, centradas nas representações sociais dos usuários do tabaco, que possam contribuir para que as ações sejam rediscutidas e reinventadas.

3.2 Pesquisa Convergente Assistencial

A Pesquisa Convergente Assistencial foi idealizada em 1989, a partir de conteúdos ministrados nas disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde surgiram discussões sobre a aplicabilidade dos resultados das pesquisas na prática assistencial.

Foi proposta em 1999 por *Lígia Paim e Mercedes Trentini*, e apresentada à comunidade acadêmica por meio do livro *Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial*, tendo sua segunda edição em 2004 (*Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem*) e sua terceira em 2014 (*Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*).

Esta tem a intencionalidade de unir métodos de pesquisa e métodos de prática assistencial, ou seja, teoria e prática. A metodologia convergente-assistencial

possibilita refletir e aprimorar a prática profissional, conferindo à assistência científicidade e afastando a crença dicotômica entre teoria e prática (PIVOTO, 2013).

A partir desta reflexão, o presente estudo tem a intencionalidade de interferir na prática assistencial por meio de uma reflexão teórica acerca das modalidades de assistência ao usuário tabagista, voltando-se ao recorrente; portanto, o uso da PCA se fez pertinente visto que um dos produtos deste estudo será o aprimoramento da prática assistencial deste contexto e a elaboração de estratégias diferenciadas para a abordagem a estes, possibilitando um retorno ao serviço.

Segundo Trentini, os princípios da PCA são, dentre outros, manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial; o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas; realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação. O pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado; aceita a utilização de vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados (TRENTINI, 2004; TRENTINI, 2006).

Possui um delineamento dual, primeiro devido ao fato de se diferenciar de outros tipos de pesquisa por ser específico ao propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/ tecnológico para minimizar problemas por introdução de inovações e mudanças nas práticas assistências e segundo, por requerer a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI, 2014).

Neste estudo, a dualidade é vista quando o pesquisador estiver inserido no serviço que será realizado a pesquisa e partindo da vivência deste, poderá investigar e propor uma nova forma de prática assistencial, gerando conhecimento e aprimoramento ao serviço.

Assemelha-se as demais pesquisas, pois segue o passo a passo de o pesquisador perguntar-se o que pesquisar, para que pesquisar, por que pesquisar, com que suporte teórico, onde, com quem, com quais instrumentos, como e quais os resultados esperados (TRENTINI, 2014).

A PCA tem como pressupostos que o campo da prática assistencial é um espaço onde se manifesta fenômenos a serem desvelados; o contexto da prática não é só o ambiente de assistir, mas também é lugar de pensar; o contexto da prática suscita inovação; a prática é um campo fértil para estudo; e que ao atrelar a pesquisa e a assistência, o trabalho e o meio científico são vitalizados (TRENTINI, 2014).

Uma pergunta pode ser feita para checar se a pesquisa a ser desenvolvida se assemelha a uma PCA: qual conhecimento que pretendo desenvolver? Se a resposta for “desenvolver um conhecimento que incite a melhoria das práticas assistenciais no espaço da pesquisa por meio de inovações contando com a imersão do pesquisador na assistência no decorrer da pesquisa”, você está frente a uma PCA (TRENTINI, 2014).

Tem-se como um dos objetivos deste trabalho levantar uma proposta de reestruturação da modalidade assistencial ao tabagista reincidente ao tabagismo. Portanto, tem-se a intenção de desenvolver uma estratégia de melhoria e inovação na prática assistencial, que neste caso é o grupo de tabagismo.

Este método propõe mudanças nos processos gerenciais, processuais, técnicos/ teóricos, emocionais e comportamentais, pois na prática assistencial os elementos estão difundidos e discutem entre si (TRENTINI, 2014).

Os conceitos regidos pela convergência (prática e teoria) possuem propriedades individuais e que se compatibilizam pela regência do construto e nomeiam-se dialogicidade, expansibilidade, imersibilidade e simultaneidade. A dialogicidade diz respeito ao conhecimento que se constrói pela interlocução, visto que na PCA é o grupo que está na prática que assume a responsabilidade de dar continuidade as mudanças – estas não devem ser impostas. A expansibilidade se deve a capacidade de expandir o propósito inicial pensado pelo pesquisador durante todo o processo de pesquisa. A imersibilidade correlaciona a exigência de imersão do pesquisador na prática durante a pesquisa. Já a simultaneidade é a não dominância da pesquisa sobre a prática e vice-versa; ambas dialogam em suas capacidades (TRENTINI, 2014).

Os instrumentos e técnicas de coleta de dados podem ser os mais variados, sendo os mais utilizados na enfermagem, como os autorrelatos, observação e medidas biofisiologias. São estes as entrevistas (abertas, que para a PCA é chamada de entrevista conversação; e estruturadas, mas sempre ancoradas a um modelo teórico), a observação (banal ou direcionada, visto que para a PCA a observação é sempre participante) e discussão de grupos (focais ou de convergência) (TRENTINI, 2014).

Usou-se a entrevista aberta para apreendermos as representações e a observação participante (descrita pela PCA) por meio da execução dos grupos de tabagismo; a discussão de grupos se dará com todos aqueles que aceitarem participar

de um grupo específico para usuários reincidentes ao tabagismo após alguma tentativa (uma ou mais).

Toda pesquisa tem ancoragem em métodos científicos, visto que este é o único guia de confiabilidade dos achados. O pilar teórico da PCA é a convergência entre duas situações que estão em processo no mesmo espaço de trabalho. Logo, o rigor científico da PCA é o mesmo de qualquer pesquisa científica (TRENTINI, 2014). Neste estudo todos os aspectos éticos relacionados a pesquisa com seres humanos foram seguidos e respeitados.

O caminho para a escolha da PCA para este estudo se pautou principalmente em seus impactos produzidos, sendo alguns: o despertar do pensamento científico na prática, o conhecimento profissional, o diferenciar o senso comum e o conhecimento verdadeiro, a própria expansão da PCA como método, a possibilidade de pesquisar, assistir e ensinar concomitantemente e principalmente, a diminuição da lacuna entre os resultados e pesquisa e sua aplicabilidade na prática (TRENTINI, 2014).

A enfermagem lida constantemente com pessoas, logo incertezas e emoções. A prática é a razão de ser da profissão e vale ressaltar que é base inovadora do exercício profissional. A integração da pesquisa com a prática exige planejamento a curto e longo prazo (TRENTINI, 2014).

3.3 Relação entre a TRS e PCA para o estudo

Neste estudo, o que mais desperta a necessidade de articular PCA enquanto método com o referencial teórico (Teoria das Representações Sociais), é que ao conhecer as representações sociais dos usuários que tiveram insucesso no processo de parar de fumar, pôde-se construir estratégias efetivas ao relacioná-las aos aspectos gerenciais do serviço, pessoais, psicológicos e da própria estrutura do sistema de saúde ofertado a este usuário.

Com estas informações, ao articular com as fases da PCA, o caminho percorrido até as inovações assistenciais partiu da reflexão sobre a literatura, das representações obtidas (como forma de dar a voz ao usuário) e da observação do pesquisador imerso na prática assistencial.

3.4 Cenário

O cenário do presente estudo foi uma Unidade de Atenção Básica de Saúde tradicional em um município da Zona da Mata, em Minas Gerais. O horário de funcionamento desta UBS é de sete horas da manhã às dezessete horas, sendo que o horário de almoço é de onze as treze. Possui área de abrangência de quatro bairros, atendendo assim 9.368 pessoas. Nesta UBS, há o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão, por meio de convênio entre prefeitura municipal e UFJF. As ações desenvolvidas nesta unidade são de promoção, prevenção e recuperação da saúde a nível primário de atendimento. Esta UBS foi escolhida por ser a unidade em que a pesquisadora realizou seu estágio curricular da graduação, no segundo semestre de 2015.

Os grupos de tabagismo desenvolvidos pela equipe da UBS contam com apoio multidisciplinar, sendo o profissional enfermeiro o condutor principal deste processo. Estes grupos são distribuídos em quatro encontros semanais que acontecem nas dependências da UBS, o que inclui a avaliação médica para definição de estratégias de medicações e outras medidas individualizadas, e consultas periódicas de retorno, encontros quinzenais e mensais até completar um ano de tratamento. Estes grupos atualmente acontecem semestralmente, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que conduz os encontros e os estagiários do curso de graduação em enfermagem como apoio nas intervenções grupais.

Os grupos ocorrem de acordo com as Orientações Técnicas do Tratamento do Tabagismo, que consta no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Dependência à Nicotina - Anexo II da Portaria nº 442/SAS/MS, de 13 de agosto de 2004, e a Portaria Nº 761, de 21 de Junho de 2016, que valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

3.5 Participantes

Os participantes do estudo foram usuários que participaram de algum grupo de tabagismo realizado na UBS em questão, no período compreendido entre janeiro de 2012 a maio de 2017. Em um primeiro momento, foi feito um levantamento dos

registros destes usuários em um caderno específico do grupo de tabagismo desta UBS; estes registros contiveram informações as informações: nome, idade e telefone.

A partir desses dados, foi elaborada uma lista sistematizada com estas informações para que o pesquisador pudesse acioná-los por meio telefônico. Ao telefonema, estes usuários foram esclarecidos do porquê da ligação proveniente da UBS e logo após foram feitas duas perguntas chave? “*O senhor (a) está se mantendo sem fumar desde o grupo de tabagismo realizado na UBS?*” e “*Em algum momento após a sua participação no grupo de tabagismo o senhor (a) fumou?*”. Todos os usuários que não se mantiveram sem fumar foram os participantes da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram homens e mulheres, maiores de 18 anos, que participaram de pelo menos um Grupo de Tabagismo no espaço temporal entre janeiro de 2012 a maio de 2017, que em algum momento tiveram pelo menos uma recaída do tabagismo e que concordarem em participar livremente, de forma voluntária e sem ônus ou bônus, sendo esta formalizada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1). Já os critérios de exclusão foram usuários que não atenderam ao telefone até a segunda tentativa; usuários que não aceitaram participar da entrevista em horário pré-estabelecido ou não compareceram a mesma.

3.6 Coleta dos dados

Os dados iniciais foram provenientes do livro de registro dos contatos dos usuários que chegaram a unidade com a demanda de participar do grupo de tabagismo. Estes deixaram registrados os seus nomes e números telefônicos para que a unidade entrasse em contato quando um novo grupo estivesse sendo formado. No total, retirando as duplicações de nomes/ telefones, foram sistematizados os dados de 224 usuários que deixaram contato entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016.

Os registros dos grupos que aconteceram antes do ano de 2015 estavam incompletos no que diz respeito a presença dos usuários nos encontros e os encontros quinzenais e anuais não foram registrados. Outro registro ausente foi quando a pessoa parou de fumar; se na primeira semana, segunda e assim consecutivamente e sobre o uso de medicamentos (Bupropiona) ou do adesivo de nicotina.

Nos prontuários pessoais dos usuários não está o registro da participação e, conseqüentemente nenhuma informação sobre a passagem deste usuário no grupo de tabagismo, como registro de eventos adversos decorrentes do processo de parar

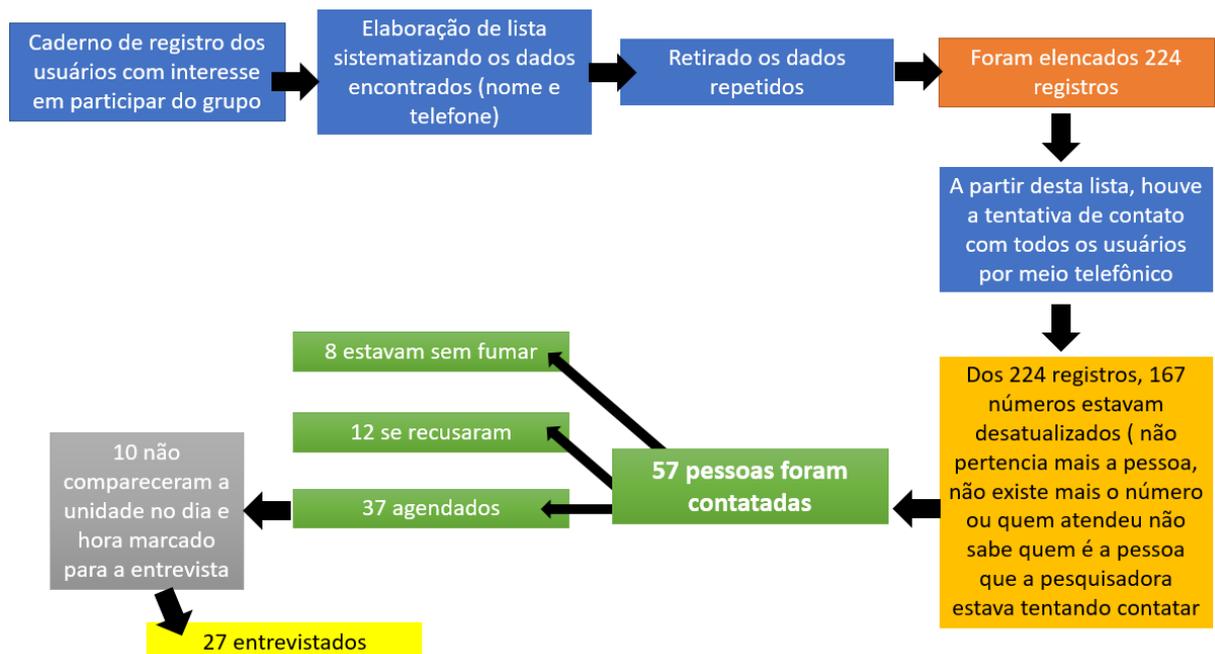
de fumar ou do uso de algum medicamento. Outro apontamento é que os registros dos usuários no caderno para contato estavam desatualizados e esse fato culminou em 167 indivíduos que deixaram de ser contatados.

Os registros a nível primário de atenção à saúde são escassos (Schmitt *et al*, 2015) e vários fatores contribuem para essa dificuldade, como o reduzido número de trabalhadores, as estruturas físicas precárias, falta de materiais, comunicação ineficaz entre a equipe e a falta de atualização dos próprios profissionais para compreender a necessidade de se registrar.

A partir dessa filtragem, os nomes e telefones foram repassados para uma planilha eletrônica a qual a pesquisadora editava a cada ligação realizada. Não foi utilizado nenhum programa para tratamento dos dados, visto que a organização em planilha foi apenas para uma melhor visualização e sistematização dos dados. Foram feitas duas tentativas de contato telefônico a cada usuário no período compreendido de 30 de outubro a 13 de novembro em horários variados.

Um aspecto interessante é que, do total de 224 usuários, a pesquisadora conseguiu contato apenas com 57 e destes, somente oito já tinham parado de fumar. Deste total, 37 aceitaram o convite para a entrevista, mas apenas 27 compareceram a unidade no dia e horário pré-agendado (estes foram os participantes da pesquisa).

Diagrama 1 - Fluxo de contato com os participantes



Fonte: A autora.

Para apreensão das informações optou-se pela entrevista de caráter semiestruturada (APÊNDICE 1), por permitir ao entrevistador realizar adaptações necessárias e ao entrevistado, liberdade para falar sobre o tema, relacionando-o com outras questões se assim desejar, de maneira a alcançar os resultados esperados (ROESCH, 1999). As entrevistas aconteceram nas dependências da UBS e estas foram gravadas em arquivos de áudio e transcritas na íntegra, de maneira que as informações fossem mais fidedignas possíveis e que apreendessem as representações desses sujeitos.

A princípio, para delimitação do número de participantes da pesquisa seria utilizada a reincidência de informações, ou seja, a saturação teórica, que ocorre quando as informações obtidas através das entrevistas são repetidas pelos entrevistados, ou seja, contém o mesmo ou semelhante conteúdo (THIRY-CHERQUES, 2009). Porém, optou-se por englobar todos os interessados sem a necessidade de interromper as entrevistas quando as informações começassem a saturar. Uma justificativa é que todos os entrevistados seriam convidados a participar do grupo de tabagismo a ser realizado pela pesquisadora, e, as informações cedidas por cada um seria de extrema importância para o processo de estruturação e idealização do grupo.

As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador, com o auxílio do programa Word e posteriormente os dados foram organizados em categorias à partir das unidades de texto que se repetiram e inferiram uma expressão que representasse os participantes, sendo analisadas conforme a perspectiva de Bardin.

Dessa maneira, a trajetória da análise de conteúdo temática foi pautada pelas seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Iniciando-se por uma leitura compreensiva e exaustiva do material transcrito, a pré-análise é a sistematização das ideias iniciais, onde o material a ser analisado será organizado para que se torne viável ao estudo (BARDIN, 2011).

3.7 Aspectos éticos

A fase de coleta de dados desta pesquisa foi realizada após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) pelo parecer número 2.259.661, em cinco de setembro de 2017. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto ao objetivo e os procedimentos implicados na mesma e solicitados a assinar o TCLE, manifestando a concordância em serem inseridos no estudo, que foi feito em duas vias (sendo uma do pesquisador e outra do entrevistado). A preservação do anonimato dos participantes foi devidamente respeitada. Antes de iniciar a pesquisa, este projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) seguindo todos os aspectos éticos a partir da Resolução CNS (Conselho Nacional de Saúde) 466/12.

A Resolução CNS466/12, em seu item V trata dos riscos e benefícios, a qual diz que *“toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-lo”* (BRASIL, 2012). Portanto, o risco mínimo foi o mais compatível com a pesquisa em questão, tendo os rigores metodológicos e éticos preservados. Foi garantido o sigilo sobre a identificação e as informações referentes aos participantes com técnicas de anonimato e a possibilidade de interrupção ou cancelamento, em caso de entrevista.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“E, quando orarem, não fiquem sempre repetindo a mesma coisa, como fazem os pagãos. Eles pensam que por muito falarem serão ouvidos. Não sejam iguais a eles, porque o seu Pai sabe do que vocês precisam, antes mesmo de o pedirem.” Mateus 6, 7-8.

A seguir, estão apresentados os dados que caracterizam os participantes da pesquisa, com o objetivo de permitir uma análise contextual deste grupo; o que auxiliará a compreensão do conteúdo e estrutura das representações na próxima sessão.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes

Código	Idade	Gênero	Estado civil	Renda	Profissão	Escolaridade	Quantidade de cigarros/dia	Doenças Vasculares	Doenças Respiratórias	Quanto grupos já participou	Quantas tentativas de parar de fumar	Mais alguém em casa tem o hábito de fumar?
E1	58	F	Solteira	< 1 salário mínimo	Autônoma	ESC	40	0	1,2,3, Asma	1	2	Não
E2	55	M	Solteiro	> 1 salário mínimo	Autônomo	EMC	10	0	0	1	3 ou mais	Não
E3	62	M	Solteiro	< 1 salário mínimo	Aposentado	EFI	20	2	0	1	1	Não
E4	43	F	Solteira	> 1 salário mínimo	Serviços Gerais	EFI	20	0	0	2	3 ou mais	Não
E5	42	F	Solteira	< 1 salário mínimo	Balconista	EFC	20	0	1,3, Asma	2	3 ou mais	Sim
E6	51	F	Casada	Ausente	Do lar	EFI	20	0	0	1	2	Não
E7	58	F	Viúva	> 1 salário mínimo	Cabeleira	EFC	20	3	0	1	1	Não
E8	43	F	Solteira	Ausente	Cozinheira	EFI	60	0	1,3, Sinusite	1	2	Não
E9	56	F	União Estável	> 1 salário mínimo	Cuidadora	EFI	20	2	0	1	1	Sim
E10	62	F	Solteira	> 1 salário mínimo	Do lar	EFI	4	2	Sinusite	1	1	Não
E11	42	F	Divorciada	Ausente	Do lar	EFC	15	2	Sinusite	1	2	Sim
E12	47	M	Divorciado	> 1 salário mínimo	Pedreiro	EFI	40	0	0	1	1	Sim
E13	61	F	Casada	1 salário mínimo	Do lar	EFI	5	2	2	2	3 ou mais	Não
E14	55	M	Divorciado	Variável	Pintor	EFI	11	0	0	1	1	Não
E15	66	F	Casada	Ausente	Do lar	EFI	20	0	0	1	1	Sim
E16	68	M	Casado	1 salário mínimo	Aposentado	EFI	20	2	0	1	1	Sim
E17	55	F	Divorciada	> 1 salário mínimo	Do lar	EMI	10	Arterite de Takayasu	1	1	1	Não
E18	46	M	Solteiro	Ausente	Pedreiro	EFI	30	0	0	1	1	Não
E19	50	F	Divorciada	< 1 salário mínimo	Vendedora	EMC	30	0	1, Asma	1	3 ou mais	Não
E20	61	F	Viúva	> 1 salário mínimo	Pensionista	EMC	20	2	Sinusite	1	3 ou mais	Não
E21	61	M	Casado	1 salário mínimo	Atendente	EFI	60	2	3, Asma	1	2	Não
E22	62	M	Casado	1 salário mínimo	Pensionista	EFI	30	2	0	1	1	Sim
E23	52	F	Viúva	1 salário mínimo	Do lar	EFI	40	0	0	1	3 ou mais	Não
E24	51	M	Solteiro	> 1 salário mínimo	Comerciante	EMC	40	0	0	1	2	Não
E25	77	F	Viúva	1 salário mínimo	Pensionista	Analfabeta	40	0	0	1	1	Sim
E26	60	F	Casada	> 1 salário mínimo	Pensionista	EMC	60	3, Ateromatose aórtica	2,3, Sinusite	2	2	Sim
E27	65	F	Divorciada	1 salário mínimo	Aposentada	EFI	10	0	0	1	1	Sim

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda:

Escolaridade: EFI: Ensino fundamental incompleto; EFC: Ensino fundamental completo; EMI: Ensino médio incompleto; EMC: Ensino médio completo; ESI: Ensino superior incompleto; ESC: Ensino superior completo.

Doenças vasculares: 0: nenhuma; 1: hipotensão; 2: hipertensão; 3: trombose vascular.

Doenças respiratórias: 0: nenhuma; 1: Bronquite; 2: Enfizema; 3: Rinite.

Diante esses dados, a média das idades foi de 56 anos. Do total de 27 participantes, 18 (67%) eram mulheres e 9 (33%) homens. Sobre o estado civil, 9 (33%) eram solteiros, 7 (26%) casados, 6 (22%) divorciados, 4 (15%) viúvos e uma pessoa (4%) em união estável.

Quando questionados sobre a renda, 10 (37%) recebem mais que um salário mínimo, 7 (26%) recebem um salário mínimo, 5 (18%) apresentaram-se como sem rendimentos, 4(15%) recebem menos de um salário mínimo, e apenas um (4%) com rendimento variável.

Sobre a profissão, 7 (26%) são “do lar”, 4 (15%) pensionistas, 3 (11%) aposentados, 2 (7%) pedreiros, 2 (7%) autônomos, um serviços gerais, um balconista, uma cabelereira, uma cozinheira, uma cuidadora, um pintor, uma vendedora, um atendente e um comerciante, somando estes 34%.

Em relação a escolaridade, 16 (60%) possuem ensino fundamental incompleto, 4 (15%) possuem ensino médio completo, 3 (11%) ensino fundamental completo, um (4%) ensino superior completo, um (4%) ensino médio incompleto e um (4%) analfabeto.

Quanto à quantidade de cigarros por dia, as declarações foram: 9 (33%) fumam 20 cigarros, 5 (18%) fumam 40 cigarros, 3 (11%) fumam 60 cigarros, 3 (11%) fumam 30 cigarros, 3 (11%) fumam 10 cigarros, um (4%) 15 cigarros, um (4%) fuma 11 cigarros, um (4%) fuma 5 cigarros e um (4%) fuma 4 cigarros.

Em relação as doenças vasculares, 15 (56%) não apresentam doenças relacionadas ao sistema cardiovascular, 9 (34%) são hipertensos, um (5%) apresenta trombose vascular associado a aterosclerose aórtica e um (5%) arterite de Takayasy.

Sobre a quantidade de grupos que já participaram, 23 (85%) participaram de um grupo e 4 (15%) participaram de dois grupos. Já as tentativas de parar de fumar, seja pelo grupo ou de modo individual foram: 12 (44%) tentaram uma vez, 7 (28%) tentaram duas vezes e 7(28%) tentaram três ou mais vezes.

Quando questionados sobre a presença de tabagistas mesma casa em que reside, 17 (63%) responderam que são apenas eles que fumam e 10 (37%) disseram que há mais alguém que é tabagista.

A partir dessa caracterização, será iniciado a análise as categorias. Desse modo, será traçada a discussão sobre as representações sociais dos usuários que tiveram a recaída após a cessação do tabagismo, bem como estas representações interferem no seu processo de parar de fumar.

5.1 REPRESENTAÇÕES DO CIGARRO PARA O USUÁRIO DO PRODUTO

Nesta categoria apresenta-se as representações que os participantes elaboraram sobre o que significa o cigarro para eles. Nenhum dos participantes tiveram hesitação, negou-se ou necessitou de algum tempo para formular uma resposta; todos prontamente responderam à pergunta norteadora.

5.1.1 O cigarro como um calmante

Nesta subcategoria discute-se a questão do cigarro como um calmante propriamente dito ou como uma forma de acalmar o indivíduo nas situações estressantes do seu cotidiano.

O tabagismo está na Classificação internacional de Doenças (CID) como dependência do tabaco (F17. 2). A dependência de tabaco consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo mantém a utilização da substância, não levando em consideração os problemas a ela relacionados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Os entrevistados foram enfáticos ao expor seus sentimentos e suas representações sobre o cigarro em seu cotidiano. Um ponto relevante foi a condição do cigarro como uma medicação ou algo que o acalme, o que pode ser evidenciado nas falas a seguir:

E01 “É tipo um calmante, quando eu estou muito ansiosa, nervosa, ai eu pego e fumo um cigarro atrás do outro. É como um tipo de medicação, né, que eu tomo aquilo e me acalma”.

E22 “A... ele é meu tranquilizante né. Se tá com o cigarro no meio do dedo, ta fumando, tô tranquilo”.

Jesus (2016) corrobora com a discussão de que o cigarro é visto como um calmante, uma válvula de escape para o enfrentamento das situações estressantes vividas no dia a dia.

E21 “Olha, (...) um calmante, uma alimentação, né. Um desabafo”.

As representações revelam ainda que, ao comparar a ação de um calmante/tranquilizante no corpo humano e a ação do cigarro para estes indivíduos, pode-se compreender a necessidade (individual) para manter-se fumando. O dia a dia estressante de uma sociedade moderna é sem dúvida um gatilho para estreitar relações que possam ser estabelecidas entre o sujeito e as substâncias psicoativas, não somente o cigarro (nicotina), mas também outras drogas, lícitas ou ilícitas. Logo, os parâmetros para o diagnóstico da dependência de alguma substância psicoativa é uma relação entre o indivíduo e seu modo de fazer uso de uma determinada substância (NUNES E CASTRO, 2011).

Guerra (2004) também traz considerações farmacológicas importantes para este condicionamento. A molécula da nicotina tem características semelhantes à molécula da acetilcolina (neurotransmissor químico, presente no organismo humano e fundamental à condução nervosa, implicada na ativação da dopamina cerebral, facilitando também a aprendizagem, a atenção/concentração, a memória, o tempo de reação e a resolução de problemas).

A nicotina tem, assim, a propriedade de substituir a acetilcolina nos receptores respectivos e de uma forma mais estável que a própria acetilcolina (GUERRA, 2004, p.509). Esta informação é de grande valia para as discussões seguintes, pois entender como a substância nicotina propriamente dita se comporta no corpo humano, pode ser mais uma perspectiva para compreender as representações elaboradas nesse estudo.

As pessoas que utilizam o tabaco, inevitavelmente associam que a droga os acalma e os deixa amparados para o enfrentamento de situações estressantes do cotidiano. Mesmo quando informados sobre os efeitos contrários que ocorrem no corpo humano, após fumarem e sentirem o prazer que o tabaco proporciona naquele momento, apontam este como conceito maior, ou seja, o cigarro acalma, logo fumo

para aliviar as tensões cotidianas. Nesse sentido, esclarecer sobre os efeitos do tabaco e como este atua no corpo humano, é fundamental para que os usuários repensem as possibilidades de investimento para a cessação do tabagismo.

5.1.2 Condicionamento do cigarro às atividades do cotidiano

O cigarro como um “calmante” para a pessoa significa algo essencial para o cotidiano, devido as situações estressantes pelas quais este está exposto. O condicionamento do cigarro para que este consiga realizar as mais variadas atividades do dia a dia foi uma representação muito presente nesta pesquisa.

Guerra (2004), em seu estudo, revela que os aspectos mais enfatizados são a aquisição de um hábito, como “um companheiro da pessoa desde que se levanta a até quando se deita”. Já Jesus (2016), diz que a associação das atividades cotidianas e o tabagismo foi também mencionada pelos participantes de sua investigação como um fator que dificulta o êxito ao tentar cessar o tabagismo.

O engajamento no processo terapêutico, o nível de importância que alega aos medicamentos auxiliares, variáveis psicopatológicas e outras enfermidades são de grande importância para saber a motivação da pessoa para parar de fumar (RODRIGUES E JUNIOR, 2017).

“O cigarro pode também ser do ponto de vista psicológico um mecanismo de cooperação que acompanha o sujeito, ocupando as mãos enquanto conversa, fala ao telefone, ou simplesmente pensa na resolução de problemas, tornando esta parte de seu dia a dia, sendo este difícil de extinguir” (GUERRA, 2004).

E06 “É que eu fico muito ansiosa aí eu corro no cigarro. Vou na sala, fumo; volto na cozinha fumo, fumo outro, e aí vai sabe, um atrás do outro”.

Assim, extinguir este comportamento, que deixa de ser unicamente psicológico, mas que abrange uma dimensão social importante, torna-se uma intervenção complexa; a não ser que esta intervenção fosse também dirigida ao grupo social ao qual o indivíduo pertence (GUERRA, 2004).

E13 “A... ele me dá um ânimo, pra mim fazer as coisas. Sem ele eu fico parada, não consigo fazer nada, entendeu? Eu sinto como se ele

fosse uma bengala para mim escorar. Que ali eu me apoio, ali eu consigo fazer as coisas. E sem ele eu, eu perco o chão sabe? Eu não consigo fazer nada. Fico toda parada. E é assim que eu sinto”.

Convém, portanto, salientar que quando existe a proposta de intervenção ao indivíduo que fuma não podemos separar os fatores e por vezes é difícil discernir qual o tipo de dependência que este possui, sendo elas psicossocial, fisiológica ou a sua associação (GUERRA, 2004).

E15 “A... eu fico mais calma com o cigarro, e se eu não fumo, não tiver o cigarro o serviço não sai. Parece que me amarra, já fico ali sentindo a falta do cigarro e não sei nem o que que eu vou fazer”.

Para os participantes que elaboraram essa representação, a presença do cigarro entre os dedos, por exemplo, faz parte de um ritual, por vezes desejado, como um apoio para realizar as diversas atividades cotidianas, como uma companhia que não os permite estar só, servindo de apoio e presença. Porém, alguns participantes, revelam que a presença do cigarro é as vezes imperceptível, e, ao realizar algumas tarefas diárias, sem perceber, as fazem com o cigarro entre os dedos.

As representações evidenciam a solidão como uma forma de estreitar as relações estabelecidas entre o cigarro e o indivíduo.

5.1.3 Personificação do cigarro como uma companhia

Uma representação importante foi a personificação do cigarro como uma companhia, o que faz refletir a passagem de algo do mundo abstrato para o concreto, que é palpável e que possa ser mensurado. Borges e Simões-Barbosa (2008) diz que o cigarro é entendido como “companheiro”, sendo este associado às dificuldades de enfrentamento de situações de cunho público e familiar, aos momentos de cuidado de si e ao alívio dos sentimentos reprimidos com sentidos “negativos” e como compensação da solidão.

Se for levado em consideração o quantitativo de indivíduos divorciados, viúvos e principalmente solteiros, a solidão pode ser uma causa significativa para a manutenção do para o tabagismo

E12 “Ah!...eu acho que é uma companhia. Nada mais que isso. Ele tá ali, eu fico muito sozinho, né, aí a primeira coisa que eu penso é no cigarro. Mais é uma companhia”.

A fala acima corrobora com a fala a seguir, visto que esta conota o valor de companheirismo do cigarro para um indivíduo que vive só. Mesmo com a compreensão de que o cigarro apresenta malefícios ao corpo, a representação deste como apoio é mais importante quando ponderado os prós e contras.

E17 “A... o que ele representa, é um companheiro eu sinto muita solidão, muita solidão eu sou consciente de que ele me faz mal mas, é a solidão tristeza pavor eu me desabafo nele (choro)”.

Em geral, os participantes referem o cigarro como uma forma de apoio para o enfrentamento dos problemas emocionais do cotidiano (JESUS, 2016) e se emocionaram ao discorrer sobre essa associação. Um entrevistado apontou uma questão relevante: não saber o que o cigarro representa para si, pois não conseguiu ver algum motivo lógico para sua necessidade de fumar.

E02 “Realmente, na verdade, eu nem sei te dizer o que ele te representa, não. (...) eu acho que era mais uma... o habito de fumar, entendeu, porque ao mesmo tempo que se você não fumasse, você sente falta, então é uma coisa esquisita. Eu não sei te explicar. Eu sei que ele não representa nada pra mim, o cigarro, gostaria de eliminar isso da minha vida, só que eu sou sincero, eu não sei como, eu não to conseguindo (...) conciliar isso aí”.

Este conhecimento vago do que o tabagismo representa para si pode ser compreendido como uma atitude involuntária e natural, visto que este reconhece que é “*uma coisa esquisita*”, ou seja, em seu entendimento pode ser visto como um hábito.

A ausência de uma representação clara, diz o quão enraizado é o tabagismo, podendo ser dito como uma atitude corriqueira e de certo modo irracional no cotidiano, atitude a qual o sujeito não pensa para fazer e sim o impulso com os fatores fisiológicos o faz entrar em um ciclo diário de fumar.

5.2 REPRESENTAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PARA OS USUÁRIOS

Nesta categoria estão as representações dos usuários sobre o que o serviço de saúde representa no processo de parar de fumar.

Garcia e Novikoff (2016) apontam que a forma de pensar a relação estabelecida pelo usuário e profissional em busca da adesão e cessação do vício, deve ser pautada por sentidos variados e esta se fragiliza diante das características de similitude que o profissional constitui acerca do tabagista. Uma perspectiva humanizada da saúde favorece a percepção dos profissionais frente aos tabagistas.

Os profissionais que devem compreender o tabagista que procura o serviço dentro do contexto sociológico, cultural e que tem sua qualidade de vida e a das pessoas que o rodeiam comprometida (GARCIA E NOVIKOFF, 2016).

Nas falas a seguir, os entrevistados demonstram a importância da abordagem do profissional responsável pelo grupo e da unidade de saúde em si:

E01 “Olha, representa tudo né, porque depende do posto. É que tem um caminho pra gente né, chegar naquele, naquele ponto que a gente quer. Não parar de fumar de apoio, das pessoas né, da pessoa que faz a palestra, e tudo. Incentivo né”.

E07 “A... eu acho que é um apoio para todo mundo, uma coisa boa que tem que acontecer em todos os bairros, no caso”.

E11 “A... uma ajuda né um escape né. Uma ajuda, um apoio.”.

E15 “Nossa, representa tudo porque se não for isso, como que eu vou fazer para parar de fumar? Ora parar de fumar sozinha eu não consigo. Eu tenho que ter uma ajuda. É por isso que o posto aqui é tudo”.

E20 “A luz do fim do túnel, aquele anzol forte que vai me tirar lá do fundo do poço assim, é assim que eu tô vendo essa oportunidade, a força que eu não achei em lugar nenhum do jeito que eu preciso que tenha”.

E21 “Olha o posto (...) representa um... assim, um apoio né, onde eu vou poder me apoiar pra poder conseguir para de fumar”.

Pode-se observar a representação da unidade de saúde como um local de ajuda e apoio para que a pessoa possa buscar auxílio para o êxito em parar de fumar. Essa perspectiva é fundamental, pois estas representações dos usuários do tabaco podem fortalecer e dar sentido a prática assistencial do profissional, evidenciando que suas ações podem se tornar agente modificador de comportamento.

Para os participantes que elaboraram esse discurso, a assistência que a unidade ou serviço de saúde oferece, é praticamente a única opção que eles têm para que consigam parar de fumar. Há uma grande perspectiva de que o serviço de saúde possa resolver os problemas. O fato da existência de um serviço de saúde, no bairro por exemplo, pode ser a oportunidade que as pessoas têm para resolverem os seus problemas de saúde, no entanto, ter uma UBS que desenvolve grupo de tabagismo e ofereça os recursos necessários para o fortalecimento da oportunidade, é visto como a essência para o sucesso. As palestras são destacadas como um grande apoio.

Nesse sentido, é importante que o vínculo seja estreitado entre o profissional e o usuário e que, as pessoas que buscam tal oportunidade sejam acolhidas e estimuladas pela equipe de saúde, valorizando todo esforço do usuário e, repensando e discutindo estratégias que atendam a expectativa para que as pessoas consigam abandonar o tabagismo.

Souza e Mattos (2012) apontam o que suporte social promovido por grupos antitabagismo e por familiares é fundamental. Ele consiste em reforçar as motivações, fortalecer as vantagens da cessação, combater crenças em torno do consumo e prevenir problemas residuais da cessação (irritabilidade, humor negativo). Corroborando ao pensamento anterior, os entrevistados apontam o grupo de tabagismo com uma nova oportunidade de recomeçar o processo de parar de fumar.

E02 “Seria, (...), uma nova chance, principalmente você ta me dando de tentar novamente e como você já disse, é um método novo e eu quero tá é junto com vocês aqui para tentar parar mesmo de vez”.

E08 “Minha esperança. Tenho uma esperança muito grande de depois de duas tentativas e falhar. E... o posto quando me ofereceu essa oportunidade, foi uma esperança muito grande de conseguir dessa vez, uma ajuda”.

A orientação realizada pelos profissionais de saúde sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde é importante e deveria ser realizada com maior frequência (Souza e Mattos, 2012).

Quando questionados se algum profissional de saúde já os orientou sobre o tema tabagismo e sobre suas implicações, o grupo ressalta a importância da abordagem deste profissional, acreditando que a abordagem deveria ser feita com maior frequência (Souza e Mattos, 2012).

E05 “Eu acho que pode ajudar muito, entendeu? Fica próximo, é um lugar que a gente tem um acesso fácil, tem pessoas aqui o dia todo. (...) da primeira vez que eu parei, eu tive muito aqui, eu vim muitas vezes aqui. (...) o período que eu consegui ficar o posto me ajudou muito”.

E10 “A... foi ótima. O Alex super atencioso, entendeu? Tentou ajudar (...)”.

Além disso, as expectativas do fumante em obter sucesso na cessação do uso do tabaco a partir da utilização de estratégias aprendidas no grupo de tabagismo, foi também relatada nesse estudo:

E23 “Uma esperança né. Quem sabe eu consigo dessa vez”.

Estes resultados mostram a importância dos grupos de prevenção e tratamento para os tabagistas nos serviços de atenção primária à saúde, porém se sugere que as estratégias utilizadas nesses grupos sejam ampliadas, favorecendo o acesso da pessoa que deseja parar de fumar aos serviços especializados de psicologia e/ou psiquiatria (JESUS, 2016).

Alguns entrevistados demonstraram grande satisfação em receber o convite para participarem do grupo novamente. Ressalta-se a carência assistencial deste grupo de usuários que por muitas vezes podem se sentir desconfortáveis em retornar a unidade e solicitar (por mais uma vez) auxílio para tentar parar de fumar.

E17 “Foi aqui igual eu te falei no dia que você ligou pra mim você me deu uma grande esperança que há como parar totalmente, que há como parar, foi assim como se abrisse uma porta entendeu foi como se tivesse aberto uma port. Foi aquele estímulo sabe”.

E19 “Ah pra mim representa muita coisa. Pra mim, na hora que eu fiquei hiper feliz no dia que você ligou porque igual eu te falei parece que foi coisa de Deus. Foi porque eu vim em um dia e no outro você me ligou, eu vim atrás do negócio da doutora e aconteceu de você me ligar, eu falei assim oh gente é pra mim parar de fumar mesmo”.

Portanto, é importante que o profissional que coordena o grupo tenha empatia com os participantes, possibilitando o acolhimento necessário para que a pessoa se sinta pois confortável em buscar ajuda o mais rápido possível naquele profissional que o assistiu.

5.3 FATORES DESENCADEANTES PARA A RECIDIVA

Nesta categoria estão apresentadas as representações dos entrevistados quando questionados sobre o motivo de retorno ao tabagismo. Os participantes demonstraram solidez em seus depoimentos; à conversa informal antes e após as entrevistas, os entrevistados relataram os motivos que os fizeram retornar ao tabagismo de modo natural ao seu entendimento e estes confirmados por relatos das vivências e pelos registros nos prontuários pessoais na unidade de saúde.

Nos depoimentos a seguir, as palavras ansiedade e nervoso/nervosismo revelaram como o cigarro interferiu no indivíduo para a fluidez da vida dita por eles normal e como a ausência deste os trouxe prejuízos no cotidiano.

Ferraz et al (2015) diz que, em seu estudo, “entre os casos de recaídas, a principal causa foi o nervosismo gerado pela abstinência”. Os participantes relataram sinais e sintomas relacionados a ansiedade e estes os impossibilitaram de realizar atividades necessárias para seu dia a dia.

E01 “Muita, assim, ansiedade e nervoso, preocupação que eu sou uma pessoa muito preocupada e ansiosa, entendeu?”.

E06 “A ansiedade também. Porque eu fiquei ansiosa né, por causa do meu filho, ai eu fiquei com medo dele morrer e tal, ai voltei a fumar de novo”.

Corroborando com outros estudos, os participantes também se referiram ao uso do cigarro como um apoio para o enfrentamento dos problemas emocionais do dia a dia (JESUS, 2016).

E05 “Estresse. As coisas do dia a dia, cotidiano, relacionamento com as outras pessoas, a relação com as outras pessoas, o... tudo, o cansaço mental”.

E08 “Eu acho que foi o... não sei... nervoso, estresse do dia a dia, a raiva... eu acho que foi mais a raiva, (...). E na hora eu não pensei, quando eu dei por mim eu já tava com o cigarro aceso. Ai na hora que eu me dei conta, eu já tinha fumado uns três ou quatro cigarros; ai eu falei assim: já era. Ai não parei mais. Ai voltei com força total”.

Souza e Mattos (2012) apontam que o vício representa um fator que dificulta a cessação do fumar e que o tabaco pode ser visto como meio de aliviar as tensões e pressões sociais. Logo, se o cigarro não faz mais parte do seu cotidiano, o

enfrentamento das situações estressantes toma maiores proporções quando comparados ao intervalo de tempo em que este indivíduo tinha o cigarro como “apoio”. Assim, há a exacerbação do nervosismo e estresse que anteriormente era amenizado pelo uso contínuo do cigarro.

As pessoas vivem um ritual cotidiano, onde muitas vezes se veem em uma posição confortável, sem aparentemente nenhum prejuízo à saúde ou a outros aspectos da vida. Para os participantes que elaboraram as representações acima acerca do cigarro representar um apoio ou conforto meio às situações estressantes, as quais os fizeram retornar ao tabagismo, o significado que atribuem ao ato de fumar, pode ser mais importante para o momento de superação do problema, do que manter-se sem fumar, resistindo para não trazer mais um problema à sua vida.

Nesse sentido, o tabagismo e algumas outras doenças, são capazes de motivar o usuário a não tomar nenhuma atitude em relação à tal situação, e, assim, conviverem naturalmente, até que alguma coisa aconteça para que esse comportamento seja modificado ou pelo menos, estimulado à mudanças.

Para as pessoas que tentaram parar de fumar, por várias vezes, e, retornaram ao tabagismo, essa experiência parece ser naturalmente aceita. O fato de se apoiarem nos momentos de estresse e problemas da vida diária, para buscarem no cigarro o apoio para a superação dos problemas, pode ser um importante aspecto no direcionamento das ações assistenciais dos profissionais que trabalham com esse grupo, considerando que os problemas cotidianos não podem funcionar como gatilhos para as pessoas retornarem ao tabagismo.

Jesus (2016) traz que o fumante justifica a manutenção do tabagismo ancorado na ansiedade gerada pelo estresse decorrente dos problemas do seu cotidiano. Neste caso, além da justificativa para a manutenção, tem-se a justificativa para o retorno, pois como supracitado na categoria anterior, a ausência do cigarro contribui para a exacerbação do nervosismo e estresse do indivíduo e este vê as situações cotidianas estressantes com maior proporção e influência em seu ser.

As relações familiares e sociais conflituosas foram mencionadas pelos participantes como fatores desencadeantes do estresse e nervosismo, o que motiva a manutenção do tabagismo e o retorno ao tabagismo (JESUS, 2016).

E02 “Alguma das vezes foi a questão (...) de bebida. Eu bebia (...) depois que eu enfartei é que eu praticamente cortei mesmo da minha vida. (...), a gente saía com os amigos, todos os amigos também

fumavam ai você tava naquela roda, sentia o cheiro, vinha a vontade de você fumar e você acabava fumando. E também de repente, a questão de uma vida estressante né, é relacionamento conjugal, é um monte de coisa junta ai né”.

E10 “A... foi aborrecimento, né”.

O cigarro pode ser entendido pela percepção dos participantes como um calmante, um meio de escape para lidar com as situações estressantes do cotidiano (JESUS, 2016). Estas situações foram citadas como fatores desencadeantes para o retorno ao tabagismo. Problemas de relacionamento, acidentes pessoais ou de terceiros e até mesmo motivos corriqueiros ao senso comum, podem ser observados abaixo:

E06 “A ansiedade também. Porque eu fiquei ansiosa né, por causa do meu filho, ai eu fiquei com medo dele morrer e tal, ai voltei a fumar de novo”.

E11 “É... problemas pessoais né, problemas de família eu tive muito problema e... entrei numa dificuldade ai para parar de fumar”.

E13 “A... foram os problemas... (...) Depois que eu perdi minha mãe é que eu comecei a fumar mais ainda, entendeu? Sei lá, a gente parece que, dá o conforto né, é o que a gente acha né, só que não é. Tá se prejudicando. Mas ali a gente sente que extravasa tudo e é isso”.

E19 “(...) arrebentou um cano na parede, (...) quebrou um tanque, ai falei “a, vou fumar um cigarro não da mais não”. Foi isso que voltou eu fazer voltar a fumar”.

E24 “Pois é... isso ai foi balada, foi grupo de amigos, (...) é uma doença que você carrega para o resto da vida”.

E 26 “Aí já foi mais estado de nervo por causa do acidente né”.

Portanto, as representações elaboradas são apontadas como motivos que os fizeram retornar ao tabagismo. A influência do modo de vida, do cotidiano e das atividades desenvolvidas pelo indivíduo, por mais que estas sejam necessárias a sua sobrevivência, como o trabalho, ou como algo de exposição opcional, como festas, podem ser estressores tão significativos a ponto de ser fator interveniente ao processo de cessação do tabagismo.

Já fatores que não podem ser controláveis com a própria pessoa, como acidentes ou com os que a cercam, como a morte ou adoecimento de um ente, também têm grande influência no processo de parar de fumar.

O processo de enfrentamento destas situações podem ser um caminho para uma tomada de decisão. É fato que, quando o usuário se encontra no momento apropriado para a tomada de decisão, com aquele desejo para parar de fumar, o processo é mais rápido e apresenta maior possibilidade de sucesso. No entanto, quando o usuário se vê na situação onde é preciso parar de fumar, mas, o momento da vida não é o mais apropriado para tal decisão, a possibilidade de fracasso é inevitável. Assim, pensar ações que retratam possibilidades de parar de fumar, sem antes apoiar as pessoas para o enfrentamento de seus problemas cotidianos, não são estratégias vistas como resolutivas. Assim, discutir com a equipe de saúde, encaminhamentos necessários à diversos profissionais de saúde, pode ser uma estratégia comprometida capaz de fortalecer esse usuário para a tomada de decisão.

5.4 DIFICULDADES ENFRENTADAS NO PERÍODO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO

5.4.1 A impossibilidade de desenvolver atividades do dia a dia sem o cigarro

Sabe-se que a mudança na maneira de ser e viver de cada pessoa exige esforços e perspectivas. Tudo que é novo traz desafios e dificuldades, seja para o bem ou não. A acomodação traz uma facilidade capaz de tornar as pessoas mais passivas aos acontecimentos da vida.

Para Rodrigues e Júnior (2017), o sucesso do programa está diretamente ligado a como esses fatores interferem nas vidas dos indivíduos integrantes de grupos de controle do tabaco, e que as ações educativas continuadas são essenciais para transformar as informações disseminadas, em mudanças de atitudes e de comportamento favoráveis a uma vida mais saudável.

Nesse sentido, ao se exigir ou propor algo que fuja à rotina, é preciso uma coerência entre a necessidade e a vontade de cada pessoa. Na assistência à saúde das pessoas que fumam, o maior desejo tanto para quem fuma quanto para quem cuida, é o abandono do tabagismo.

Assim, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para que as pessoas consigam se adaptar e seguir às prescrições para o abandono do tabagismo. As

justificativas para o não abandono do tabagismo se pauta na impossibilidade de uma vida “normal”, diante dos afazeres cotidianos.

Alguns usuários apontam que fica inviável seguir o curso de suas vidas, sem o cigarro. Relatam que não conseguem resolver situações simples do cotidiano, quando se propõem a ficar sem fumar. Nas falas a seguir, são apresentadas as dificuldades em realizar atividades corriqueiras sem a “companhia” do cigarro.

E01 “A... Eu não parava, ficava... não sabia fazer mais nada dentro de casa. Eu ficava elétrica, (...) fazia uma coisa e eu lembrava do cigarro... (...) se eu tiver parada, sentada, ou então deitada na cama eu não fumo cigarro. Mas desde o momento que eu tô ali mexendo, arrumando uma casa, lavando uma roupa, fazendo uma comida, entendeu, costurando, eu tenho que ta com o cigarro na boca”.

E13 “Ai... dificuldade... praticamente para tudo né. Porque eu não conseguia fazer nada. Só queria ficar parada, olhando para o tempo, sabe como é? Sem ânimo para fazer as coisas. Eu olhava para as coisas e não tinha vontade de lavar vasilha, lavar roupa, não tinha vontade de fazer comida, não tinha vontade de nada. Só deita e ficar quieta. E se eu fumar na mesma hora eu começo a fazer tudo, entendeu?”.

E23 “Vontade de fumar é muito, nossa... é muita vontade de fumar. Fica rodando igual barata tonta dentro de casa, não consegue fazer nada, pensando no cigarro”.

E26 “Eu não tenho certeza, mas eu acho que o meu hábito é maior que o meu vício. Por exemplo, vou para o banheiro, levo cigarro. Toma cafezinho, é o cigarro; quando eu tô de manhã na cozinha é o horário que eu fumo mais. De manhã e a noite, a tarde já não é tanto entendeu? Tem coisas que eu não sei fazer sem o cigarro. Vai telefonar? Acende um cigarro. Se alguém chama no portão, acendo um cigarro”.

Sabe-se que a motivação do sujeito é um fator intrínseco; entretanto as equipes de saúde têm o dever e capacidade de estimular a cessação do uso do cigarro e fornecer subsídios para o tratamento, com a finalidade de auxiliar na permanência do fumante durante todo o processo de tratamento (MEIER, VANNUCHI, SECCO, 2011).

A motivação transita a aplicação de terapia medicamentosa e as primeiras reuniões do grupo. Como pode-se observar a partir dos trechos supracitados, o enfrentamento das situações estressantes do dia a dia são fatores que corroboram para o retorno ao tabagismo, sendo estas as maiores dificuldades enfrentadas por estes no processo de parar de fumar.

Meier, Vannuchi e Secco (2011) apontam que a intervenção do profissional deve cercar este indivíduo para todas as dificuldades (psicológicas, fisiológicas, pessoais e sociais) que este poderá enfrentar neste período tão difícil que é o processo de parar de fumar. Esta intervenção deve superar da prática tradicional, para que o tabagista seja visto em sua individualidade; para que assim possa haver a reconfiguração das práticas assistenciais da equipe de saúde, com capacitação para escuta terapêutica.

Considerando os estudos acerca do abandono do tabagismo, é importante que o serviço de saúde atenda às necessidades dos usuários, no sentido do oferecimento de todos os recursos disponíveis para auxiliar as pessoas no processo de cessação do tabagismo. No entanto, sabe-se que nem todos os serviços de saúde estão capacitados para tal atendimento.

Os gestores em saúde têm oferecido a capacitação aos profissionais que atuam na rede pública e esta possibilita o atendimento aos usuários que buscam abandonar o tabagismo. Para que a assistência seja efetiva, o profissional precisa compreender as necessidades dos usuários, de uma maneira ampla, e, quando preciso, encaminhar a outros profissionais ou níveis de atenção. Dessa forma, as necessidades poderão ser atendidas e a assistência resolutiva.

Há que se considerar, contudo, que o tabagismo como doença exige mudança nos hábitos de vida, quando a pessoa se encontra em processo de abandono do tabagismo.

No momento da redução do número de cigarros ou mesmo, quando o tabagista se encontra sem fumar por alguns dias, com ou sem medicamentos, adesivos ou outros recursos, tal mudança pode funcionar como uma ajuda, pois, os amigos, as festas, as reuniões, os comportamentos que remetem ao uso do tabaco, como beber, participar de reuniões sociais onde várias pessoas fumam, pode funcionar como uma armadilha e, dificultar à pessoa, a força e persistência necessárias para abandonar o uso do tabaco.

Para Rodrigues e Junior (2017), as “influências do coletivo e dos grupos nas ações dos indivíduos mostraram ser muito importantes, uma vez que o meio onde os indivíduos estão pode ser considerado determinante na forma que as pessoas experimentam e atuam sobre o mundo” (p.10).

As representações de que não é possível realizar as atividades cotidianas sem a companhia do cigarro, revelam que esta pessoa pode precisar de medicamentos ou

outros recursos, que lhe apoie e lhe dê um alívio na ansiedade para que consiga ficar sem fumar e assim, abandonar de vez o vício. No entanto, os testes de Fargestron e o acompanhamento dos diferentes profissionais são fundamentais para que o usuário se coloque aberto e confiante para aceitar o melhor tratamento indicado.

O estado de abstinência do tabaco é evidenciado com a cessação ou redução recente do uso, após um período prolongado de consumo. A síndrome não é justificada por outro transtorno mental ou de comportamento, e se apresenta como o desejo do tabaco propriamente dito ou de outros produtos que contenham nicotina, mal-estar, fraqueza, ansiedade, irritabilidade, inquietação, insônia, dificuldades para se concentrar, entre outras (Organização Mundial da Saúde, 1998).

Nunes e Castro (2011) retratam a síndrome de abstinência decorrente da

“ ... retirada ou redução da droga resulta na dessensibilização de circuitos que culminam no humor disfórico, anedonia e irritabilidade, e possivelmente contribui para recaídas. Na síndrome de abstinência, as mudanças estão envolvidas com a dessensibilização dos circuitos frontal e cortical e neurotransmissores, que incluem a dopamina, serotonina e fator de liberação corticotrófico (CRF). A característica da dependência de drogas é uma vulnerabilidade contínua à recaída, mesmo após anos de abstinência da droga, decorrente da base neural da dependência relacionada com motivação e escolhas (NUNES, CASTRO, 2011).

A seguir, estão as representações dos entrevistados, onde pode-se observar alguns dos sinais e/ou sintomas acima ditados:

E02 “A maior dificuldade eu acho que é a vontade que você sente, incontrolável; entendeu? É uma coisa que, por exemplo depois que eu enfartei, quando eu saí do hospital, a primeira coisa que eu pedi foi um cigarro. Por incrível que pareça, entendeu? Eu tinha praticamente acabado de enfartar e já tava querendo fumar de novo”.

E03 “Eu fiquei muito nervoso, né. (...)eu estava discutindo muito com a minha mãe”.

E08 “Ansiedade. Essa foi a minha maior dificuldade. Lutar contra aquela vontade enorme e quando você se dá conta você ta numa ansiedade que você não consegue controlar. (...) Eu achava que isso era frescura, (...), eu não podia ver pessoas, nada disso, eu só sentia uma necessidade de fazer as coisas, fazer coisa e nada me satisfazia, nada que eu ia fazer me satisfazia; nem dormir. (...) E sabe, outra coisa, eu comia minhas unhas todas. Todas as minhas unhas (...) até sangrar mesmo, e não me dava conta daquilo que eu tava fazendo comigo mesma”.

E11 “A... a ansiedade. Eu percebi que eu era muito ansiosa. É. Percebi que eu chegava a travar os dentes. Quando eu parei de fumar eu travava os dentes, de ansiedade. (...) Tive muita dificuldade. Foi por isso que eu procurei ajuda do posto (...)”.

E12 “Nervosismo, muito nervoso. (...), se eu não tiver o cigarro, eu fico muito nervoso. Muito. A minha cabeça começa a não raciocinar direito. Muito nervoso mesmo. Qualquer coisa pra mim é um... é o que tá acontecendo comigo agora. Mesmo eu fumando, parece que até piorou, entendeu? É quando eu começo a pensar nessas coisas eu fumo mais ainda, mais, mais, e mais”.

Por ser um transtorno crônico e recorrente, a maioria dos fumantes necessita de cinco a sete tentativas até conseguir definitivamente cessar o tabagismo. Por isso, o aconselhamento e a assistência dos profissionais para estes indivíduos devem ser realizados sem julgamentos, com empatia e de cunho positivo, fazendo com que os usuários se sintam motivados a parar de fumar para a preservação da saúde e da qualidade de vida (NUNES, CASTRO, 2011).

5.4.2 Negações ou ausência de dificuldades no processo de parar de fumar

Alguns participantes relataram que não tiveram dificuldade em parar de fumar; porém, não disseram o motivo do retorno ao tabagismo.

A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos (MARQUES et al., 2001). Pode-se inferir, então, que a negação das dificuldades possa ser fator que dificulte a resposta do indivíduo a terapia comportamental, pois a partir do momento que este não reconhece suas fraquezas, o objeto cigarro emerge como um impulso que pode ser controlável a partir da vontade da pessoa.

Por se tratar de uma doença crônica com forte apelo emocional e cognitivo, esta representação de não haver dificuldades em parar de fumar deve ser investigada pelos profissionais que desenvolvem grupos de tabagismo. Observe as falas a seguir:

E06 “Nenhuma, parei numa boa. E a outra eu parei porque eu estava grávida ai pensei, não vou prejudicar meu filho, né”.

E14 “Olha, falar a verdade, eu não tive dificuldade nenhuma. Particpei do grupo, tá, todos os dias que tava marcado, bonitinho, mas não... nada”.

E19 “Nenhuma, foi muito fácil falei que ia parar naquele dia fiz o que falou no grupo determinei a data coloquei o adesivo tomei o remédio,

nenhuma. Ai assim aquela primeira semana, você sente aquela falta, mas ai eu lembrava de que o Alex falava “ oh gente é 3 minutinhos depois passa” então assim eu não sentia dificuldade não”.

E22 “A, não foi muita não, eu parei rápido, mas... Ai eles forneciam o adesivo ai punha o adesivo e não dava vontade de fumar”.

Como pode-se observar, para estes indivíduos parar de fumar não gerou dificuldades; porém, para que o fumante se torne mais forte e enfrente situações, de recaída ou não, é necessário que os profissionais de saúde prestem um aconselhamento que os ajudem a lidar no cotidiano com a vontade de fumar (NUNES, CASTRO 2011).

Há tabagistas que conseguem parar de fumar apenas com as orientações dos profissionais e o apoio do grupo. No estudo de Sales (2006), a recaída foi significativamente maior no grupo que necessitou de terapia complementar, porém, o insucesso apresentou associação significativa com aqueles pacientes que não utilizaram medicação.

Segundo Botelho et al (2015), há também casos de pessoas não precisam de planejamento para a ação e não apresentam grande dificuldade para parar de fumar.

6 A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

“Porque estou certo de que, nem a morte, nem a vida, nem anjos, nem principados, nem coisas presentes, nem futuras, nem potestades, 39. nem a altura, nem a profundidade, nem qualquer outra criatura nos poderá separar do amor de Deus, que está em Cristo Jesus nosso Senhor”. Romanos 8, 38.

6.1 Diagnósticos e intervenções de enfermagem para subsidiar as ações do grupo de tabagismo

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional, tornando possível o processo de Enfermagem (PE), que é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. A operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional (COFEN, 2009, p. 1, 2).

A Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo 3 saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN,2009).

A partir das conversas pré e pós entrevistas e da análise das entrevistas foi possível elencar 24 Diagnósticos de Enfermagem e 20 Intervenções para serem realizadas no e para o grupo, cada uma articulada com os objetivos de cada encontro e de acordo com a necessidade dos participantes. As nomenclaturas utilizadas foram da Taxonomia Diagnóstica da NANDA-International (NANDA-I) e as intervenções foram norteados pela Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Será apresentada, a seguir, a relação dos diagnósticos de enfermagem com a respectiva definição, características definidoras e fatores relacionados, sendo estes reforçados pelas entrevistas dos participantes.

Falta de adesão

Definição: Comportamento da pessoa e/ou do cuidador que deixa de coincidir com um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado entre a pessoa (e/ou família e/ou comunidade) e o profissional de saúde. Na presença de um plano de promoção da saúde ou terapêutico acordado, o comportamento da pessoa ou do cuidador é total ou parcialmente não aderente e pode levar a resultados clinicamente não efetivos ou parcialmente efetivos.

Características definidoras

Comportamento de falta de adesão

Exacerbação de sintomas

Falha em alcançar os resultados

Fatores relacionados

Conhecimento insuficiente sobre o regime

Crenças de saúde incompatíveis com o plano

Expectativas incompatíveis com a fase de desenvolvimento

Habilidades insuficientes para implementar o regime Incompatibilidade cultural

Motivação insuficiente

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Facilitação da aprendizagem

Controle do comportamento

Apoio emocional

Estabelecimento de metas mútua

Educação em saúde

Comportamento de saúde propenso a risco

Definição: Capacidade prejudicada de modificar estilo de vida/comportamentos de forma a melhorar o estado de saúde.

Características definidoras

Falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde

Minimiza mudança no estado de saúde

Não aceitação da mudança no estado de saúde

Fatores relacionados

Abuso de substância

Baixa autoeficácia

Compreensão inadequada

Estressores

Tabagismo

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Fortalecimento da autoestima

Controle do comportamento

Intervenção na crise
Apoio emocional
Escutar ativamente
Presença
Educação em saúde

Disposição para controle da saúde melhorado

Definição: Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Expressa desejo de melhorar escolhas da vida cotidiana para alcançar as metas
Expressa desejo de melhorar o controle da doença
Expressa desejo de melhorar o controle dos fatores de risco

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento;
Facilitação da aprendizagem
Fortalecimento da autoestima
Apoio à tomada de decisão
Apoio emocional
Escutar ativamente
Assistência para parar de fumar.

Conhecimento deficiente

Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico.

Características definidoras

Comportamentos inapropriados (p. ex., histérico, hostil, agitado, apático)
Conhecimento insuficiente
Desempenho inadequado em um teste Seguimento inadequado de instruções

Fatores relacionados

Conhecimento insuficiente de recursos
Informação insuficiente

Informações errôneas apresentadas por outros

Intervenção de Enfermagem

Facilitação da aprendizagem

Ensino: grupo

Ensino: medicamentos prescritos

Educação em saúde

Disposição para conhecimento melhorado

Definição: Padrão de informação cognitiva relativo a um tópico específico, ou sua aquisição, que pode ser fortalecido.

Característica definidora

Expressa desejo de melhorar a aprendizagem.

Intervenção de Enfermagem

Facilitação da aprendizagem

Fortalecimento da autoestima

Apoio à tomada de decisão

Disposição para autoconceito melhorado

Definição: Padrão de percepções ou ideias sobre si mesmo que pode ser reforçado.

Características definidoras

Aceita as limitações

Aceita as qualidades

Expressa desejo de melhorar o autoconceito

Intervenção de Enfermagem

Fortalecimento da autoestima

Apoio à tomada de decisão

Apoio emocional

Escutar ativamente

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

Disposição para esperança melhorada

Definição: Padrão de expectativas e desejos para mobilizar energia em benefício próprio que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Expressa desejo de melhorar a coerência entre expectativas e metas

Expressa desejo de melhorar a crença nas possibilidades

Expressa desejo de melhorar o sentimento de sentido à vida

Intervenção de Enfermagem

Fortalecimento da autoestima

Apoio à tomada de decisão

Apoio emocional

Escutar ativamente

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

Risco de baixa autoestima crônica

Definição: Vulnerabilidade à autoavaliação/sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou as próprias capacidades que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Exposição à situação traumática

Fracassos repetidos

Participação insuficiente em grupos

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Redução da ansiedade

Fortalecimento da autoestima

Controle do comportamento

Apoio emocional

Ansiedade

Definição: Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal

de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Características definidoras

Angústia

Preocupação

Fatores relacionados

Abuso de substância

Conflito sobre as metas da vida

Crise situacional

Estressores

Exposição à toxina

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Redução da ansiedade

Fortalecimento da autoestima

Controle do comportamento

Intervenção na crise

Apoio emocional

Grupo de apoio

Ansiedade relacionada à morte

Definição: Sensação desagradável e vaga de desconforto ou receio gerada por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência.

Características definidoras

Impotência

Medo de desenvolver doença terminal

Medo de morte prematura

Fatores relacionados

Antecipação de sofrimento

Discussões sobre o assunto “morte”

Observações relacionadas à morte

Percepção de iminência de morte

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento
Redução da ansiedade
Intervenção na crise
Apoio emocional

Enfrentamento ineficaz

Definição: Incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis.

Características definidoras

Abuso de substância
Comportamento de assumir riscos
Comportamento voltado a metas insuficiente
Incapacidade de pedir ajuda
Resolução insuficiente de problemas

Fatores relacionados

Confiança inadequada na capacidade de lidar com a situação
Estratégias ineficazes para alívio de tensão Incapacidade de conservar energias adaptativas Incerteza
Senso insuficiente de controle

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento
Intervenção na crise
Apoio à tomada de decisão
Educação em saúde

Disposição para enfrentamento melhorado

Definição: Padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas relativas ao bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Expressa desejo de melhorar o controle de estressores
Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias orientadas pela emoção
Expressa desejo de melhorar o uso de estratégias voltadas ao problema

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento
Fortalecimento da autoestima
Apoio emocional
Escutar ativamente
Assistência para parar de fumar
Educação em saúde

Sobrecarga de estresse

Definição: Excessivas quantidades e tipos de demandas que requerem ação.

Características definidoras

Aumento da impaciência
Aumento da raiva
Aumento de comportamento de raiva
Estresse excessivo
Funcionamento prejudicado
Impacto negativo da tensão (p. ex., sintomas físicos, sofrimento psicológico, sentir-se doente)
Sensação de opressão
Tensão
Tomada de decisão prejudicada

Fatores relacionados

Estresse excessivo
Estressores
Estressores repetidos
Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimento)

Intervenção de Enfermagem

Redução da ansiedade
Intervenção na crise
Tratamento do uso de drogas
Apoio emocional
Assistência para parar de fumar
Presença

Educação em saúde

Negação ineficaz

Definição: Tentativa consciente ou inconsciente de negar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir ansiedade/medo, que leva a comprometimento da saúde.

Características definidoras

Desloca a fonte dos sintomas

Minimiza os sintomas

Não percebe a relevância dos sintomas

Não percebe relevância do perigo

Retarda a procura de assistência à saúde

Fatores relacionados

Ansiedade

Apoio emocional insuficiente

Estratégias ineficazes de enfrentamento

Estresse em excesso Inadequação percebida no trato de emoções fortes

Medo da morte

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Redução da ansiedade

Controle do comportamento

Intervenção na crise

Ensino: grupo

Grupo de apoio

Educação em saúde

Planejamento de atividade ineficaz

Definição: Incapacidade de preparar-se para um conjunto de ações com tempo estabelecido e sob certas condições.

Características definidoras

Ansiedade excessiva relativa a uma tarefa a ser enfrentada

Falta de um plano

Metas não atendidas para a atividade escolhida

Padrão de fracasso

Padrão de procrastinação

Fatores relacionados

Comportamento de fuga defensivo quando diante de uma solução proposta

Percepção irreal de capacidades pessoais

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Facilitação da aprendizagem

Controle do comportamento

Intervenção na crise

Ensino: grupo

Grupo de apoio

Desenvolvimento de protocolos de cuidados

Educação em saúde

Disposição para poder melhorado

Definição: Padrão de participação intencional na mudança para o bem-estar e que pode ser fortalecido.

Características definidoras

Expressa disposição para aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança

Expressa disposição para aumentar a independência de ações de mudança

Expressa disposição para aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária

Expressa disposição para aumentar a participação nas escolhas de saúde

Expressa disposição para aumentar a percepção de possíveis mudanças

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Facilitação da aprendizagem

Controle do comportamento

Apoio emocional

Estabelecimento de metas mútua

Educação em saúde

Disposição para resiliência melhorada

Definição: Padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que pode ser reforçado.

Características definidoras

Demonstra perspectiva positiva

Expressa desejo de melhorar a própria responsabilidade pelas ações

Expressa desejo de melhorar o estabelecimento de metas

Expressa desejo de melhorar o progresso na direção de metas

Expressa desejo de melhorar o uso de recursos

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Facilitação da aprendizagem

Controle do comportamento

Apoio emocional

Estabelecimento de metas mútua

Educação em saúde

Sofrimento moral

Definição: Resposta à incapacidade de pôr em prática as decisões/ações éticas/morais escolhidas.

Características definidoras

Angústia (p. ex., impotência, ansiedade, medo) em relação a agir de acordo com a própria escolha moral

Fatores relacionados

Conflito entre os tomadores de decisão

Decisões sobre tratamento

Intervenção de Enfermagem

Aconselhamento

Fortalecimento da autoestima

Controle do comportamento

Intervenção na crise

Apoio emocional

Escutar ativamente
Presença

Risco de lesão térmica

Definição: Vulnerabilidade a danos à pele e às mucosas devido a temperaturas extremas, que podem comprometer a saúde.

Fatores de risco

Falta de atenção Intoxicação (álcool, drogas)
Tabagismo

Intervenção de Enfermagem

Educação em saúde
Assistência para parar de fumar

Risco de mucosa oral prejudicada

Definição: Vulnerabilidade à lesão a lábios, tecidos moles, cavidade bucal e/ou orofaringe, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Estressores
Tabagismo

Intervenção de Enfermagem

Assistência para parar de fumar
Educação em saúde

Risco de olho seco

Definição: Vulnerabilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Envelhecimento
Gênero feminino
Opções do estilo de vida (p. ex., fumar, uso de cafeína, leitura prolongada)

Intervenção de Enfermagem

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

Risco de sufocação

Definição: Vulnerabilidade à disponibilidade inadequada de ar para inalação, que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Fumar na cama

Intervenção de Enfermagem

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

Risco de trauma

Definição: Vulnerabilidade à lesão tissular acidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura), que pode comprometer a saúde.

Fatores de risco

Externos

Fumar na cama

Fumar perto de oxigênio

Perturbação emocional

Intervenção de Enfermagem

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

Contaminação

Definição: Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde.

Características definidoras

Efeitos pulmonares da exposição a produtos químicos

Tabagismo

Intervenção de Enfermagem

Assistência para parar de fumar

Educação em saúde

A partir das intervenções, o planejamento de Enfermagem foi organizado levando em consideração os anseios apreendidos pelas Representações Sociais, pelos Diagnósticos de Enfermagem, pelos recursos disponibilizados pela Unidade de Saúde e pela própria disponibilidade dos participantes quanto aos dias da semana e horários.

Já a implementação é o próprio grupo, que dependeu também do alicerce da PCA para seu melhor funcionamento.

6.2 A Pesquisa Convergente Assistencial aplicada ao grupo de tabagismo

A pesquisa convergente assistencial (PCA) tem com pilar a união da pesquisa e da assistência, e vice versas, a fim de diminuir a dicotomia entre os resultados de pesquisas e sua aplicabilidade na atividade prática dos enfermeiros.

Rocha, Prado e Silva (2012) afirmam que a PCA propõe a proximidade e o afastamento diante do saber-fazer assistencial, pois nos induz a uma metodologia em que há uma relação direta entre a academia e a prática. Com esse movimento e ir e vir, ou seja, identificar na prática um problema e retornar a literatura para que esta o auxilie na resolução deste, o enfermeiro se posiciona ora na assistência, ora na pesquisa.

O grupo de tabagismo ancorado na PCA tem sua possibilidade de sucesso maximizada, pois quando o enfermeiro identifica as fragilidades destes usuários, diferentes entre si, com sua potencialidade e fraquezas pertinentes a própria existência humana e com grande esperança na cessação definitiva, ele tem a ferramenta da PCA para conduzir a atividade de acordo com as necessidades advindas do próprio grupo.

Para essa condução personalizada, ou seja, de acordo com a especificidade de cada grupo, o profissional deve realizar um encontro, e ao final, avaliar sua posição frente ao grupo, refletir acerca das informações que foram passadas, as dúvidas que surgiram por parte dos participantes e do próprio profissional e os objetivos a serem alcançados no próximo encontro, para que assim, retome pesquisas que possam embasar o próximo encontro.

6.2.1 Estruturação do grupo pelas fases da PCA

A PCA possui quatro fases básicas: a concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

A fase de **concepção** aborda o problema de pesquisa, as revisões e as reflexões acerca do problema de pesquisa a ser investigado. Neste caso, a concepção se deu por meio do aporte teórico anterior à pesquisa de campo, mediante estado da arte, o delineamento do problema de pesquisa, objetos e método.

A **instrumentação** se refere ao espaço físico da pesquisa, que pode ser os mais variados como Unidades de Atenção Básica, hospitais e ONGs; nesta pesquisa, o espaço físico se deu em uma UBS. Aos participantes, que podem ser os profissionais ou quem está sendo cuidado, que neste estudo foram os entrevistados na primeira etapa da pesquisa (Representações Sociais); a delimitação que foram, a princípio dez dos entrevistados; e a negociação da proposta com as partes envolvidas, considerando que as representações sociais acerca das recaídas que ocorrem após um período sem fumar, são essenciais para a reestruturação de diferentes modalidades assistenciais, bem como o comprometimento individual e grupal.

A fase de **perscrutação** está diluída nas fases de instrumentação e análise, por isso a necessidade de inserção na realidade do problema de pesquisa. Nesta fase, a pesquisadora esteve incluída na UBS desde a ambientação, passando pelo momento das entrevistas com os possíveis participantes do grupo e preparação do campo para o grupo de tabagismo.

A fase de **análise** engloba a apreensão, que é a coleta das informações por meio de registros organizados, com ordem cronológica, data, número da entrevista, observações e identificação do participante; síntese, que é a fase de reunir os elementos concretos e abstratos e fundi-los coerentemente; teorização, que identifica, define e constrói relações entre o grupo de construtos de modo a possibilitar a produção de previsões do fenômeno investigado e é chamado de teoria, visto que o primeiro passo é descobrir os valores nas informações, como um quebra-cabeça; e a transferência, que é a fase de poder contextualizar o problema em situações similares com a intenção de transferi-los e socializá-los, em dois sentidos básicos: um relacionado a prática assistencial e outro para novas modalidades de assistência (TRENTINI, 2014).

Nesta pesquisa, as fases de apreensão, síntese e teorização foram realizadas na primeira etapa, com as entrevistas e a análise destas à luz da Teoria das Representações Sociais.

À partir das representações sociais elaboradas pelos participantes da pesquisa e de toda organização para a intervenção, considerando que a proposta seria trabalhar/assistir/construir um novo grupo de tabagismo, pensado à partir de representações de pessoas que tiveram a experiência da recaída, o grupo teve início no dia primeiro de março de 2017, às 13 horas e aconteceu nas dependências da Unidade de Saúde. Foram convidados dez participantes que apresentaram maior grau de dependência a nicotina, relativo ao teste de Fargestron. O número reduzido foi necessário devido a disponibilidade de adesivos que foram dispensados a Unidade de Saúde naquele mês, totalizando 280 adesivos de 21 miligramas (mg), nenhum adesivo de 14 mg, 560 adesivos de 7mg e 4200 comprimidos de Bupropiona. Portanto, para este quantitativo de adesivos, somente poderia ser garantido a assistência a no máximo dez pessoas.

A seguir, será apresentado o quadro com a lista de presença de cada encontro.

Quadro 2 - Lista de presença de cada encontro

Nome	Quantidade	01/03 13h	08/03 13h	15/02 13h	22/03 13h	05/04 13h	19/04 13h	17/05 13h
AMML	40 CD	A	A	A	-	-	-	-
VHM	10 CD	A	A	A	-	-	-	-
SAR	20 CD	P	P	P	A	A	A	A
ACS	60 CD	P	A	P	A	A	A	A
AOF	15 CD	P	P	P	A	A	A	A
FMF	30 CD	P	P	P	P	A	A	A
MEFS	20 CD	P	A	P	P	A	A	A
AVAF	11 CD	A	A	A	-	-	-	-
SHNS	40 CD	P	P	P	A	A	A	A
IAPC	30 CD	P	P	P	A	A	A	A

Legenda: CD: Cigarros por dia; P: presença; A: ausência

Fonte: A autora

Pode-se observar que três pessoas não compareceram aos dois primeiros encontros, o que caracteriza seus desligamentos e um novo quantitativo de pessoas para o grupo, sete pessoas.

No primeiro encontro, os usuários foram esclarecidos sobre os objetivos do grupo, o papel de cada um para que o grupo pudesse ser fortalecido, a importância da entrevista inicial para um melhor planejamento do grupo para que este contemplasse as necessidades coletivas e individuais.

Em um primeiro momento, a pesquisadora retornou ao grupo a análise das representações (coletivas) que estes pontuaram nas entrevistas individuais, com a finalidade de confirmar se o que estava proposto para o todo realmente era significativo para cada pessoa ali presente.

Com isso, houve a confirmação das representações e das questões que nortearam o primeiro encontro do grupo, a saber: *“qual o papel do cigarro na minha vida/ cotidiano?”*, *“quanto e como ele interfere na minha rotina?”*, *“quais os prejuízos que tenho ao usar o cigarro?”*, *“como a unidade de saúde pode me ajudar?”* e *“sou fraco por ter recaído?”*. A partir das questões, dúvidas foram esclarecidas e outras, necessitaram de maior aprofundamento teórico para serem respondidas no encontro seguinte.

No segundo encontro, as dúvidas do primeiro encontro foram sanadas e outras questões foram levantadas, como *“todos tem a necessidade de usar a medicação ou o adesivo?”*, *“o que acontece se eu parar o tratamento?”*, *“quais os efeitos adversos que posso ter ao usar as medicações?”* e *“posso voltar a unidade se sentir alguma coisa?”*. Algumas intervenções de enfermagem foram mais específicas nesse encontro, como o aconselhamento, fortalecimento da autoestima, intervenção na crise, apoio emocional, ensino (grupo e de medicamentos prescritos) e estabelecimento de metas mútua, pois o próximo encontro (terceiro) seria a consulta médica, a qual os usuários poderiam, de acordo com o grau de dependência, serem medicados ou não.

O terceiro encontro foi a consulta médica, a qual foi agendada no quantitativo de duas pessoas por dia no período da manhã, na semana de 12 a 16 de março. A seguir, destaca-se a relação dos medicamentos prescritos para cada pessoa.

Quadro 3 - Relação dos medicamentos prescritos

Nome	Adesivo de 21mg	Adesivo de 14 mg	Adesivo de 7 mg	Bupropiona
SAR	28 dias	14 dias	14 dias	Sertralina (50mg)
ACS	28dias	14 dias	14 dias	150mg
AOF	28 dias	14 dias	0 dias	-
FMF	0 dias	14 dias	28 dias	-
MEFS	28 dias	14 dias	de 7 a 14 dias	-
SHNS	28 dias	14 dias	14 dias	150mg
IAPC	28 dias	14 dias	0 dias	150 mg

Fonte: A autora

A pesquisadora fez contato telefônico com os sete usuários para ter conhecimento de qual tratamento foi proposto para cada um e para reforçar a data do quarto encontro.

À partir do quarto encontro, nenhum participante compareceu a Unidade de Saúde no horário pré-estabelecido e nem houve justificativa das ausências. A pesquisadora fez contato telefônico com todos e estes relataram que estavam sem tempo para comparecer a unidade para os outros encontros, mas que estavam seguindo a prescrição médica e fazendo o uso dos adesivos regularmente.

Apesar da ausência dos usuários, ao contato telefônico no dia 18 de maio, todos afirmaram estarem sem fumar e que os dois encontros foram importantes para o processo de parar de fumar. Esta ausência dos participantes reforça a possibilidade de uma representação de saúde vinculada a medicação, e não somente a educação em saúde.

A sociedade consumista leva não somente aos “processos de medicalização denunciados por Foucault ou Illich, mas também a fenômenos como “processos de quimificação e nutrição”. Com esses conceitos se faz referência ao uso crescente de medicamentos para sofrimentos psíquicos” (CAPONI, 2010, p.1465). Porém, os medicamentos permitem que o trabalhador cuide de sua saúde ou doença, enquanto realiza suas inúmeras tarefas (RENOVATO, 2008).

Um dos autores que discorrem sobre o tema com propriedade e inúmeras publicações é Lefèvre, que diz que “ao mesmo tempo que cura e previne (função

quimioterápica), o medicamento representa e simboliza (função simbólica) e, simultaneamente, aliena e domina (função social e psicossocial)” (ROSEMBERG, 1992, p.207).

O autor analisa o sentido do medicamento com base em três grandes grupos de discussão: o da sociedade, o qual a saúde e o medicamento são vistos como mercadorias; o do médico, qual perde seu espaço simbólico como somente homem detentor de saber, e agora sua figura está ligada diretamente a medicalização; e o do indivíduo (ROSEMBERG, 1992).

A construção do processo terapêutico agregou “elementos materiais, inovações da indústria farmacêutica, uma enorme variedade de equipamentos, artefatos e instrumentos de alta tecnologia produzidos por muitos setores industriais e cujo consumo se realiza através da medicina, mesmo que a produção seja externa a ela” (RENOVATO, 2008, p.66).

A indústria farmacêutica faz parte do complexo médico-industrial, uma das atividades econômicas privadas mais importantes do mundo globalizado, o qual os médicos possuem a total regulação de prescrições medicamentosas as pessoas (RENOVATO, 2008).

A sociedade moderna

“...ao mesmo tempo que promove, por todos os seus canais de comunicação, a ideia de que qualquer sofrimento, qualquer dor, qualquer estado, enfim, que fuja daquilo que ela institui como padrão, inclusive estético, constitui algo insuportável para o indivíduo; por outro lado, oferece a solução mágica, na ponta dos dedos: os comprimidos” (LEFÈVRE, 1983, p.502).

A saúde “se transforma em algo a ser obtido pelo consumo de substâncias e ações "saudáveis", (...) tornando-se "objeto de consumo". É neste quadro que o medicamento se apresenta como uma das materializações ou símbolos (poderosos) da saúde "biologizada" a ser consumida” (ROSEMBERG, 1992, p.207).

Em 1983, Lefèvre já dizia que a “intensa promoção da ideia de que sempre é possível, através do consumo de alguma mercadoria, encurtar ou mesmo eliminar a distância entre o concreto e o abstrato, entre o desejo e a sua realização. Assim, a saúde, para passar de desejo à realidade e, deste modo, gerar mercadorias (que são os instrumentos que operam esta passagem) precisa ser "biologizada” (p.501).

Essa construção social da medicalização do ser transpassa os anos e está consolidada juntamente a concepção biomédica da saúde e do ensino das profissões

da área da saúde. A dimensão educacional da pessoa a cerca de alguma patologia é secundária quando comparada a medicalização, por mais que aquela doença tenha grande interferência comportamental de interferência social, econômica e emocional.

Neste contexto, é perfeitamente possível ver-se o medicamento como um signo cujo significado vai bem mais além da simples ideia, conceito imagem mental de "saúde", implicando também, e sobretudo, a própria realização ou obtenção da saúde (LEFÈVRE, 1987, p.64).

Lefèvre, finaliza sua obra "O corpo e seus senhores. Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana", dizendo que

“cada um dos três senhores (homem, mercado e ciência) não pode, sozinho, ganhar a disputa pelo corpo. Se o vencedor fosse o homem, abandonado pela cultura, ou seja, pela ciência e a tecnologia, não sobreviveria a mais simples das enfermidades. Da mesma forma, a vitória isolada da ciência e da tecnologia conduziria à morte do corpo e mente como ‘coisas’ humanas em favor de algum tipo de simulacro cibernético. Finalmente a vitória do mercado significaria, além da desumanização, também a descaracterização da ciência e da tecnologia” (LEFÈVRE, 2009).

Logo, a evasão dos participantes do grupo de tabagismo a partir da consulta médica, a qual estes obtiveram a receita dos adesivos de nicotina e em alguns casos, a bupropiona, ressalta a representação da medicação no processo de parar de fumar. Pode-se afirmar que a necessidade de algum agente externo a motivação individual é um (se não a maior) necessidade desse grupo. Esse fato converge a baixa credibilidade que a pessoa impõe sobre si devido a já ter tentado parar de fumar e não obter sucesso.

Portanto, ao planejar um grupo de tabagismo – não só, mas qualquer grupo educativo, o profissional deve ressaltar a necessidade da pessoa conhecer a si, saber quais são seus pontos fortes e fraquezas, ressaltar a importância da medicação, mas que essa não é só e somente só o elemento que a fará cessar o tabagismo; e sim um conjunto de elementos, como tomada de decisão, educação em saúde e a efetiva participação em ações que favoreçam este aprendizado e o enfrentamento de situações difíceis por meio de autocontrole.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Creio que hei de ver a bondade do Senhor na terra dos viventes. 14. Espera tu pelo Senhor; anima-te, e fortalece o teu coração; espera, pois, pelo Senhor”. Salmos, 27: 13.

Ao conhecer as representações sociais dos usuários do tabaco que tiveram recaída após um período sem fumar, esta pesquisa contribui para as reflexões e avanços do saber no campo da assistência ao usuário do tabaco, considerando a relevância que a temática apresenta, e, principalmente o avanço e os esforços que os países tem proporcionado através das políticas públicas destinadas a esse grupo.

Com o aprofundamento das questões que envolvem o tabagismo, buscou-se com o referencial teórico das representações sociais caracterizar o tabagismo como doença que é, e, a maneira como os usuários das unidades de saúde são assistidos pelos profissionais de saúde e como esse cuidado impacta na vida dessas pessoas, sendo resolutivo ou não. A teoria das representações sociais considera dois modos de pensamento na sociedade – o científico (universo reificado) e o saber do senso comum (universo consensual). Assim, compreender a maneira como as pessoas pensam sobre aquilo que lhes é dado a pensar, neste estudo, sobre as recaídas que tiveram após um período sem fumar, significa o primeiro passo para entender as suas práticas e o seu modo de viver.

Embora as questões que envolvem o tabagismo, além dos aspectos técnicos, ainda não foram suficientemente discutidas nos espaços assistenciais das unidades básicas de saúde, ao conhecer as representações sociais das pessoas usuárias do tabaco sobre as recaídas que ocorreram após um período sem fumar, o distanciamento entre o serviço e o usuário poderá ser reduzido e o modo de cuidar dessas pessoas ser rediscutido.

Apesar do avanço nas políticas públicas no que diz respeito ao controle do tabagismo, há grandes dificuldades por parte dos serviços de saúde em desenvolver um cuidado que seja capaz de sensibilizar e cuidar das pessoas usuárias do tabaco de maneira efetiva e resolutiva, considerando principalmente a maneira como o tabagismo se insere e o que representa na vida das pessoas, além das questões de dependência física e psíquica, amplamente discutidas e evidenciadas nas pesquisas científicas.

As representações dos usuários do tabaco revelaram que, ao buscarem a assistência nos serviços de saúde, estes trazem uma representação do medicamento como a principal ou a mais importante maneira de se abandonar o tabagismo. Além do medicamento, outros recursos são oferecidos, como os adesivos de nicotina. No entanto, os usuários buscam nos medicamentos a solução para o abandono do tabagismo. Essa representação traz sérias e complicadas repercussões para a gestão cotidiana em manter-se sem fumar, pois, a medicação tem início e fim e, após esse período, o tabagista se vê desamparado ou fragilizado.

Nota-se que as pessoas usuárias do tabaco, de modo geral, têm acesso às informações acerca dos malefícios que o tabagismo traz, o que favorece a busca por assistência. Porém, as questões para manterem-se sem fumar, vai muito além do momento da busca pela assistência nos serviços de saúde. Apesar dos usuários representarem o tabagismo como uma doença que precisa ser controlada e que para isso é preciso mudar comportamentos, esses apresentam grandes dificuldades para a gestão cotidiana do manter-se sem fumar. Não conseguem associar o conhecimento a uma prática cotidiana de cuidados em saúde.

Nesse estudo há que se considerar que a representação que os usuários tabagistas trazem aos serviços de saúde, coloca o medicamento como a única ou a melhor maneira para o abandono do tabagismo. Se o serviço de saúde dispõe de medicamentos para ser distribuído para o controle do tabagismo, este é representado como um bom atendimento, caso contrário, o serviço é ineficaz e os usuários acabam abandonando qualquer outra ação desenvolvida.

Nesse sentido, esta pesquisa, ao conhecer as representações sociais dessas pessoas, propôs, baseado nessas representações, ações direcionadas aos tabagistas que tiveram recaída como meio de dar voz a estas pessoas e propor um modelo diferenciado para esse público em específico.

A pesquisadora teve a possibilidade de retornar ao serviço de saúde para realizar uma intervenção em uma situação problema identificada. Com isso, a utilização da PCA se fez pertinente e foi a base metodológica para a realização do grupo de tabagismo. Portanto, o aspecto de convergir assistência e pesquisa foi contemplado neste estudo.

Embora o estudo tenha apresentado consideradas limitações, principalmente pela aplicabilidade a um reduzido número de participantes, quando comparado a um grupo inicialmente grande, os resultados são importantes e sugerem que novos

estudos sejam desenvolvidos com vistas à abrangência da temática acerca do abandono do tabagismo.

A ausência final dos usuários do grupo de tabagismo reforça a necessidade de trabalhar a nível primário a dimensão educacional da assistência, pois é na atenção primária que os agravos à saúde podem ser identificados em um nível menos danoso a pessoa, sendo possível o tratamento inicial das patologias, principalmente as crônicas.

Os resultados apontam para a necessidade de se pensar em diferentes propostas assistenciais. Aqui, podemos considerar modificações na estrutura dos grupos, no que diz respeito às discussões dos diferentes pontos e, principalmente, na dispensação dos recursos materiais como os medicamentos e/ou adesivos, considerando a ausência dos usuários à partir da entrega dos medicamentos.

Uma proposta seria passar a inversão consulta médica do terceiro para o quarto encontro, para que os participantes possam ter três encontros voltados para a educação em saúde e preparação da pessoa para o processo de cessar o tabagismo e por último a avaliação médica, considerando os resultados desde estudo que apontam para a representação do medicamento como melhor meio de cessar o tabagismo.

Por fim, os resultados serão divulgados em eventos científicos, publicados artigos e principalmente, por agendamento de reuniões com os serviços de saúde para divulgação dos resultados e discussão da proposta reestruturada a partir dos resultados. É necessário rediscutir com a equipe o acolhimento aos usuários que tiveram recaídas, para que estes não se sintam excluídos ou desconsiderados pelos profissionais de saúde, pelas tentativas de abandono, ao contrário, motivados para o próximo passo rumo ao abandono do tabagismo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F. D.; MUSSI, F. C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, p. 456-463, 2006. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000400002&nrm=iso>. Acesso em 25 nov 2016

ALMEIDA, G.B.S. Representações sociais de usuários e profissionais de serviços de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo. 2009. 232 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011. 229p.

BENNASAR VENY, M. et al. Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, p. 1437-1444, 2011. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000600022&nrm=iso>. Acesso em 25 nov 2016.

BORGES, M.T.T; SIMÕES-BARBOSA, R.H. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p. 2834-2842, dez, 2008.

BOTELHO, E.H. L; RIBEIRO, R.K.S.M; SILVA, A.M.C; BOTELHO, C. Tabagismo: planejar ou não planejar parar de fumar. Connection Line Revista Eletrônica da Univag. n.13 p.113- 126. 2015. issn: 1980-7341

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://sites.uefs.br/porta1/sites/cep/menu/resolucao-cns-no-466-12-revoga-a-resolucao-196-96>> Acesso em 25 nov 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Tratamento do Tabagismo.** 2016. Disponível em:<

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/tratamento-do-tabagismo >. Acesso em: 24 de nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Programa Nacional de Controle do Tabagismo – Prevenção da Iniciação**. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/criancas-adolescentes-jovens. Acesso em 17 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional do Câncer). Notícias – 2011. **Brasil lança Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/brasil_lanca_plano_de_enfrentamento_das_doencas_cronicas_nao_transmissiveis. Acesso em 17 abr 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/SAS/Nº 442 de 13 de agosto de 2004**. Diário Oficial da União de 16 de agosto de 2004, Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 571 de 05 de abril de 2013**. Diário Oficial da União de 08 de abril de 2013, p. 56 e 57. Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS/Nº 1.035 de 31 de maio de 2004**. Diário Oficial da União de 01 de junho de 2004, Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS/Nº 1.575 de 29 de agosto de 2002**. Diário Oficial da União de 03 de setembro de 2002, Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. **III Fórum de Monitoramento 2016**. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/portal-dcnt/mais-sobre-portal-dcnt>>. Acesso em 23 dez 2016.

BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde. **TABAGISMO: Pergunta/Resposta. Tratamento do Tabagismo do SUS- Informação aos Gestores.** Disponível em TRATAMENTO DO TABAGISMO NO SUS / INFORMAÇÕES AOS GESTORES. Acesso em 17 abr 2017.

CASTRO, S.F. **As Representações Sociais dos Professores de Alunos com Síndrome de Down Incluídos nas Classes Comuns do Ensino Regular.** Dissertação de Mestrado em Educação, Santa Maria, RS, 21 de março de 2006.

CAPONI, S. **O corpo e seus senhores. Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana (Resenha).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.26, v.7, p.1464-1466, jul, 2010.

COSTA, C. **Sociologia: Introdução à Ciência da Sociedade.** 3ª Ed. São Paulo: Moderna, 2005.

DANNER, F. **O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault** . Revista Estudos Filosóficos, n 4,p. 143 – 157. 2010. ISSN 2177-2967 <http://www.ufsj.edu.br/revistaestudosfilosoficos> DFIME – UFSJ - São João del-Rei-MG.

Herdman, T H, Kamitsuru, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** [recurso eletrônico] / [NANDA International]. Tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros ... [et al.]. – Porto Alegre : Artmed, 2015.

DUNGA, J. A. et al. **Tobacco Abuse And Its Health Effect.** Niger J Med, v. 24, n. 4, p. 354-62, Oct-Dec 2015. ISSN 1115-2613 (Print)1115-2613.

DURKHEIM, E . **Sociologia e Filosofia.** Tradução Paulo J. B. San Martin. São Paulo: Ícone, 1994. FARR, Robert. M. Representações Sociais: A Teoria e sua História. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. GIDDENS, Anthony. Sociologia. Tradução Sandra Regina Netz. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. 3ª Ed. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ECKERDT, N. D. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. **Sentidos sobre o tabagismo para mulheres participantes de grupo de tabagistas**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, p. 641-647, 2010. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700022&nrm=iso>. Acesso em 25 nov 2016.

FERRAZ, L; BUSATO, M. A; ARRUDA, C.R.P.T; MATTOS, T; LIESHOUT,B. **Tabagismo: motivos da cessação e da recaída na população de um NASF** . Hygeia, v.11, n.20, p.127 - 137, Jun, 2015.

FLECK, M et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida Whoqol-Bref**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

GARCIA, S.C.M; NOVIKOFF, C. **Representações sociais sobre o tabagista na saúde**. Revista de Pesquisa Interdisciplinar, Cajazeiras, v. 1, Ed. Especial, 02-19, set/dez. de 2016.

GBD 2015 TOBACCO COLLABORATORS. **Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015**. Lancet, v. 389, p. 1885–906, 2017. Published Online April 5, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30819-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30819-X). Disponível em <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30819-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30819-X.pdf)> Acesso em 15 fev 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GUARESCHI, P. **Representações Sociais: Alguns Comentários Oportunos**. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. (org.). Novas Contribuições para a Teorização e

Pesquisa em Representação Social. Florianópolis: [s. n.], 1996. Coletâneas da ANPEPP, p. 9-30.

GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S (Org.). **Textos em Representações Sociais**. 2ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

GUERRA, M.P. **A abstenção tabágica: Reflexões sobre a recaída**. Análise Psicológica v.3, n.21, p. 507-518, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. **Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Secretaria-Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. – Rio de Janeiro, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo um grave problema de saúde pública**. 1ª Ed. 2007. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf> Acesso em 02 nov 2017.

JESUS, M.C.P; SILVA, M.H; CORDEIRO, S.M; KORCHMAR, E; ZAMPIER, V.S.B; MERIGHI, M.A.B. **Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: a social phenomenology approach**. Rev Esc Enferm USP. v.50, n.2, p.71-78, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100010>. Acesso em 08 jan 2016.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Paris: PUF, 1989.

JODELET, D. **O Movimento de Retorno ao Sujeito e a Abordagem das Representações Sociais**. Sociedade e Estado, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>>. Acesso em: 23 junho de 2014.

KASTLER, F. **Dez anos da convenção-quadro de controle do tabaco: a função normativa da oms em socorro da saúde global**. v. 17, n. 1, p. 46, 2016. ISSN 2316-

9044. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/117099> >. Acesso em 25 nov 2016.

LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo : Atlas 2003.

LEFÈVRE, F. **A função simbólica dos medicamentos**. Rev. Saúde públ., S. Paulo, v.17, p. 500-503, 1983.

LEFÈVRE, F. **A oferta e a procura de saúde através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa**. Rev.Saúde públ., S.Paulo, v.21, p.64-67, 1987.

LEFEVRE F, LEFEVRE AMC. **O corpo e seus senhores. Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2009. 96 p.

LEFÈVRE, Fernando. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica**. Editora Cortez: São Paulo, Brasil, 1991. 159 p., ilustrações e bibliografia. (Brochura) ISBN 85-249-0293-0.

LEVY et al. **The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation**. v.9, n.11, 2012. Disponível em < <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1371/journal.pmed.1001336&type=printable>> Acesso em 15 fev 2018.

MARQUES, A.C.P. R. et al. **Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.23, n.4, p. 200-214, 2001.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MEIER, D.A.P; VANNUCHI, M.T.O; SECCO, I.A.O. **Abandono do tratamento do tabagismo em programa no município norte do Paraná** . Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 13, n. 1, p. 35-44, 2011.

MENDONÇA, J. E. **Mar de guimbas de cigarro**. Projeto Colabora, 13 jun. 2016. Disponível em: < <http://projetcolabora.com.br/lixo/no-mar-5-trilhoes-de-bitucas-de-cigarros/>>. Acesso em: 06 set. 2017.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOSCOVICI, S. **Das Representações Coletivas às Representações Sociais: Elementos para Uma História**. In: JODELET, Denise (Org.). As representações sociais. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001.

MOSCOVICI, S. **La Representación Social: Un Concepto Perdido**. IEP - Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Mayo del. 2002. Disponível em: www.cholonautas.edu.pe. Acesso: 23 junho de 2014.

MOSCOVICI, S. Prefácio. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S (Org.). **Textos em Representações Sociais**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2003. 404 páginas (trad. Pedrinho A. Guareschi, a partir do original em língua inglesa *Social representations: explorations in social psychology* [Gerard Duveen (ed.), Nova York, Polity Press/Blackwell Publishers, 2000]).

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 7ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NUNES, S.O.V; CASTRO, M.R.P orgs. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento** [online]. Londrina: EDUEL, 2011. 224 p. ISBN 978-85-7216-675-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

OLIVEIRA, M.G.M.; QUINTANEIRO, T. Karl Marx. In: QUINTANEIRO, T (Org.). **Um Toque de Clássicos: Marx, Dukheim e Weber**. 2ª Ed. Rev. Amp. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

OLIVEIRA, M.S.B.S. **Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici**. Revista Brasileira De Ciências Sociais, v.19, n.55. p.180-186, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e comportamentais da C.I.D. 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PIVOTO, F.L.; FILHO, W.D.L.; SANTOS, S.S.C.; LUNARDI, V.L. **Pesquisa Convergente-Assistencial: Revisão Integrativa de Produções Científicas da Enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.22, n.3, p. 843-849, 2013.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 38, p. 370-379, 2015. ISSN 1020-4989. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015001000004&nrm=iso>. Acesso em 25 nov 2016.

PROCHASKA, J.O.; DI CLEMENTE, C. **Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change**. J Consult Psychol, v. 51, p.390-395, 1983.

QUINTANEIRO, T. **Émile Durkheim**. In: QUINTANEIRO, Tania (Org.). **Um Toque de Clássicos: Marx, Dukheim e Weber**. 2ª Ed. rev. amp. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L.; LIMA, M.M.; KLOH, D. **Pesquisa Convergente-Assistencial: Estudo Bibliométrico de Dissertações e Teses**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 21, n.3, p. 702-707, 2012.

REIS, A. **A HISTÓRIA DO CIGARRO: A EVOLUÇÃO DE UM PRODUTO POLÊMICO**. Blog Prof Artur Reis. Disponível em <<http://professorarturreis.blogspot.com.br/2012/11/a-historia-do-cigarro-evolucao-de-um.html>> Acesso em 12 jul 2017.

RENOVATO, R.D. **O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica.** Rev. Bras. Farm., v.89, n.1, 2008.

ROCHA, P.K.; PRADO, M.L.; SILVA, D.M.G.V. **Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem.** Rev Bras Enferm, nov-dez; v.65, n.6, p.1019-1025, 2012.

RODRIGUES, B.J.C.; JUNIOR, O.V. **Intervenções com grupos e tabagismo: relato de experiência no contexto do sistema único de saúde brasileiro sobre as dificuldades de adesão ao tratamento única cadernos acadêmicos.** v. 3, n.3, 2017 issn: 2594-9624.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de casos.** São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEMBERG, B. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica (resenha).** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.207-209. 1992.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal.** Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2004.

SALES, M.P.U.; FIGUEIREDO, M.R.F.; OLIVEIRA, M.I.; CASTRO, H.N. **Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico.** J Bras Pneumol. v.32, n.5, p. 410-447, 2006.

SANTOS, G.T.; DIAS, J.M.B. **Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica.** Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>. ISSN 1984-4352. Macapá, v. 8, n. 1, p. 173-187, jan.-jun. 2015

SANTOS, N.B. **Resenha do livro Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social.** Serge Moscovici. Revista Ciências e Ideias, v. 1, n. 2, abr./set.2010.

SARDINHA, A et al . Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 83-90, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 jul. 2018.

SCHMITT, M.D.; MAIA, D.C.; ALMEIDA, M.A.; ADAMY, E.K. Obstáculos assinalados por enfermeiros da atenção básica em saúde na realização da coleta de dados. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v.9, sup.3, p.7688-7694. 2015.

SÊGA, R.A. **O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici**. Anos 90. Porto Alegre, n 13. p.128-133. 2000.

SILVA, C. A.; CARMO, B. B.; CASTRO, G.F.P. **Uso de Fármacos no Tratamento Contra o Tabagismo**. *Revista Transformar*. Itaperuna. 2016. 10ª edição: 101-113.

SILVA, J.G.; TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. **Alimentação na Adolescência e as Relações com a Saúde do Adolescente**. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 1095-1103, 2014. Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.

SOUZA, T.A.; MATTOS, F.F. **Representação social de adultos sobre o tabagismo e suas implicações para a saúde: estudo realizado em comunidade rural – MG**. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, vol. 48, n.3, p.159-165, 2012.

THIRY-CHERQUES, H.R. **Saturação em Pesquisa Qualitativa: Estimativa Empírica de Dimensionamento**. *Revista PMKT*. 2009.

TOLOTTI, M.D.; DAVOGLIO, T.R. **Evolução Histórica da Propaganda, Legislação Antitabagismo e Consumo de Cigarro no Brasil**. *Revista de Psicologia da IMED*, vol.2, n.2, p. 420-432, 2010.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ª Ed. Florianópolis: Insular; 2004. p. 143.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. **A Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da Enfermagem.** Cogitare Enferm, v.11, n,2, p.156-160,2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco Free Initiative (TFI). Global report on trends in tobacco smoking 2000-2025.** Disponível em <<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/index4.html>> Acesso em 15 fev 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco free initiative (TFI): ECOSOC 2006 Substantive Session. Geneva, 2006.** Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/ecosoc_2006/en/>. Acesso em: 23 jul. 2017

APÊNDICE A – Instrumento Norteador para a Entrevista

	<h3 style="margin: 0;">Instrumento Norteador para a Entrevista</h3>	
	Data: ____ / ____ / ____	Número da Entrevista: ____
Nome: _____		
Idade	_____ anos	
Genero	F (<input type="checkbox"/>) M (<input type="checkbox"/>)	
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Outro	
Quantidade de Cigarros	<input type="checkbox"/> Cigarros/dia <input type="checkbox"/> Maço/ mês	
Renda	<input type="checkbox"/> < 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> = 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> > 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Pensão <input type="checkbox"/> Outro	
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo	
Doenças vasculares	<input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Trombose vascular <input type="checkbox"/> Outra	
Doenças respiratórias	<input type="checkbox"/> Bronquite <input type="checkbox"/> Enfizema <input type="checkbox"/> Ritinte <input type="checkbox"/> Outra	
Profissão	<input type="checkbox"/> Aposentado(a) <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Do Lar	
De quantos grupos já participou?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais	
Quantas tentativas de "parar de fumar?"	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais	
Mais alguém na casa tem o hábito de fumar?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale para mim o que o cigarro representa para você? E o que te motivou a voltar ao hábito de fumar? 2. Me fale o que a UBS representou para você no processo de parar de fumar? 3. Qual foi a maior dificuldade que você enfrentou quando tentou parar de fumar? 		

APÊNDICE B – Folha de Acompanhamento Individual

Unidade Básica de Saúde – Bairro de Lourdes – Juiz de Fora/MG			
Grupo de Tabagismo – Representações Sociais de tabagistas sobre a recaída após a cessação do hábito de fumar: uma pesquisa convergente assistencial			
<u>Folha de Acompanhamento Individual</u>			
Nome: _____	Pront: _____	Data: / /	
1. Quais foram os principais sintomas da recaída?			
R: _____			
2. Estágio de motivação do indivíduo.		3. Relata:	
<input type="checkbox"/> Pré-contemplativo		<input type="checkbox"/> Tosse	
<input type="checkbox"/> Contemplativo		<input type="checkbox"/> Expectoração	
<input type="checkbox"/> Preparação para ação		<input type="checkbox"/> Chiado	
<input type="checkbox"/> Ação		<input type="checkbox"/> Tontura	
<input type="checkbox"/> Manutenção		<input type="checkbox"/> Desmaios	
		<input type="checkbox"/> Outros _____	
4. Medicamentos em uso			
R: _____			

Questionário de Tolerância de Fagerström			
Quanto tempo depois de acordar fuma o primeiro cigarro?			
<input type="checkbox"/> Após 60 min ⁰	<input type="checkbox"/> 31-60 min ¹	<input type="checkbox"/> 6-30 min ²	<input type="checkbox"/> Nos primeiros 5 minutos ³
Você encontra dificuldades em evitar fumar em lugares onde é proibido, como por exemplo: local de trabalho, igrejas, shopping, etc.?			
<input type="checkbox"/> Não ⁰			
<input type="checkbox"/> Sim ¹			
Qual o cigarro mais difícil de largar ou de não fumar?			
<input type="checkbox"/> Qualquer um ⁰			
<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã ¹			
Quantos cigarros você fuma por dia			
<input type="checkbox"/> 10 ou menos ⁰	<input type="checkbox"/> 11-20 ¹	<input type="checkbox"/> 21-30 ²	<input type="checkbox"/> 31 ou mais ³
Você fuma mais frequentemente nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia?			
<input type="checkbox"/> Não ⁰			
<input type="checkbox"/> Sim ¹			
Você fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?			
<input type="checkbox"/> Não ⁰			
<input type="checkbox"/> Sim ¹			
			Pontuação: ____/10

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa *"Representações Sociais de Tabagistas sobre a Recaída após a Cessação do Hábito de Fumar: uma pesquisa convergente assistencial"*. Nesta pesquisa temos como objetivo conhecer as Representações Sociais de tabagistas que tiveram recaída após a cessação do hábito de fumar.

O motivo que nos leva a estudar este tema é que ao identificarmos as dificuldades que os usuários apresentam em manter-se sem fumar, mesmo após um longo período de cessação do hábito, possibilitaremos a construção de um novo modelo de assistência, que possam contribuir com o usuário, para o alcance do objetivo de abandonar o hábito e manter-se ativo no processo no sentido de não mais recair.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a uma entrevista na qual o senhor (a) me contará sobre a sua relação com o cigarro e alguns aspectos relacionados a recaída ao hábito de fumar. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, inerente a manifestação de diferentes sentimentos, incluindo o constrangimento ao responder alguma pergunta. No entanto, o Senhor (a) terá total liberdade para interromper a sua participação, sem que isso interfira na relação entre pesquisador, participante e o serviço de saúde ao qual ele e o seu familiar estão vinculados. A pesquisa contribuirá para, se de sua vontade, o retorno ao grupo, contribuir para a sistematização e atualização dos dados dessa clientela, a divulgação em eventos científicos, contribuindo com a comunidade acadêmica, levantar uma proposta de reestruturação da modalidade assistencial ao tabagista, possibilitando um vínculo os com os usuários, onde estes possam se sentir motivados e confiantes a nos procurar não só no período do grupo.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. 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 (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). 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 sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa *"Representações Sociais de Tabagistas sobre a Recaída após a Cessação do Hábito de Fumar"* 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 via original 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 _____.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Geovana Brandão Santana Almeida

Endereço: Campus Universitário da UFJF

CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 98504-8309

E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós
Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO B – Declaração de infraestrutura da Prefeitura de Juiz de Fora – Minas
Gerais



Declaração

Eu João Daniel Neto, na qualidade de responsável pelo Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Representações sociais de tabagistas sobre a recaída após a cessação do hábito de fumar: uma pesquisa convergente assistencial**" a ser conduzida sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável Professora Doutora Geovana Brandão Santana Almeida e da Pesquisadora Carolina Alves Matos de Menezes no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Solicita-se, assim que concluídos, o Relatório de Pesquisa e as Bases de Dados da referida pesquisa para apreciação e potencial utilização desta Secretaria de Saúde.

Juiz de Fora, 17 de julho de 2017.

João Daniel Neto

João Daniel Neto
Gerente do Departamento
de Programas e Ações da APS
DPAAPS/SSAPS/SS/PJF

Gerente do Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde

ANEXO C – Declaração de Infraestrutura da Unidade de Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM

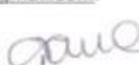
Ilmo. Sr. Alexandro Magno da Silva

Gerente da Unidade de Atenção Primária à Saúde do Bairro de Lourdes

Solicitamos de Vossa Senhoria a autorização para a realização e divulgação da pesquisa: **Representações sociais de tabagistas sobre a recaída após a cessação do hábito de fumar: Uma pesquisa convergente assistencial**", que será desenvolvida pela mestrandia Carolina Alves Matos de Menezes, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sendo a coordenadora do projeto a Pro^{fa} Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida, da faculdade de Enfermagem da UFJF/FACENF. Este estudo tem por finalidade conhecer as representações sociais de usuários da Atenção Primária à Saúde que já participaram de algum grupo de tabagismo realizado pela unidade em questão sobre a recaída ao hábito de fumar.

Informamos que a Unidade de Atenção Primária à Saúde e os sujeitos participantes não serão identificados e citados na divulgação dos resultados que serão utilizados para fins exclusivamente científicos. Será garantida a ética em relação aos sujeitos envolvidos, seguindo os preceitos da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde relacionada às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa, antes de ser realizada, será analisada pelo Comitê de Ética da UFJF através da Plataforma Brasil, para verificação do cumprimento das recomendações legais e éticas.

Desde já nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos, podendo nos contatar pelo e-mail geovanabrandao@yahoo.com.br ou carolinaalvesmatos@gmail.com.


Geovana Brandão Santana Almeida
ENFERMEIRA - UFJF
2024/10/17/2025

Pro^{fa} Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida
Faculdade de Enfermagem/UFJF

Autorização

Declaro que fui devidamente informado quanto às finalidades desta pesquisa, que esta Unidade possui infraestrutura e local para a realização das entrevistas, e autorizo a realização da coleta de dados.

Juiz de Fora, 26 de JUNHO 2017.

UAPS N. SRA. LOURDES 
Alexandro Magno da Silva
ENFERMEIRO
CRM 10.100 - RJ

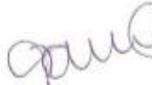
ANEXO D – Termo de Confidencialidade e Sigilo

**Termo de Confidencialidade e Sigilo**

Eu **Geovana Brandão Santana Almeida**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Representações sociais de tabagistas sobre a recaída após a cessação do hábito de fumar: Uma pesquisa convergente assistencial**, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas assegurando a confidencialidade dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

 **Geovana Brandão S. Almeida**
ENFERMEIRA PROFª UFJF
COREN/MG 79420

Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida

Fone: (32) 98504-8309

E-mail: geovanabrandao@yahoo.com.br

Juiz de Fora 09 de junho de 2017.

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TABAGISTAS SOBRE A RECAÍDA APÓS A CESSAÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR: uma pesquisa convergente assistencial

Pesquisador: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72377417.4.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.259.661

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, natureza descritiva, a ser desenvolvido em uma unidade de atenção primária à saúde, com usuários que participaram de grupos de tabagismo e tiveram recaída após a cessação do hábito de fumar. Será utilizado como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e como método a Pesquisa Convergente Assistencial. Pretende-se também contribuir para que os usuários do tabaco tenham uma nova oportunidade de cessar com o hábito de fumar, através da sua inserção no novo grupo de tabagismo, que será criado a partir deste trabalho. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as Representações Sociais de tabagistas que tiveram recaída após a cessação do hábito de fumar.

Objetivo Secundário:

Propor um novo grupo de tabagismo para os usuários que tiveram recaída, com abordagem diferenciada, para atender a singularidade destes em seu processo de parar de fumar.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.259.661

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, 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:

Este estudo apresenta risco mínimo, uma vez que será uma conversa com os participantes, guiada por roteiro, sendo assegurado a este o compromisso em se maximizar os benefícios e se minimizar os danos e riscos, que podem ser subjetivos, como a manifestação de diferentes sentimentos, incluindo o constrangimento ao responder alguma pergunta. O participante será esclarecido quanto a estes e lhe será dada completa autonomia para interromper a sua participação, sem que isso interfira na relação entre pesquisador, participante e o serviço de saúde ao qual ele e o seu familiar estão vinculados. Além disso, lhe será assegurada a manutenção do anonimato e do sigilo relacionado à sua identificação pelas informações coletadas. Destaca-se, também, a possibilidade de interrupção da participação do sujeito em qualquer fase da pesquisa, além do cancelamento da entrevista mediante surgimento de eventos não previstos previamente. No que diz respeito ao usuário, um benefício seria retorná-lo a um grupo de tabagismo, para que este tenha a oportunidade de recomeçar o processo de cessação do hábito de fumar; favorecer trocas de experiências entre os usuários que tiveram experiências semelhantes no processo de parar de fumar. No âmbito gerencial e assistencial, os benefícios serão possibilitar uma discussão de novas estratégias para assistir esse grupo de usuários do sistema, com base em uma nova abordagem para o grupo de tabagismo. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está 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, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

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,

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: 2.259.661

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 CPEs. 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: Agosto de 2018.

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 Nº001/2013 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:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.038-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uffj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.259.661

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_934879.pdf	04/09/2017 15:46:59		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/09/2017 15:46:35	Carolina Alves Matos	Aceito
Outros	Instrumento_norteador_para_a_entrevista.pdf	04/09/2017 15:28:44	Carolina Alves Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto-plataforma.pdf	21/07/2017 17:30:16	Carolina Alves Matos	Aceito
Outros	Geovanabrandaosantanaalmeida.pdf	21/07/2017 17:28:26	Carolina Alves Matos	Aceito
Outros	carolinaalvesmatosdemenezes.pdf	21/07/2017 17:28:06	Carolina Alves Matos	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/07/2017 17:25:53	Carolina Alves Matos	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	21/07/2017 17:24:07	Carolina Alves Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	confidencialidade.pdf	21/07/2017 17:22:10	Carolina Alves Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaounidade.pdf	21/07/2017 17:20:44	Carolina Alves Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoprefeitura.pdf	21/07/2017 17:18:19	Carolina Alves Matos	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	21/07/2017 17:15:19	Carolina Alves Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 05 de Setembro de 2017

Assinado por:

**Patrícia Aparecida Fontes Vieira
(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