

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Denise Vallory da Silva

CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM INTENSIVA AO FUMANTE NA ETSUS-VITÓRIA:  
uma análise sobre a percepção do aluno e profissional da saúde

Rio de Janeiro

2019

Denise Vallory da Silva

**CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM INTENSIVA AO FUMANTE NA ETSUS-VITÓRIA:  
uma análise sobre a percepção do aluno e profissional da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Monken

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586c Silva, Denise Vallory da  
Capacitação em abordagem intensiva ao fumante  
na ETSUS-Vitória: uma análise sobre a percepção  
do aluno e profissional da saúde / Denise Vallory  
da Silva. - Rio de Janeiro, 2019.  
132 f.

Orientador: Maurício Monken

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, 2019.

1. Formação Profissionalizante. 2. Tabagismo.  
3. Prevenção do Hábito de Fumar. I. Monken,  
Maurício. II. Título.

CDD 370.113

Denise Vallory da Silva

CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM INTENSIVA AO FUMANTE NA ETSUS-VITÓRIA:  
uma análise sobre a percepção do aluno e profissional da saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/05/2019

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Mauricio Monken (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Filippina Chinelli (FIOCRUZ/EPSJV)

---

Prof. Dr. Welington Serra Lazarini (UFES)

*Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, Nelson (in memoriam) e Sônia (retornou à pátria espiritual em 21 de maio de 2019), que, ao dizerem sim ao meu nascimento, recebendo-me em sua vida, me proporcionaram a oportunidade de experienciar a vida! Ao meu companheiro de jornada, Rogério, que esteve junto e paciente nesta minha aventura, e a minha filha amada, Lívia, que me transformou numa pessoa melhor por meio da maternidade e preenche o meu coração de alegria!*

## AGRADECIMENTOS

A Deus e seu Filho Jesus, por ter me ajudado nos momentos difíceis, quando encontrei força e coragem para continuar.

A Regina Diniz, na direção da ETSUS-Vitória, que me proporcionou a realização deste mestrado por meio de seu incentivo e aceite, seu olhar longínquo em favor do conhecimento, e a Sheila Cruz, que, dando continuidade à direção, me oportunizou seguir com os estudos.

Aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, aos professores da banca de qualificação Mônica Vieira e Elenice Machado Cunha, que trouxeram importantes informações para qualidade de minha dissertação.

Imensamente ao meu orientador, professor doutor Mauricio Monken, que me orientou na realização deste trabalho com muita dedicação, paciência e apoio, nos momentos difíceis que atravessei na construção desta dissertação, jogando luz aos meus movimentos de escrita, cujos comentários, sempre preciosos, foram referência também para os colegas de mestrado. Também sou grata ao professor doutor Welington S. Lazarini, que deu o aceite para compor a banca de defesa, representando o município de Vitória e a UFES, universidade querida pela qual me formei na graduação.

Em especial, à referência técnica em tabagismo da SEMUS de Vitória, Eliane Moreira, que me ajudou muito na construção deste trabalho e a quem me refiro em uma fala na minha dissertação.

Aos entrevistados das unidades básicas de saúde do município que cederam seu tempo para esta pesquisa.

A Alana (da UBS Grande Vitória), que nos recebeu de braços abertos e colocou luz quando estávamos “perdidas” em nossas escritas sobre a análise de conteúdo, e a Welington, que aceitou o convite de participar da banca da defesa de mestrado, representando o estado, o município e uma instituição pública, a UFES.

Enfim, fico grata pelos momentos preciosos que passei com meus colegas da turma 3 de mestrado (Sul, Sudeste) no Hostel, saboreando as comidinhas gostosas feitas no fim das aulas e na Casa Amarela na Fiocruz, nos bate-papos, nos encontros no restaurante do *campus*, na convivência na livraria e nos cafés na sala de aula, com experiências diferentes, mas intensas e gratificantes. Foi muito importante e gostoso de viver esses momentos.

À FIOCRUZ e à ESPJV, que me concederam esta oportunidade de crescimento profissional, e aos servidores dessas instituições que nos acolheram, fazendo parte de nossa caminhada.

A minha companheira de mestrado, de voo, de quarto e de “desespero”, Sandra Bof, que foi fundamental para que a solidão do mestrado não ficasse tão solitária.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram com um pedacinho do seu saber para a elaboração deste trabalho.

Novamente a minha família, meu pilar, que me compreendeu sobremaneira em um momento de tanta dedicação e, por muitas vezes, solitário, e, ainda assim, soube me amar!

*“O trabalho em saúde é sempre coletivo, não há como um saber único dar conta das inúmeras facetas que as necessidades de saúde apresentam. É imprescindível o envolvimento de um conjunto de sujeitos que compartilham saberes técnicos e cognitivos e se articulam entre si na produção de saúde.”*

*(Emerson Merhy)*

## RESUMO

As ações relacionadas ao enfrentamento do tabagismo como um problema de saúde pública fizeram do Brasil referência internacional no controle do tabaco. A capacitação de profissionais de saúde em conhecimentos científicos e metodológicos voltados à prática da produção de saúde é um fator determinante na mobilização para o alcance destes resultados. Pretende-se, com esta pesquisa, analisar a percepção dos profissionais certificados entre 2012 e 2018 nas capacitações em Abordagem ao Fumante, pela ETSUS-Vitória, buscando compreender a relação entre a metodologia abordada e a prática profissional. Trata-se de um estudo de caráter qualitativo pela via da análise de conteúdo dos produtos das entrevistas com profissionais de saúde. A capacitação ofertada foi considerada pelos participantes, em sua dimensão conceitual e estratégica, satisfatória e em consonância com as políticas de saúde e as diretrizes propostas para esse fim. Os maiores desafios apontados foram a adesão e abstinência do fumante ao grupo de apoio ao tabagista e os fatores concorrentes do tabagismo, identificados como fatores estruturantes na composição e metodologia de trabalho dos grupos. A importância do entendimento do tabagismo como questão de saúde pública, por parte de profissionais de saúde, compareceu como uma questão para transpor as barreiras para a manutenção dos grupos de apoio ao tabagista nos serviços de saúde. O estudo possibilitou, neste contexto, compreender que tanto a captação dos profissionais para realização da capacitação deve ser repensada e intensificada quanto as estratégias para aumentar a adesão dos usuários em ações de promoção, no intuito de reduzir a prevalência de fumantes, a mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida.

Palavras-chave: formação profissional em saúde, tabagismo, políticas de controle do tabaco.

## **ABSTRACT**

The actions related to the fight against smoking as a public health issue have made Brazil an international reference in tobacco control. The qualification of health professionals in scientific and methodological knowledge focused on the practice of health production was a determining factor in achieving those results. The goal of this research is to analyze the perception of certified professionals between 2012-2018 on “Abordagem ao Fumante” (Approach to Smokers), by ETSUS-Vitória, seeking to understand the relationship between the methodology utilized and the professional practice. This is a qualitative study through the analysis of the content of the interviews with health professionals. The development provided was considered by the participants, in their conceptual and strategic dimension, satisfactory and in line with the health policies and guidelines proposed for this purpose. The main challenges were related to the adherence and withdrawal of the smoker to the smoke cessation support group, the concurrent factors of smoking, identified as structural factors in the composition and methodology of the groups. The importance of the understanding of smoking as a public health issue by health professionals is a matter in overcoming the barriers to keep the support group in the health services. The study made it possible, in this context, to understand that the recruitment and development of these professionals should be reevaluated and strengthened, as well as the strategies to increase users' adherence to actions aimed at reducing the prevalence of smokers, tobacco-related diseases and consequently improving quality of life.

**Keywords:** health professional development, smoking cessation, tobacco control policies.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória-ES.....	21
Figura 2 – Esquema de promoção e prevenção em saúde .....	41
Figura 3 – Pesquisa de população fumante: faixa etária de 15 ou mais anos por capital.....	48
Figura 4 – Propagandas dos anos 1970/1980 .....	54
Figura 5 – Propaganda e mensagens de advertência nos maços de cigarro .....	56
Figura 6 – Ações relacionadas ao tabagismo no Brasil .....	59
Figura 7 – Fluxo de Abordagem ao Fumante .....	67
Figura 8 – Esquema ilustrativo das fontes de pesquisa e informação .....	85

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Principais marcos legais do tabagismo .....	57
Quadro 2 – Organização curricular – versão 2018 .....	70
Quadro 3 – Quadro uso/propósito das categorias do formulário de entrevista .....	80
Quadro 4 – Categorias de análise .....	84

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Regiões e Unidades de Saúde participantes da pesquisa .....	79
Tabela 2 – Temas mais importantes da capacitação.....	96
Tabela 3 – Tema para abordagem na capacitação para melhor efetivação do GATT.....	97

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Dificuldades para implementação da abordagem intensiva ao fumante na UBS.....	106
---	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco
CPTT	Centro de Prevenção de Tratamento de Toxicômanos
CQC	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS-VTÓRIA	Escola de Saúde e Formação Profissional de Vitória
FAOSTAT	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
GATT	Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista
GATS	<i>Global Adult Tobacco Survey</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
MESP	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAAPA	Metodologia PAAPA (Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar)
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNE	Plano Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RBE	Rede Bem Estar
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	United States Agency for International Development
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>1. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL – UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR</b> .....	23
1.1 CAMINHOS PARA A AÇÃO EDUCATIVA: CONHECER, PROBLEMATIZAR, COMPARTILHAR, TRANSFORMAR .....	31
<b>2 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE AUTONOMIA DO SUJEITO SOBRE OS DETERMINANTES DA SUA SAÚDE</b> .....	37
2.1 MOVIMENTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TABAGISMO NA CIDADE DE VITÓRIA-ES .....	44
<b>3. TABAGISMO COMO QUESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE</b> .....	49
3.1 O TABAGISMO COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL - DCNT .....	49
3.1.1 Percepção social no ato de fumar .....	53
3.2 BREVE HISTÓRICO DA LUTA CONTRA O TABACO .....	58
3.2.1 Políticas e programas de controle do tabagismo no Brasil.....	61
3.2.2 A abordagem começa na porta de entrada da unidade de saúde .....	64
3.2.3 Por que capacitar em abordagem intensiva ao fumante? .....	64
3.2.3.1 <i>Estrutura da capacitação em abordagem intensiva ao fumante</i> .....	67
3.2.3.2. <i>Os atores sociais que adotam essa luta, quem são eles?</i> .....	74
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	75
4.1. DANDO CORPO AO PROJETO .....	76
4.2 ASPECTOS ÉTICOS .....	77
4.3 ESPECIFICAÇÃO DO UNIVERSO OU POPULAÇÃO .....	78
4.4 AS ENTREVISTAS .....	79
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	83
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	85
5.1. TECENDO CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS NUMA REDE DE VÍNCULOS.....	86
5.1.1. Vínculos: entre laços e nós.....	87
5.1.1.1. <i>Do indivíduo com o cigarro, considerando o seu papel simbólico e emocional</i> .....	88
5.1.1.2. <i>Do profissional na perspectiva de sua relação com os usuários tabagistas em suas singularidades</i> .....	90
5.2 O OLHAR DO ALUNO E PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE A CAPACITAÇÃO .....	92

5.2.1. A capacitação em abordagem ao fumante na perspectiva do profissional de saúde – resultados da modalidade intensiva.....	93
5.2.2 Abordagem básica: “a primeira impressão é a que fica”.....	100
5.3. GRUPO DE APOIO TERAPÊUTICO AO TABAGISTA (GATT) – PROBLEMATIZANDO A REALIDADE.....	103
5.3.1 O grupo como estratégia para o cuidado .....	104
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>REFERENCIAS</b> .....	113
<b>APÊNDICES</b> .....	125

## **APRESENTAÇÃO**

Formada em Pedagogia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 1996, atuei na área da educação com cursos não formais e cursos técnicos, passando pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e por três Secretarias da Prefeitura Municipal de Vitória, das quais uma da Educação e outra de Trabalho e Geração de Renda, e, a partir de 2012, fiz parte da equipe multidisciplinar da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória Professora Ângela Maria Campos da Silva – ETSUS-Vitória, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e integrante da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). Nesses quase 22 anos de atuação profissional, 16 foram dedicados à formação profissional.

Minha experiência com a qualificação de profissionais e equipes para a realização da abordagem de fumantes iniciou em 2012, revelando a potência dessa estratégia na implantação do tratamento de tabagistas na rede básica de saúde e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria do perfil epidemiológico da população. Na função de técnico educacional, minha tarefa era rever e atualizar o projeto com docentes da área e a área técnica em tabagismo, profissionais da SEMUS que acompanhavam e monitoravam a implementação da abordagem básica e da intensiva (grupos de apoio ao tabagista) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo era proceder à formação continuada para os profissionais da saúde e atingir a cobertura de 100% da implementação da abordagem básica e da intensiva nos territórios.

De 2012 a 2018, estive à frente da coordenação pedagógica dessas capacitações. A organização curricular foi-se ajustando para atender às diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e à carga horária da capacitação. A metodologia foi ganhando novo desenho e o número de facilitadores/docente do processo formativo foi reduzido, o que garantiu mais qualidade ao processo. Todas as modificações foram baseadas tanto nas avaliações da equipe técnico-pedagógica responsável pelo curso quanto nas avaliações escritas dos alunos ao final das capacitações. Tínhamos a informação e controle do processo até esse momento, mas, quando os profissionais retornavam às UBS, não conseguíamos avaliar o aspecto qualitativo do trabalho no serviço de saúde.

Esse foi o meu estímulo à realização deste projeto, e, movida a desafios, coloque-me sempre à frente de escolhas que me tirem da zona de conforto para conhecer, aprender e avançar mais. Busquei informação sobre a área do tabagismo, apropriei-me do aspecto legal do relacionado a essa temática e da dinâmica dos serviços na

implementação da abordagem ao fumante, para analisar a percepção dos profissionais capacitados nas seis capacitações em abordagem ao fumante, no período de 2012 a 2016, e o reflexo na prática da abordagem intensiva nos serviços de saúde.

Assim, completamos uma etapa importante, que é o foco das formações da ETSUS-Vitória e do trabalho das equipes envolvidas, identificando resultados da relação teoria com a prática e qualificando os processos de trabalho nos territórios.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com os malefícios decorrentes do uso do tabaco teve seu início no Brasil, por volta dos anos 1950, gerando ações de combate ao fumo por parte de profissionais da saúde, sendo institucionalizadas em 1986 com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (CAVALCANTI, 2005). Em 2005, com a adesão do Brasil à Convenção Quadro para o Controle do Tabaco, a implementação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo passou, então, a fazer parte da Política Nacional de Controle do Tabaco (INCA, 2003), que foi implementada, a partir daí, no Sistema Único de Saúde (SUS).

A despeito da existência de uma política nacional e do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atuando desde 1989, sob a coordenação e organização do Instituto Nacional de Câncer (INCA), com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes e a mortalidade por doenças relacionadas ao tabaco, ainda se verifica certa aceitação social do tabagismo na sociedade, inclusive ecoando entre os profissionais de saúde, sob o argumento da dimensão social de que seja uma opção individual que não deve ser problematizada até mesmo na rede de saúde.

Apesar de jovem, a política vem demandando ações que fizeram do Brasil referência internacional no controle do tabaco, sendo um dos primeiros países a regular a descrição, o conteúdo e as emissões dos produtos derivados do tabaco e a adotar imagens de advertência nas embalagens de cigarros (PORTES et al., 2018).

No município de Vitória, a implantação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (PMCT) ocorreu em 1998. No entanto, somente em 2001, foi iniciado o tratamento do tabagista nas unidades básicas de saúde (VITÓRIA, 2009).

Para além da saúde, o tabagismo amplia a dimensão para os aspectos sociais, políticos e econômicos, integrando o grupo dos transtornos mentais e comportamentais, devido ao uso de substância psicoativa, na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1997). É a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL, 2008).

Se a situação não evoluir para a diminuição no padrão de consumo, preveem-se 10 milhões de mortes anuais em 2020, das quais 70% em países em desenvolvimento. “No Brasil, dados da Organização Pan-americana de Saúde, apontam para 200 mil mortes anuais devido ao tabagismo” (MEIRELLES, 2009, p. 13).

A abordagem e tratamento de pessoas tabagistas requer competências profissionais que deem conta de efetivar intervenções de natureza cognitivas e comportamentais, previstas no protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tratamento de fumantes, que geralmente são pouco presentes entre as equipes de saúde, implicando, portanto, a necessidade de programas de formação específicos e constituindo um fator relevante para o alcance de resultados efetivos no tratamento de pessoas tabagistas.

Essa é uma das principais razões que justificam a oferta das capacitações pela Escola Técnica e Formação Profissional Professora Ângela Maria Campos da Silva – ETSUS-Vitória às diversas categorias profissionais que atuam no setor de saúde.

As formações da escola são pautadas, em sua maioria, por políticas e programas do Ministério da Saúde (MS), bem como pela necessidade da demanda local, sob a perspectiva problematizadora do processo de ensino-aprendizagem. As ações educativas passam sempre por avaliações formalizadas pelos alunos na forma escrita, o que permite tomada de decisão para acertos futuros, aprimorando as formações e qualificando o trabalho pedagógico docente. Todo esse processo transcende o recorte de apontar se um curso foi bom ou não.

“Estas ações são essenciais no processo pedagógico por possibilitar [...] monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas [...]” (CARVALHO et al., 2012, p. 906). Os participantes das ações educativas disponibilizadas pela escola são, em sua maioria, de formações acadêmicas distintas e de serviços de saúde diferenciados. Desse modo, ao retornar para o território de saúde, o conhecimento se mantém pulverizado em diferentes ambientes, tornando complexa a prática de estratégias metodológicas que permitam avaliar os resultados alcançados após as formações educativas, para uma determinada demanda, para um determinado público.

As informações fragmentadas que se obtêm não respondem, com propriedade, ao caráter de resultados qualitativos que demandam do trabalho pedagógico de uma instituição voltada à produção de conhecimento para transformação de práticas de saúde.

O interesse em pesquisar sobre esse tema decorre do fato de meu envolvimento na capacitação em abordagem ao fumante desde 2013, no suporte e assessoria pedagógica e de mais quatro fatores que, reunidos, tornaram possível a pesquisa: singularidade da capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante, por fazer parte de um programa nacional, reforçando o respaldo legal e a necessidade de sua implementação. Os grupos de apoio ao tabagismo são conduzidos por um conjunto multiprofissional comum a um serviço de saúde, e os

profissionais são, em sua maioria, trabalhadores efetivos, o que contribui para a continuidade da ação, a qual prevê uma metodologia específica com previsão de resultados.

Respaldadas nos resultados das avaliações dos alunos e do grupo técnico-pedagógico, foram incorporadas informações à capacitação ao longo do tempo, as quais serão detalhadas no terceiro capítulo que contextualiza a Capacitação em Abordagem ao Fumante.

Os profissionais da saúde engajados nessa luta (a adesão é voluntária) passam por uma capacitação de 80 horas na ETSUS-Vitória, no intuito de implementar grupos de apoio ao tabagista em seus serviços, adotando uma abordagem metodológica cognitivo-comportamental, que combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, muito utilizada para o tratamento das dependências e apoio medicamentoso, se este for o caso.

O fazer pedagógico não está limitado à sala de aula, pois ele extrapola os conceitos meramente teóricos, transformando-se em ação educativa no campo social e profissional, numa visão mais abrangente e coletiva; e ainda o trabalho nos serviços de saúde é fundamentalmente local de aprendizagem, com uma metodologia aplicada para se chegar ao objetivo de articular trabalho e ensino, “[...] é neste ponto que se opera uma profunda mudança no processo pedagógico [...]” (DAVINI, 2009, p. 7).

Cabe destacar, ainda, “[...] que toda ação educativa é uma ação intencional, à medida que tudo o que permeia o processo ensino-aprendizagem tem significado, e que teoria e prática são elementos indissociáveis [...]” (VALLORY-SILVA, 2014, p. 12).

Pretende-se analisar a percepção dos profissionais certificados nas capacitações em Abordagem Intensiva ao Fumante, no período 2012-2018, relativamente à implementação da abordagem intensiva ao tabagista, nos serviços de saúde selecionados, por meio de formulário de entrevista construído para esse fim. Com os resultados qualitativos expressos por meio da análise dos dados coletados, pretende-se verificar a efetividade das capacitações na prática, ou seja, nos serviços de saúde. Considera-se aqui percepção no sentido de avaliar com base em um julgamento ou opinião, compreendendo o sentido de algo por meio de um processo cognitivo.

O aspecto motivador da pesquisa, portanto, é a importância que o tabagismo ocupa como problema de saúde pública, sendo necessárias a criação e efetivação de mecanismos de monitoramento e análise, tanto pelos órgãos reguladores como pelas instituições executoras das Políticas e Programas de Tratamento do Tabagismo, vinculados ao SUS, subsidiando ações de planejamento, intervenções, prevenção e controle.

Nesse sentido, este estudo busca responder se o formato e a metodologia da capacitação vão ao encontro de resultados eficazes para o usuário e o município e se os resultados contribuirão para uma reflexão avaliativa do desenvolvimento do trabalho técnico e pedagógico realizado na ETSUS-Vitória, com proposições estratégicas.

Mesmo com toda mobilização por parte dos órgãos governamentais, não governamentais e sociedade civil, segundo a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO/STAT), o Brasil ocupa, desde 2007, o segundo lugar como maior produtor mundial de tabaco e o maior exportador de tabaco em folhas. As políticas para o controle do tabagismo nos países desenvolvidos ainda são tímidas no enfrentamento dos grandes produtores de tabaco, se comparadas às brasileiras.

Esse cenário põe em evidência que a expansão do consumo de tabaco é um problema altamente complexo que envolve muito mais do que questões de bioquímica e clínica médica (CAVALCANTE, 2005), o que nos remete à necessidade da qualificação dentro dos preceitos científicos e metodológicos de práticas de saúde voltadas à produção de saúde e de sujeitos críticos, profissionais empoderados para o enfrentamento do tabagismo.

Desta forma, direcionados à reflexão sobre as questões levantadas, apresentamos o objetivo geral delineado da seguinte forma:

- Analisar a percepção dos profissionais da saúde capacitados em abordagem ao fumante, pela ETSUS-Vitória, no período 2012-2018, a partir da implementação da abordagem intensiva nas Unidades Básicas de Saúde no município de Vitória.

E os objetivos específicos:

- Conhecer a percepção dos profissionais capacitados em relação à importância da capacitação para subsidiar a implementação do programa da abordagem ao fumante no serviço.
- Identificar, por meio dos profissionais certificados, os efeitos da capacitação na prática.
- Qualificar a capacitação em abordagem ao tabagista, tendo em vista as ações de abordagem intensiva nos serviços de saúde do município.

Ao partirmos dessa contextualização preliminar, seguimos para o diálogo mais aprofundado e conceitual, abordando as dimensões sociais, políticas e econômicas do tabagismo, numa proposta de compreendê-lo e localizá-lo como ação de promoção da saúde e discutir a prática educativa em saúde como ferramenta do fazer pedagógico, tendo a análise

como método investigativo e de resultados e recorrendo a referenciais dessa temática, que ainda precisa ser compreendida como problema de saúde pública que, associado a outros hábitos, gera ou potencializa enfermidades.

O Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante estabeleceu a abordagem cognitivo-comportamental como base do tratamento dos fumantes, podendo ser utilizado o apoio medicamentoso em condições específicas, sendo classificada em abordagem básica, abordagem específica/intensiva, abordagem dos fumantes que tiveram lapso ou recaídas, abordagem do fumante que não deseja parar de fumar e abordagem do não fumante (BRASIL, 2001).

Vale destacar que a “[...] abordagem mínima e básica, estratégia que oportuniza a sensibilização dos usuários ao tratamento do tabagismo de forma contínua e integrada pelos profissionais de saúde [...]” (FRANÇA, 2013, p. 113), é de suma importância, pois é ali o primeiro contato do profissional com o usuário e a oportunidade da sensibilização e oferta à participação no Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista – GATT.

GATT é uma sigla denominada assim em Vitória, para identificar a abordagem cognitivo-comportamental em grupo para o tratamento de cessação do tabagismo. “[...] essa forma sistematizada de atendimento ao tabagista vem progressivamente, acontecendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (SATTLER; CADE, 2013, p. 255).

Dada a importância dessa ação, buscou-se investir na mudança do hábito de fumar, iniciando ações educativas sistematizadas e direcionadas ao profissional de saúde, segundo França (2013), com a oferta inicial de cinco turmas para a Capacitação em Abordagem Básica do fumante, contemplando 250 trabalhadores de saúde, abrangendo várias categorias profissionais de nível médio e superior e incluindo as unidades de saúde, os centros de referências e os prontos atendimentos.

Dá em diante, essas formações foram sendo realizadas de forma constante, uma vez que a sensibilização para a abordagem básica era um desafio permanente, devendo constituir tema de educação permanente a ser abordado nos processos de formação, nas reuniões de equipe, entre outros (VITÓRIA, 2012).

A Abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento intensivo do tabagismo, adotado pela política municipal, seguiu os parâmetros da Portaria nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004, e da Portaria SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004. Desde 1998, o município de Vitória iniciou o tratamento de fumantes no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos [...] (FRANÇA, 2013, p. 114).

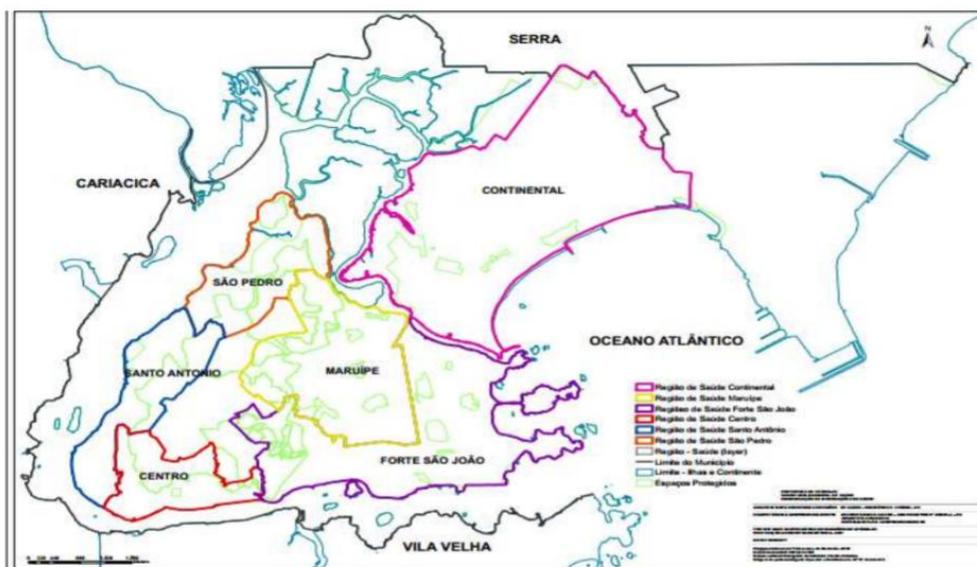
A atual organização da atenção à saúde no município de Vitória abrange 6 regiões (Região 1: Santo Antônio; Região 2: Maruípe; Região 3: São Pedro; Região 4: Forte de São

João; Região 5: Continental; Região 6: Centro) e 29 territórios de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas sob a lógica de delimitação de áreas de abrangência, conforme o mapa (FIGURA 1) (VITÓRIA, 2017). Das 29 unidades, 5 apenas não são contempladas com a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>1</sup> (4 da Região Continental e 1 da Região Centro).

As divisões de saúde são assim pensadas pelo entendimento que o território “[...] pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar” (MONKEN et al., 2008, p. 35). Além disso, assegura ao município a descentralização dos serviços em seu aspecto técnico-operacional, otimizando o planejamento local, a identificação de necessidades corroborando a resolutividade e obtenção de resultados positivos (VITÓRIA, 2017).

Os bairros são agrupados por regiões de saúde, considerando suas localizações espaciais e tendo como referência o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (VITÓRIA, 2018a).

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do município de Vitória-ES



Fonte: Plano Municipal de Saúde 2018-2021

Ao considerarem essa configuração particular do município de Vitória, as pesquisas foram realizadas contemplando pelo menos um serviço (UBS) de cada uma dessas seis regiões de saúde, selecionadas com base no diagnóstico de monitoramento técnico realizado

<sup>1</sup> A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação e o uso de tabaco. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde).

pela Gerência de Atenção à Saúde, e identificando os serviços com maior potencial de desenvolvimento de GATT.

O texto está estruturado em cinco capítulos, o primeiro dos quais traz o panorama da educação profissional situando o leitor em um contexto histórico e legal desse aspecto da educação. Este capítulo introduz a relação da educação com o trabalho, abordando-o especificamente na área da saúde.

O segundo aponta os principais marcos da saúde, o papel histórico e político das Conferências de Saúde e os documentos validados por meio delas, articulando-os dentro do SUS como uma política de saúde pública com estratégias de promoção da saúde e do protagonismo do sujeito, destacando, ainda, o trabalho do município de Vitória e da ETSUS-Vitória como incentivador desse processo.

O terceiro propõe a apresentação do tabagismo, discutindo-o no contexto social e econômico, como doença crônica não transmissível, e nas representações subjetivas e de vínculos que marcam a relação do tabaco com o sujeito. Trata ainda dos programas e políticas que permeiam essa relação e os espaços de relações que se estabelecem no coletivo para a implementação da política. Há, neste capítulo, a aproximação maior e mais detalhada com a capacitação em abordagem ao fumante ofertada pela ETSUS-Vitória, como estratégia política e de saúde do Ministério da Saúde.

No quarto, é contextualizado o percurso metodológico para a realização da pesquisa na abordagem qualitativa, os instrumentos e o método utilizado para coleta, organização e análise dos dados, as inferências por meio das experiências e observações de campo.

O quinto, numa abordagem teórica-metodológica, discute os resultados da pesquisa, as percepções, os discursos dos profissionais da saúde acerca da capacitação em abordagem ao fumante da ETSUS-Vitória e sua relação com a prática no serviço.

Ao final, tecem-se algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido.

## 1. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL – UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR

Neste capítulo abordamos a educação profissional sem, no entanto, ater-nos em sua perspectiva legal, cartesiana, mas em seus aspectos históricos e econômicos que balizaram os rumos da educação profissional na educação e na saúde.

Nas comunidades primitivas, os homens se apropriavam coletivamente dos meios de produção da existência, e nesse processo se educavam e educavam as novas gerações, de tal modo que a educação se identificava com a vida, com a sua produção. Nisto se assentam, como diz Saviani (2007), os fundamentos históricos e ontológicos da relação trabalho-educação. Históricos porque relativos a um processo produzido e desenvolvido ao longo do tempo pela ação dos próprios homens; ontológicos porque o produto dessa ação, o resultado desse processo é o próprio ser dos homens (RAMOS, 2010, p. 99).

No século XX, o processo de industrialização fez com que a necessidade de pensar sobre este trabalho e reorganizá-lo para atender a um novo modelo de sociedade aproximasse o indivíduo do processo intelectual autônomo na aprendizagem.

“Já não se podia aprender por ensaio e erro, com qualquer pessoa da comunidade. Era preciso que o trabalhador tivesse um conhecimento técnico, que dominasse o seu ofício. Disseminaram-se, então, as escolas de arte e ofícios” (VIEIRA E SOUZA JUNIOR, 2016, p. 154).

A formação do trabalhador fazia seus primeiros ensaios no Brasil colonial com os índios e escravos, como primeiros aprendizes de ofícios. À elite era destinada o ensino propedêutico, de caráter acadêmico, e “habitou-se o povo de nossa terra a ver aquela forma de ensino como destinada somente a elementos das mais baixas categorias sociais” (FONSECA, 1961, p. 68).

Campello e Lima Filho (2009) apontam que os pesados trabalhos impostos aos índios e aos escravos no Brasil impactaram a construção de uma mentalidade de desprezo pelo ensino de ofícios, perpetuando essa mentalidade ao longo da história, até quase a República.

Segundo ainda Campello e Lima Filho (2009, p 177), “[...] durante esse período, a aprendizagem profissional era destinada aos órfãos e desvalidos, não fazendo parte das ações desenvolvidas nas escolas [...]”, para atender à leitura das primeiras letras e do aprendizado de um ofício, tendo a educação um cunho mais assistencialista e de inclusão social que propriamente de uma aprendizagem para o mercado de trabalho. Esse mantra da divisão social do trabalho ecoou por muito tempo e até hoje faz ainda ecos na sociedade contemporânea.

Em 1909, Nilo Peçanha criou, por meio do Decreto nº 7.566/09, as Escolas de Aprendizes Artífices, uma rede de escolas que, na fala de Ciavatta (1990, p. 330), demonstra a

dimensão histórica daquele momento, “da questão social manifesta no desamparo dos trabalhadores e de seus filhos e na ausência de uma política efetiva de educação primária”, tirando das ruas os órfãos e desafortunados. De certa forma, oficializava-se ali a educação profissional com o estigma de ser destinada às classes populares.

Nesse período histórico, a escola atravessa a dimensão do ensino disciplinar, ofertando ao trabalhador o domínio de um ofício

[...] a formação para o trabalho passa a significar *formação profissional*. A emergência das profissões modernas se constitui, então, em consequência da divisão fabril e social do trabalho, hierarquizadas de acordo como as classes sociais a que se destinam – operários fabris ou técnicos, engenheiros, cientistas, e assim por diante. Esse é o ápice da divisão entre trabalho manual e intelectual (RAMOS, 2001, p. 33)

Nessa época, são criadas na saúde, segundo Pereira e Ramos (2006), a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital dos Alienados, no Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano (1901) e Escola de Parteiras (1902) em São Paulo.

Não há dúvida de que a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923, é, em nível institucional, um marco na formação profissional de trabalhadores da saúde, a princípio com cursos com duração de 36 meses, voltados à formação de profissionais para atenderem demandas da saúde pública no Brasil, sendo pré-requisito para as candidatas ter o diploma de normalista (PEREIRA E RAMOS, 2006, p. 26).

Diante de tantos acontecimentos e mudanças nas relações de trabalho, educação e saúde, e, portanto, para atender ao reflexo dessas demandas, em 1930 são criados o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), dois modelos diversos de inclusão e exclusão de camadas sociais, com concepções, também diferentes, sobre o direito à saúde (FONSECA, 2007).

O MESP sob o comando de Gustavo Capanema desde 1934 tinha em pauta o tema do alcance ou cobertura populacional das políticas sanitárias, preocupações que rondavam sanitaristas como Belisário Pena, pela superação do atraso e da pobreza no interior do país (FONSECA, 2007). Iniciava-se aqui a compreensão da saúde como direito universal, que mais adiante foi defendida e difundida por outros sanitaristas e movimentos sociais.

O manifesto dos pioneiros da educação, documento escrito por 26 educadores, em 1932, com o título *A reconstrução educacional no Brasil: ao povo e ao governo*, vem engrossar o coro das lutas sociais, tendo como finalidade oferecer diretrizes para uma política de educação. A renovação educacional no início da Segunda República estava alicerçada nas teorias psicológicas de Lourenço Filho, na contribuição sociológica de Fernando de Azevedo e no pensamento filosófico e político de Anísio Teixeira (SANDER, 2007, p. 28). Essa era

representa um marco em parâmetros de contribuição científica para o rompimento com a educação tradicional e quebra de paradigmas.

Em meio ao governo populista de Getúlio Vargas, a Constituição de 1937, Lei nº 378, transforma as Escolas de Aprendizes e Artífice em Liceus Profissionais, destinados ao ensino profissional. Porém, para o ensino profissional, o avanço ocorreu desde 1941, com a “Reforma Capanema”, que, por meio do Decreto nº 4.127/1942, transforma as Escolas de Aprendizes e Artífices em Escolas Industriais e Técnicas, oferecendo a formação profissional em nível equivalente ao secundário, e passando, em 1959, para Escolas Técnicas Federais (BRASIL, 2009).

No entendimento de Pereira e Ramos (2006, p. 28)

A Reforma Capanema (leis orgânicas de ensino), referente ao ensino profissionalizante, não vislumbra poder atender, de imediato, às demandas e ao modelo de trabalhador para o processo de industrialização, sendo este um dos motivos da criação do Serviço Nacional da Indústria (Senai), em 1942, e do Serviço Nacional do Comércio (Senac), em 1946, em convênio com a Confederação Nacional de Indústrias e Confederação Nacional do Comércio, pondo em evidência mudanças e permanências da passagem da sociedade [...] da economia exportadora de matérias-primas [...] industrializando o país [...]. Mas, para tanto, era necessária a formação profissional e educativa que a imensa maioria dos trabalhadores brasileiros não tinha.

Somente mediante a Lei nº 4.024/61, a educação profissional em saúde passou a ser legalmente permitida no Brasil (Pereira e Lima, 2009).

A industrialização modifica lentamente a sociedade brasileira com novas exigências no trabalho, e uma nova proposta de educação surge para preparar tecnicamente jovens para a organização industrial que ora se apresenta.

De uma aprendizagem mais próxima do ofício era necessário passar para uma aprendizagem que introduzisse o domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, de maneira a disciplinar a força de trabalho e adequá-la à organização fabril. Nesse quadro, a ‘educação profissional’ situa-se em um contexto maior de demandas de uma nova sociedade: a sociedade industrial (CAMPELLO e LIMA FILHO, 2009, p.178).

O dualismo na sociedade que se projetava para o consumo era expressado na educação por meio do ensino secundário e do ensino normal, criados com o objetivo de

[...] “formar as elites condutoras do país”, enquanto para o ensino profissional define-se como objetivo oferecer “formação adequada aos filhos dos operários, aos desvalidos da sorte e aos menos afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho”. (CAMPELLO E LIMA FILHO, 2009, p. 179).

“A escola se reconfigura e passa a ser o local principal e dominante de transmissão de conhecimentos profissionais” (CAMPELLO E LIMA FILHO, 2009, p. 120).

Em meio a todas essas mudanças, ocorria a 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), sinalizando a falta e má distribuição de trabalhadores da saúde, e, portanto, a necessária capacitação desses profissionais para atender à área da saúde (PEREIRA E RAMOS, 2006).

Com a revolução militar no Brasil, em 1964, a educação brasileira passou por novos desafios e modificações, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 5.692/71 reforma o ensino do 1º e 2º graus, compondo o ensino médio profissionalizante. Nesse cenário de governo militar, instaurou-se a associação com o capital estrangeiro, que, na área da educação, veio por meio do acordo do Ministério da Educação e Cultura (MEC) com a United States Agency for International Development (USAID), o acordo MEC/USAID.

Trata-se, assim, de entender os acordos MEC/USAID, o Plano Atcon, a Reforma Universitária e a Lei n. 5.692/71 como os cerne de uma política educacional que deixava claro que o modelo de formação do homem adotado era 'técnico', neutro, 'pragmático', voltado para o mercado, mero suporte para a 'modernização' do capitalismo (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 33).

O acordo MEC/USAID foi duramente criticado pelo meio acadêmico e por intelectuais, porque tinha como objetivo implantar o modelo norte-americano nas universidades brasileiras por meio de uma profunda reforma universitária que atendesse ao projeto econômico brasileiro alinhado com a política norte-americana. Além disso, visava a contratação de assessores americanos para auxiliar nas reformas da educação pública em todos os níveis de ensino (MENEZES E SANTOS, 2001).

A área da saúde, nesse momento histórico brasileiro, estava em sua 4ª Conferência Nacional de Saúde (1967), quando se discutiam as estratégias implementadas pelos órgãos de saúde para a substituição do profissional de ensino superior por trabalhadores de nível médio e auxiliar, em região onde faltavam médicos. O entendimento da incompatibilidade de formação acadêmica e técnica entre esses profissionais fortaleceu a ideia da necessidade de qualificação profissional descentralizada e mais voltada para os problemas locais (PEREIRA E RAMOS 2006, p. 34).

Na década de 1970, as relações entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) se estreitaram, e foram criados Programas voltados a estratégias de qualificação dos trabalhadores de nível médio e fundamental.

No âmbito da saúde, observamos que os auxiliares e técnicos ficaram por muito tempo desempenhando o papel de tarefeiros, sem haver, por parte dos órgãos governamentais, uma preocupação com a formação e atualização teórica e científica desses trabalhadores.

Os anos 1980 foram ricos para a sociedade brasileira, devido à influência de dois movimentos sociais nos rumos das políticas de saúde e de educação no país: de um lado, o Movimento da Reforma Sanitária; e, de outro, a luta pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (RAMOS, 2016, p. 213).

Pronko et al. (2011) corroboram a fala de Ramos, citando o grande contingente de trabalhadores técnicos inseridos nos serviços de saúde, com a qualificação precária e sem reconhecimento profissional, sendo, desse modo, uma das pautas da agenda da Reforma Sanitária como uma questão política e social para a área da saúde.

Nessa década, o Projeto de Formação Larga Escala surgiu como necessidade de suprir o contingente de trabalhadores de nível fundamental e médio da área da saúde sem formação profissional adequada, exercendo atividades incompatíveis com a sua função. Foi um projeto que envolveu a tríade, MS, MEC e OPAS, com estratégias que viabilizariam a criação de escolas e centros formadores do SUS destinados à formação profissional em saúde (PEREIRA E RAMOS, 2006).

A concepção metodológica do Larga Escala, encabeçada pela enfermeira Izabel dos Santos, fez contraponto ao modelo de treinamento para executar ações mecanizadas por parte dos trabalhadores, desenvolvido pelas instituições empregadoras, principalmente criticando

- a) inexistência ou inadequação da metodologia de integração ensino-serviço; b) ausência de mecanismos de legitimação que garantissem o fornecimento de certificados de profissionalização plenamente válidos; c) pouca ou nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos treinandos, sobretudo no que tange aos aspectos de educação geral e às formas mais conscientes ou menos mecanizadas de atuação nos serviços. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 39).

“Esses treinamentos, apelidados de “cursos Walita”, em referência à marca de liquidificador utilizado para os processos rápidos de alimentos” (PRONKO et al., 2011, p. 64), eram muito criticados pelos resultados desvinculados da escolaridade necessária para o desempenho de determinadas funções, sem agregar valor real à profissão. O treinamento em serviço foi uma forma de iniciação profissional muito utilizada para dar conta do preparo para o desempenho profissional na saúde, e, “[...] durante décadas, o tempo de formação prática prevaleceu sobre o tempo de formação escolar” (PRONKO et al., 2011, p. 65).

Alguns embates ocorreram antes que o Larga Escala atingisse seus objetivos. A metodologia proposta para os Centros de Formação e as Escolas Técnicas de Saúde tinham como foco os trabalhadores da saúde, o ensino no trabalho (ações descentralizadas) e para o trabalho, realidade diferente do ensino formal do MEC com alunos em regime regular de ensino.

“Os parâmetros da escola técnica pretendida eram outros, diferentes daqueles da escola regular. Aquele ‘estudante-trabalhador’ era completamente diferente de um aluno de escola regular” (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 47).

Em 1986, na 8ª Conferência, a pauta da formação profissional de nível médio em saúde fez coro com a da defesa da reforma sanitária que projetou mais adiante o SUS, “[...] realizada sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações em saúde, exigiria a formação adequada de todos os trabalhadores do setor” (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 74).

Nos anos 1990, novos rumos na educação e na saúde foram sendo desenhados mediante um novo modelo de mercado econômico, mais liberal e volátil, apesar de encontrar resistências na luta por uma educação que representasse a classe trabalhadora brasileira, buscando romper com a dicotomia entre educação básica e educação técnica e resgatando os princípios da formação humana por meio de uma concepção politécnica de educação. Em termos epistemológicos e pedagógicos, esse ideário defendia um ensino que integrasse ciência e cultura, humanismo e tecnologia, visando ao desenvolvimento de todas as potencialidades humanas (RAMOS, 2014, p. 16). No entanto, a versão apresentada pelo senador Darcy Ribeiro para a nova LDB foi conferida por meio da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, passando a educação profissional e tecnológica a integrar a lei com um capítulo destinado especialmente à educação profissional.

Ramos (2001) aponta que, nesse contexto legal, houve a separação da educação profissional técnica da educação básica, adquirindo caráter complementar ao ensino médio. As reformas curriculares, com conteúdo baseado em disciplinas, voltam-se para a prática pedagógica de construção de competências.

Na concepção de Chieco e Cordão (1995), a educação profissional ganha destaque na nova LDB com caráter abrangente, substituindo outras expressões utilizadas – formação profissional, educação técnica, ensino técnico, formação técnico-profissional, educação tecnológica, capacitação profissional, ensino profissionalizante – sendo, desta vez, reconhecida em uma visão internacionalmente ao longo de toda a vida do indivíduo. As dimensões educação e trabalho são integradas, objetivando a vida produtiva e indo ao encontro da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que adota esse conceito.

E Cordão consolida a sua fala por meio de outra análise sobre a educação profissional na LDB, no Boletim Técnico do SENAC:

A Lei Federal nº 9394/96, 1 a Lei Darcy Ribeiro de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, apresenta um novo paradigma para a Educação Profissional: ela deve conduzir o cidadão “ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida

produtiva”, intimamente “integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia” (Artigo 39). 2 Este enfoque supõe a superação total do entendimento tradicional de Educação Profissional como simples instrumento de uma política de cunho assistencialista, ou mesmo como linear ajustamento às demandas do mercado de trabalho (CORDÃO, 2002, p. 10).

Outra grande influência nas áreas de educação e saúde, principalmente dessa década em diante, foram a tecnologia e o desenvolvimento científico. A era do conhecimento criava novos contextos no mundo do trabalho, novos desafios e a necessidade de novas competências e habilidades que dessem conta do enfrentamento dessas mudanças com a velocidade em que elas aconteciam.

Acerca da formação técnica em saúde e da compreensão de como ocorre a produção do conhecimento sobre a formação destinada aos trabalhadores dessa área, a análise trazida abaixo demonstra que

[...] no processo de construção dessas capacidades e habilidades, é preciso propiciar uma formação que permita aos trabalhadores agir como cidadãos produtores de bens e de serviços e como atores na sociedade civil. Mais do que nunca, “a educação deve possibilitar aos trabalhadores” [...] sua participação na sociedade científica e tecnológica não como objetos, mas como sujeitos, resgatando assim a dimensão política: a construção da identidade social e a integração plena na cidadania (DELUIZ, 1997, p. 16).

Um marco desse novo entendimento da educação profissional é o lançamento pelo MEC, em 2012, do Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos, um referencial para subsidiar o planejamento dos cursos e correspondentes qualificações profissionais e especializações técnicas de nível médio, contemplando 227 cursos, agrupados por eixos tecnológicos.

Na pauta dos meios acadêmicos e empresariais, na década 1990, configurou-se um novo paradigma produtivo com base na literatura americana, alicerçado pelos novos modelos capitalista e industrial, e nas novas relações de produção e de trabalho, advindas das mudanças tecnológicas, que, consiste em um mecanismo ideológico construtor para o avanço de uma cultura neoliberal com algumas características

[...] flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores; da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado (RAMOS, 2001, p. 37).

Enquanto a terminologia qualificação é pensada em sua multidimensão social e coletiva, a ideia de competência destaca os atributos individuais do trabalhador.

“A noção de competência aparece assim associada a verbos como: saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades, ter visão estratégica” (FLEURY E FLEURY, 2001, p. 187).

O direcionamento do currículo escolar, antes disciplinar, agora baseado em competência, propunha articular formação e emprego, uma vez que a noção de competência ou de um conjunto delas, para resolver determinada situação específica, partia de situações concretas do trabalho.

Na área da saúde, as políticas de educação profissional técnica, à época do governo Fernando Henrique Cardoso, submeteram-se às orientações legais do MEC e aos investimentos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), adotando a pedagogia das competências, difundida por meio do Sistema de Certificação de Competências do PROFABE (RAMOS, 2010).

O viés conceitual e prático de competência profissional na saúde encontrava-se distinto do conceito do MEC, de corte funcionalista e condutivista, no entanto “entrou” na área da saúde de forma acrítica, sem debates (FIOCRUZ, 2006), apelando para o trabalho fragmentado e o imperativo da criatividade e empreendedorismo do trabalhador. Nesse movimento, a qualificação e os direitos sociais são fragilizados e até negados.

A vertente da competência vem atender a

[...] pelo menos, três propósitos: a) reordenar conceitualmente a compreensão da relação trabalho-educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador em suas implicações subjetivas com o trabalho; b) institucionalizar novas formas de educar/formar os trabalhadores e de gerir o trabalho internamente às organizações e no mercado de trabalho em geral, sob novos códigos profissionais em que figuram as relações contratuais, de carreira e de salário; c) formular padrões de identificação da capacidade *real* do trabalhador para determinada ocupação, de tal modo que possa haver mobilidade entre as diversas estruturas de emprego em nível nacional e também em nível regional (como entre os países da União Europeia e do Mercosul) (RAMOS, 2010, p. 39).

Na visão empresarial, o deslocamento de um modelo centrado na qualificação para outro na competência é entendido como mais fácil para a adaptação ao sistema sociotécnico e econômico do século XXI. Ramos (2010, p. 40) contra-argumenta: “Nesses termos, a relevância da noção de competência poderia ser a expressão de uma metamorfose do conceito de qualificação na sua conotação produtivista”.

O MEC, por meio do documento Planejando a Próxima Década Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação, aponta, como o próprio título sugere, 20 metas relacionadas à educação formal em todos os seus níveis. O PNE é um compilado de diretrizes, metas e estratégias, referência na política educacional estadual, distrital e municipal, as quais devem ser atingidas no intervalo do decênio 2014-2024. Em especial, a meta 11 trata da elevação da matrícula da educação profissional técnica de nível médio, em pelo menos 50%

no segmento público, triplicando, assim, o número de educandos nesse nível da educação até o fim do decênio.

O documento corrobora a dimensão história dual da educação, acima explicitada por diversos profissionais estudiosos da temática, ao relatar

A educação profissional, no entanto, é historicamente demarcada pela divisão social do trabalho, que na prática sempre justificou a existência de duas redes de ensino médio, uma de educação geral, destinada a um pequeno grupo privilegiado, e outra profissional, para os trabalhadores. A sua origem remonta à separação entre a propriedade dos meios de produção e a propriedade do trabalho, ou seja, a lógica de que alguns pensam, planejam, e outros executam (BRASIL, 2014b, p. 39).

A criação das Escolas Técnicas de Saúde representa um marco político e social na formação profissional dos trabalhadores da saúde. A ETSUS-Vitória tem, em sua concepção representada no corpo de sua proposta pedagógica, o enfrentamento à precarização das relações de trabalho, por acreditar na formação educativa aliada à prática do trabalhador no serviço como orientador para o desenvolvimento das potencialidades humanas por meio das relações sociais com trocas de experiências e da aprendizagem concreta e repleta de significados – aprender a aprender.

Política, saúde e educação estão num tripé nesta breve passagem história contextualizada por esses elementos. Ao longo dos tempos, diversas propostas voltadas à educação surgiram na tentativa de obter a melhor metodologia para articular o discurso com a prática. Na saúde, esse caminho está desenhando-se pela problematização da própria realidade, para transformá-la.

A ETSUS, trabalhando na lógica da Educação Permanente em Saúde, adota uma concepção filosófica e pedagógica que vai ao encontro da compreensão da educação como processo contínuo, coletivo, resultante das múltiplas interações entre o sujeito e o objeto do conhecimento, compreendendo-o como protagonista de sua aprendizagem; portanto, a realidade faz-se representada na articulação e problematização entre teoria e prática, objetivando a realização humana em suas várias dimensões.

## 1.1 CAMINHOS PARA A AÇÃO EDUCATIVA: CONHECER, PROBLEMATIZAR, COMPARTILHAR, TRANSFORMAR

A prática de saúde, enquanto prática educativa, tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-la.

Fundação Nacional de Saúde<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Diretrizes de Educação em Saúde. Documento Base, Brasília, 2007, p. 20.

Por se tratar o objeto deste estudo a percepção dos profissionais capacitados em abordagem intensiva ao fumante em relação ao conteúdo, à metodologia e a sua aplicabilidade no serviço, cabe um breve debate conceitual sobre a educação formal e educação não formal e, mais adiante, sobre a educação permanente em saúde, em que ambas estão (ou deveriam estar) inseridas.

Tratando-se de adultos, a concepção e as dimensões metodológicas ganham um viés diferenciado: associado ao trabalho ou à formação para ele.

A Declaração de Hamburgo (1997), que versa sobre a educação de adultos, dispõe que pensar em educação ao longo da vida implica englobar todo o processo de aprendizagem, seja ele em sua dimensão formal ou informal e nesse processo as pessoas envolvidas desenvolvem

[...] suas habilidades, enriquecem seu conhecimento e aperfeiçoam suas qualificações técnicas e profissionais, direcionando-as para a satisfação de suas necessidades e as de sua sociedade. A educação de adultos inclui a educação formal, a educação não-formal e [...] a informal [...] (PEREIRA E RAMOS, 2006, p. 100).

Na proposta da aprendizagem da educação não formal, assim como na formal, há uma intencionalidade, mas maior flexibilidade com o tempo e o espaço de aprendizagem, sem o rigor das estruturas hierárquicas curriculares, normativas e institucionais, ligadas ao Ministério da Educação – MEC.

Educação não formal é definida como toda atividade educacional organizada, sistemática, executada fora do quadro do sistema formal, para oferecer tipos selecionados de ensino a determinados subgrupos da população (LA BELLE, 1982:2 apud GADOTTI, 2005, p. 2).

A educação não formal é uma atividade organizada e direcionada para um resultado de aprendizagem e experiências coletivas, por isso é indevido nominá-la como informal.

Destarte, na ETSUS-Vitória, as formações educativas não formais compõem o cardápio de cursos ofertados à rede de profissionais de saúde, com cursos técnicos profissionalizantes com formatos, estruturas e acompanhamentos singulares, em consonância com as diretrizes do SUS, integradas aos Princípios e Fins da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96, à Política de Educação Permanente em Saúde – EPS (Portaria GM/MS nº 1996/2007), e a outras normas orientadoras para a formação de profissionais do SUS, utilizando-se de pressupostos metodológicos e ferramentas pedagógicas, para atingir seus objetivos educacionais, e fazendo-se valer da tríade educação, trabalho e pesquisa.

A política de formação de profissionais da saúde está ancorada na relação capacitação e trabalho, tendo como pano de fundo a problematização da realidade do e/ou no trabalho,

com objetivo de promover transformações nas práticas de saúde, levando a uma reflexão acerca das práticas reais de profissionais reais em atuação nos serviços de saúde, a saber

Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, sendo a atualização técnico-científica apenas um dos aspectos da formação (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 99).

A EPS norteia as práticas educativas e ações propositivas envolvendo estratégias de articulação entre educação e saúde e a aprendizagem no trabalho, uma vez que “[...] a educação permanente tem em vista o trabalho” (CECCIM; FERLA, 2009, p. 162).

Ao compreender a dimensão emancipatória que os processos de desenvolvimento e aprendizagem ocupam na concepção interacionista entre o sujeito e o objeto do conhecimento, a proposta pedagógica defende, em seus pressupostos filosóficos e metodológicos

[...] caminhos que promovam a aprendizagem em seu sentido mais amplo, tendo como ponto de partida as questões que emanam da prática, do processo produtivo, consideradas as características do sujeito como ser social e histórico, e estruturando o conteúdo (objeto) em função de um recorte de conhecimento que busque superar as dicotomias entre teoria e prática, pensar e fazer, a metodologia articula dialeticamente sujeito/objeto (VITÓRIA, 2012, p. 20).

A prática dialógica de Paulo Freire exemplifica bem essa transformação, ao indicar o caráter inacabado dos homens e a necessidade de reflexão constante da realidade por meio de processos educativos, influenciando definitivamente as práticas da educação e da saúde. Em meio às discussões de promoção da saúde, as práticas educativas no campo da saúde começaram a rever o paradigma com foco na informação para o processo de mudança no paradigma das ações educativas participativas, interagindo os saberes científico e popular.

Esse novo modelo, oposto à concepção bancária de educação e pautado na educação problematizadora, reconhece que o diálogo se faz necessário para o desenvolvimento do processo educativo que propõe o educando como o principal responsável por seu processo de formação (REIS et al., 2013, p. 222).

No Brasil, entre o fim do século XIX e início do século XX, a prática da educação em saúde estava associada à prática compulsória, a exemplo da vacinação em massa para combater epidemia de doenças. Com as demandas sanitárias crescentes, era necessário controlar as epidemias. “Nesse modelo, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologista do processo saúde-doença” (REIS, 2013, p. 220). O modelo proporcionava uma comunicação vertical, sem adesão espontânea da sociedade, mas para o momento histórico, necessário para combater a disseminação de doenças.

A partir das décadas de 1970 e 1980, o novo cenário direcionou para a necessidade de repensar novas metodologias de discussão e aprendizado, e novas formas de reflexão coletiva sobre a prática em saúde foram ganhando espaço, uma delas no município de Vitória, encontramos na citação abaixo

A implantação dos espaços coletivos denominados ‘rodas de Educação Permanente’ iniciou-se em 2005. As ‘rodas’ ou ‘rodas de EPS’ foram definidas como espaços democráticos de discussão entre profissionais da equipe de saúde local, gestores, usuários e instituições de ensino. Objetivavam contribuir para a transformação das práticas de saúde, fortalecendo o trabalho em equipe, integrando saberes e profissionais, construindo, assim, soluções coletivamente. (PINTO et al. 2010, p. 86).

Ao refletirmos sobre as práticas pedagógicas para o setor saúde, é indissociável o pensamento crítico sobre as relações no trabalho, profissional-profissional e profissional-usuário do sistema SUS. Então

[...] torna-se possível pensar educação em saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais (MORONISI; FONSECA; PEREIRA, 2009, p. 158).

A atividade de educação em saúde é considerada um dos principais elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde, por representar uma fonte de diálogo entre as necessidades e anseios da população, a mobilização de forças e a mudança de atitude e comportamento, promovendo a melhoria nas condições de vida da população (REIS et al., 2013) e representando os três segmentos de atores envolvidos: os profissionais da saúde, os gestores e a população.

Para promover a educação em saúde, também é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde, e se fala, então, em educação na saúde

[...] nesse processo [...] torna-se fundamental o papel das instituições de serviço para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de maneira a contribuir para essa formação” (FALKENBERG et al., 2014, p. 850).

Iglesias et al. (2012), referindo-se ao que chama de ação antitabagista, dirigido às pessoas que querem parar de fumar, critica o fato de o programa estar centrado numa educação para mudança no estilo de vida das pessoas por meio da transmissão de informações constantes na cartilha do MS, sendo esta ação caracterizada como educação em saúde, e não promoção da saúde.

Ao compormos o quadro de técnicos da equipe de elaboração da capacitação em abordagem básica e capacitação em abordagem intensiva ao fumante e na observação durante as entrevistas com profissionais capacitados, vislumbramos outra perspectiva diante da realidade do usuário tabagista. A capacitação vem ao encontro justamente de desmistificar a

associação que os profissionais fazem do programa com o êxito total na abstenção dos fumantes. Ocorre que, ao longo da capacitação, os alunos/trabalhadores vão minimizando a ansiedade e observando o papel social e emocional que o cigarro carrega consigo e trabalham a questão da redução de danos e qualidade da saúde do usuário, compreendendo a história de cada indivíduo de forma singular e o seu papel no grupo como alguém que vem agregar sem tirar o protagonismo de cada um sobre a condução de sua vida.

No campo da saúde, hoje não cabem mais práticas educativas com abordagem da doença e a intervenção curativista pautadas na transmissão-recepção de informações. A educação em saúde ocorre pautada no paradigma da problematização, reconhecendo que “[...] o diálogo se faz necessário para o desenvolvimento do processo educativo que propõe o educando como o principal responsável por seu processo de formação” (REIS et al., 2013, p. 222),

Em uma análise das ações de promoção à saúde no município de Vitória, tomando como referência o contexto político e social de 2011-2012, Iglesias et al. (2012, p. 200) afirma que

O conjunto multifacetado de ações qualificadas, como o de promoção à saúde impõe, demonstra que o município tem investido nessas práticas, porém, evidenciam a exigência de uma reflexão sobre tais práticas e os preceitos que as sustentam, assim como se enfatiza a importância de problematizar tais concepções e práticas, para que as ações voltadas ao controle de doenças não se sobrepujem àquelas voltadas à promoção da Saúde ampliada.

Destarte, a educação em saúde deve ser compreendida como um espaço coletivo do aprender, em que a população pode refletir criticamente, um diálogo entre as pessoas com propósitos de mudanças

[...] seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida, contribuindo para melhoria de vida da população, compreendendo uma das estratégias mais significativas em relação aos problemas de saúde da população, [...] sendo considerada como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde (REIS, 2013, p. 219).

Nesse sentido, o trabalho dos grupos de apoio ao tabagista das Unidades de Saúde do município de Vitória, composto por integrantes de variadas formações acadêmicas e capacitados em Abordagem Intensiva ao fumante, procura articular os saberes científicos considerando as subjetividades dos sujeitos, o papel social e emocional ocupado pelo cigarro na vida dos usuários que procuram o programa, levando-os a refletir nos comportamentos motivadores que o vinculam ao cigarro, em um processo educativo e autorreflexivo, não tendo um fim em si mesmo, visto que o objetivo dos grupos de apoio ao tabagista não é a cessação

do ato de fumar somente, mas a redução de danos, a consciência corporal, a melhoria na qualidade da saúde do sujeito.

Insta uma reflexão de Pereira e Ramos (2006) sobre o trabalho e o trabalhador no entendimento de que a educação não se reduz ao método e o trabalho em saúde é uma mediação na produção da existência humana, de ambos os lados – quem produz e quem se beneficia dele.

## **2 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE AUTONOMIA DO SUJEITO SOBRE OS DETERMINANTES DA SUA SAÚDE**

Segundo Andrade e Barreto (2002), a ideia de promoção da saúde teve suas origens no pensamento de Henry Sigerist, na segunda metade do século XIX, buscando reordenar o sentido da Medicina na sociedade em quatro funções: promoção da saúde, prevenção de enfermidades, cura e reabilitação. Sigerist foi pioneiro no uso do termo promoção da saúde para designar as ações em educação sanitária e ações do governo para a melhoria das condições de vida.

No entanto, já no século XVIII, Johann Peter Frank, professor catedrático na Áustria, escreveu, em *A Miséria do Povo, Mãe das Enfermidades*, que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas (BUSS, 2000).

De acordo com Paim (2009), promoção, diferentemente de proteção, passa por cultivar e incentivar a saúde da população por meio de ações estratégicas gerais e específicas, melhorando sua qualidade de vida. Na proteção, trabalha-se com redução ou eliminação de risco, como nas campanhas de vacinação, combate aos insetos transmissores de doenças ou mesmo no uso de cintos de segurança nos veículos.

Paulo Marchiori Buss, um dos maiores estudiosos nessa temática e relator do documento do MS intitulado *As Cartas da Promoção da Saúde* (BRASIL, 2002a), corrobora a importância dos determinantes socioeconômicos e do acesso a estes, considerados, na referida carta, como ferramentas de construção de uma população saudável, com qualidade de vida. Entende-se que antes, porém, esse paradigma já havia sido formalizado sob a condução da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, na antiga URSS, em 1978, com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000, compreendendo saúde como um direito humano fundamental e ampliando a visão do cuidado da saúde (MATTA E MOROSINI, 2009).

Segundo Buss (2000), a carta representa um conjunto de valores – qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação – decorrentes de estratégias envolvendo estado e sociedade civil, de forma articulada e intersetorial, desenhando o ideal de um novo paradigma: a saúde é produzida socialmente.

No movimento contemporâneo, a promoção da saúde teve momentos singulares com destaque para as quatro mais importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da

Saúde: em Ottawa (World Health Organization-WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997), que desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (BUSS, 2000).

A 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, reuniu 38 países, principalmente do mundo industrializado (BUSS, 2000), e teve como produto a Carta de Ottawa (1996), que, entre outras questões acerca da promoção da saúde, consistia em proporcionar aos povos os meios para melhorar sua situação sanitária e exercer sobre esta maior controle, ratificando, mais do que uma ideia, um conceito ampliado à ciência da saúde dentro do espectro médico de sua condição: “[...] um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde, este termo está associado inicialmente a um conjunto de valores [...] refere-se também a uma combinação de estratégias [...]” (BUSS, 2003, p. 16), articulando ações do Estado, sociedade (movimentos sociais) e do sistema de saúde.

O documento ecoou em todo o mundo como uma referência para a promoção da saúde, ao afirmar

[...] dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a idéia de formas sadias de vida, a promoção da saúde transcende o setor saúde. E completa, afirmando que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BUSS, 2000, p. 170).

As estratégias-chave para promover a saúde incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (ANDRADE E BARRETO, 2002).

Buss (2003), baseado na Carta de Ottawa e na ideia de corresponsabilização, enumera três as estratégias fundamentais da promoção da saúde: defesa da causa, capacitação e mediação.

A 2ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, em 1988, foi importante por aprofundar o conceito de promoção da saúde para a questão ambiental, ressaltando a importância dos fatores determinantes de saúde.

A II Carta Mundial de Promoção da Saúde indicou quatro áreas para a atuação imediata: saúde das mulheres, acesso à alimentação e a nutrientes saudáveis, **redução do consumo de tabaco** e álcool e criação de ambientes saudáveis (ANDRADE E BARRETO, 2002, p. 157, grifo nosso).

Em junho de 1991, ocorreu na em Sundsvall, na Suécia, a 3ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, a qual chama a atenção também para a necessidade de ações urgentes, para atingir maior justiça social em saúde (BRASI, 2001).

Outro ponto de destaque é a importância da educação como um direito humano básico e elemento norteador para mudanças nas áreas política, econômica e social, para tornar a saúde acessível para todos, pautada nos princípios da igualdade.

Nessa conferência, o entendimento de ir além de um modelo tradicional do sistema de saúde, que não mais dá conta de resolver problemas tão complexos, está pautado no envolvimento e compromisso com ações “[...] coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis” (BRASI, 2002, p. 42). Sua realização ocorreu num contexto de intensos debates sobre questões ecológicas, seguido no ano posterior pelo evento Rio92, no Rio de Janeiro.

À 4ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Jacarta, na Indonésia, em 1997 (ANDRADE E BARRETO, 2002), couberam a revisão das diretrizes, os impactos na realidade da saúde, provocados pela Conferência de Ottawa, e a missão de avaliar a importância da promoção da saúde como resultado de qualidade de vida, principalmente para os países menos desenvolvidos, com população vulnerável.

Notam-se o avanço e a ampliação do próprio conceito e finalidade da promoção da saúde em cada conferência realizada, quando, pela primeira vez, aconteceu em um país em desenvolvimento.

As diretrizes elencadas na quarta conferência subsidiaram a quinta conferência, que ocorreu na cidade do México, em junho de 2000, tendo firmado

[...] a contribuição das estratégias de promoção da saúde para manutenção das atividades de saúde em nível local, nacional e internacional; e compromisso dos países de desenharem *planos nacionais de ação* para monitorar o progresso feito pela incorporação das estratégias de promoção da saúde na política de planificação em nível nacional e local (ANDRADE E BARRETO, 2002, p. 158).

O contexto brasileiro político e econômico proporcionava um inconformismo da população que se iniciou na década de 1970, quando vários países passavam por eventos de cunho ditatorial, evidenciando diferenças sociais intra e interpaíses, “[...] e as desigualdades geradas por um modelo social e econômico excludente aumentaram os níveis de pobreza, bem como as carências relativas às necessidades básicas” (ANDRADE E BARRETO, 2002, p. 156).

Nos primórdios da década de 1980, em meio a intensos debates e movimentos sociais, motivados pela democracia nascente, múltiplos atores protagonizaram, na área da saúde, o Movimento pela Reforma Sanitária, tendo como marco histórico a 8ª Conferência Nacional de Saúde (ANDRADE E BARRETO, 2002), possibilitando o reconhecimento legal do SUS, por meio da Constituição brasileira, como proclamado em seu art.196

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.1).

A implantação do SUS no fim de 1980 e início de 1990 ocorreu em meio a uma conturbada crise econômica experimentada pelo país, “[...] representando um ambiente bastante adverso para a implantação do SUS, um sistema de caráter universal e de natureza pública” (PAIM, 2009, p. 65). Nesse contexto com cortes de verbas para a saúde, o solo ficou fértil no crescimento do mercado privado da saúde, representado pela medicina de grupo e planos de saúde.

Ainda assim, o SUS continuava e continua tentando convergir suas ações para as diretrizes das Conferências Internacionais representadas nos próprios princípios do SUS: Universalização, Equidade, Integralidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Participação Popular.

No entendimento de Buss (2003), para além das motivações ideológicas e políticas desses movimentos, a promoção da saúde surge certamente como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.

Lefevre & Lefevre (2007) veem que a relação saúde/doença considerada, assim como a fome, a sede, a habitação, um artigo de primeira necessidade, sustenta o modelo circular biomédico, tão valorizado no século XIX e primeira metade do XX, que, segundo os autores, faz o “sistema” mercadológico da manutenção da doença funcionar e se reproduzir. Eles definem ser necessária a ruptura com esse paradigma rumo à emancipação e empoderamento na compreensão do processo de adoecimento individual e coletivo da sociedade.

Em Buss (2000, p. 167), encontramos uma proposta ampla de definição de promoção da saúde

[...] como um conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo.

A luta pela promoção em detrimento da prevenção da saúde se sustenta na fala de Buss, ao observarmos o índice de pessoas rendidas à medicalização (no imaginário, a resolução dos problemas de forma imediatista) por um estilo de vida produtor desse estado, associado ao aumento de estabelecimentos de farmácia quase a cada quarteirão, aliado à intensa pesquisa e produção de medicamentos da indústria farmacêutica.

A promoção da saúde lida com estilos de vida. Com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde a população perde de vista o que é uma vida

saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, com o abuso de drogas lícitas ou ilícitas, que são determinantes fundamentais na geração de doenças. Doenças determinadas também por problemas mais comuns nas populações menos favorecidas como o medo, a desesperança, a dificuldade de acesso a bens e valores culturais e de cidadania (BRASIL, 2002b, p. 13).

O esquema de Stachtchenko & Jenicek (1990) apresentado em Buss (2003) é emblemático nesse contexto, por clarear a diferenciação nas estratégias e ações relativas à promoção e à prevenção em saúde, e apresentado na figura 2.

Figura 2- Esquema de promoção e prevenção em saúde

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais etc.	Profissionais da saúde

Fonte: adaptado de Stachtchenko e Jenicek, 1990.

O arquétipo dual bem-mal, do apelo simbólico da figura da ciência e da tecnologia, reproduzido nos jalecos brancos e exames de última geração contra os agentes do mal, representados pelos causadores das doenças (micróbios, vírus, genes, etc.) e todo esse aparato que fideliza a necessidade de tratar o doente e a doença.

Lefevre & Lefevre (2007) utilizam-se do saber simbólico para retratar a relação mercadológica do estar mal/estar bem e a proposta da promoção de saúde como negação da negação, na medida da proposta de rompimento com o paradigma circular do processo saúde-doença baseado numa reflexão do espaço que o ser humano ocupa na sociedade contemporânea e sua relação singular com ela, promovendo processos de adoecimento

[...] o homem e a mulher não estão mal porque seu corpo/mente está mal (pressuposto do modelo mercadológico e biomédico da negação primária) mas, ao contrário, o corpo/mente do homem e da mulher está mal porque os homens e as mulheres estão mal, isto é, vivendo mal, se relacionando mal, trabalhando mal, vivendo mal nas cidades, e isto deixa marcas no corpo/mente (LEFEVRE & LEFEVRE, 2007, p. 238).

A atenção básica representa a principal prática de promoção da saúde reproduzindo ações pontuais no combate ao tabagismo. A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada por meio do Decreto nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pactuada em uma comissão intergestora tripartite do Ministério da Saúde, revogando a Portaria nº 2.488, de outubro de 2011, prevê a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e conceitua a atenção básica em seu art. 2º

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017c, p. 19).

Diante das novas pactuações da PNAB, há pontos de vista discordantes com a revisão da política, com as decisões e encaminhamentos oriundos das discussões de que, segundo quem defende o desmonte do SUS, por meio de medidas como esta, não se esgotou a temática no debate.

Pesquisadores de instituições públicas, em entrevista à revista *Poli saúde, educação, trabalho* (2017), comentam o relatório do Banco Mundial de 1983 que aponta a adoção da atenção básica com serviços restritos, direcionados à população pobre e o restante ficando a cargo do setor privado.

“A ideia de atender as pessoas de modo mais integral vai contra toda a indústria de especialidades, de equipamentos, de medicamentos [...]” (MATHIAS, 2017, p. 9).

Os pesquisadores apontam que, com a flexibilização dos recursos destinados à saúde, pode aumentar a sua mercantilização e enfraquecer o SUS, “[...] quebrando dois dos mais importantes fatores para a qualidade da atenção básica: o vínculo e a longitudinalidade do cuidado [...]” (MATHIAS, 2017, p. 11). Ademais, destacam a importância da atenção básica como principal porta de entrada ao serviço de saúde. Nesse aspecto, a Declaração de Alma-

Ata, de 1978, já entendia a Atenção Primária à Saúde, termo utilizado pelos organismos internacionais para se referir à ABS, fator de promoção e de universalização do acesso à saúde.

A priorização da execução e investimento financeiro no Programa de Controle e Tratamento do Tabagismo fica garantida na Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013, em seu art. 3º: A atenção às pessoas tabagistas deverá ser realizada em todos os pontos de atenção do SUS, prioritariamente nos serviços de Atenção Básica (IBGE, 2013).

Além disso, a Portaria nº 3 de Consolidação das Normas sobre as Redes do Sistema Único de Saúde, publicada no Diário Oficial da União (DOU), em 3 de outubro de 2017, no Anexo IV, reconhece o tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas, inserindo-o no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas do SUS (BRASIL, 2017b).

As políticas de promoção da saúde têm o tabagismo como uma prioridade, já que estão entre as atribuições de a atenção primária desenvolver ações que visem a seu combate, bem como a prevenção do seu início e auxílio na cessação do hábito de fumar (BETTIO et al., 2018). É uma prioridade devido às doenças associadas ao tabaco provenientes de seu uso sistemático, acarretando prejuízos sociais e econômicos.

Estudo realizado nos Estados Unidos e na Austrália referem que os tabagistas são mais predispostos a ter transtornos mentais, como esquizofrenia, ansiedade e depressão, e que os fumantes que possuem comprometimentos emocionais tendem a fumar um número mais elevado de cigarros por dia (BETTIO et al., 2018). Esse fator é determinante, ao considerarmos a elaboração de políticas públicas de promoção da saúde, bem como as estratégias para pô-las em prática, uma vez que os fatores emocionais e psicológicos podem ser motivadores para o início do tabagismo e também atuar como complicador à cessação dele.

Embora as políticas públicas utilizadas para o combate do hábito de fumar se mostrem eficientes, fato demonstrado pela redução da prevalência do tabagismo no Brasil, de 32,7% em 1997 para 14,8% em 2011 (BETTIO et al., 2018), esse agravo não deve ser olhado descontextualizado da história de vida do fumante.

Cabe, nas ações de promoção da saúde, um olhar diferenciado, um olhar

[...] singular às diferentes estratégias utilizadas em programas de cessação do tabagismo, utilizando-se indicadores mais complexos do que a frequência de sucesso e insucesso. Portanto, acredita-se que, para operacionalizar a política de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para os indivíduos e coletividades, considerando-se as necessidades em saúde da população de um determinado território e priorizando-se a singularidade dos sujeitos e grupos, já que

o contexto social, cultural, econômico e político em que vivem podem influenciar o modo de viver desta comunidade (BRASIL, 2014). Assim, compreender a magnitude do problema, conhecendo as comorbidades associadas ao tabagismo, torna-se preponderante para que as equipes de planejamento em saúde desenvolvam políticas públicas mais adequadas para esses indivíduos associadas ao tabagismo, torna-se preponderante para que as equipes de planejamento em saúde desenvolvam políticas públicas mais adequadas para esses indivíduos (THIRTHALLI, KUMAR, ARUNACHAL, 2012). Dessa forma, este estudo teve como objetivo caracterizar a população atendida por um programa de tratamento do tabagismo e identificar os fatores emocionais associados ao hábito de fumar (BETTIO et al., 2018, p. 3).

Considerando que as políticas voltadas ao combate dos fatores de risco ocasionados pelo tabaco são evidenciadas por meio de ações de promoção da saúde de integralidade do cuidado pautada no trabalho multiprofissional, as evidências acima descritas propõem que os objetivos da promoção de saúde vêm sendo paulatinamente alcançados: prevenção de doenças e combate ao tabagismo e seus fatores de risco.

## 2.1 MOVIMENTOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM RELAÇÃO AO TABAGISMO NA CIDADE DE VITÓRIA-ES

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde, 2011 (PDR – 2011), Vitória integra a Região Metropolitana da Saúde com outros 19 municípios. O estado do Espírito Santo é composto por 78 municípios, cuja capital, Vitória, tem população estimada é de 363.140 habitantes, concentrando 42,43% da população do estado (VITÓRIA, 2017).

A gestão das ações de saúde organiza-se por ciclos de vida na rede municipal de saúde, na lógica do cuidado em saúde. Assim, a Gerência de Atenção à Saúde possui, em sua estrutura setorial, referências técnicas nas seguintes áreas temáticas do cuidado: saúde da criança, do adolescente, do adulto (incluindo a saúde da mulher e do homem e as áreas de atuação: **tabagismo** (grifo nosso), hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase) e do idoso. Além do mais, saúde bucal, saúde do escolar, saúde mental, áreas de atuação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/AIDS), da alimentação e nutrição, da promoção da saúde e práticas integrativas e complementares (fitoterapia/plantas medicinais) (VITÓRIA, 2017).

Vitória, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) e o censo de 2010, é a segunda melhor cidade do litoral brasileiro para viver. Está na faixa de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado alto, com a média de 0,845.

A prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack, entre outras drogas, compõe as 12 ações pactuadas como temas prioritários no Plano Municipal de Saúde para o intervalo de 2018 a 2021, considerando o perfil epidemiológico (VITÓRIA, 2017). Segundo dados do VIGITEL do ano de 2017, Vitória atingiu o percentual, em relação a fumantes adultos ( $\geq 18$  anos), de 12,5% do sexo masculino e 5% do sexo feminino (BRASIL, 2017d).

Ao considerar esses indicadores e a concorrência entre o tabagismo e outros fatores, como álcool, sedentarismo e má alimentação, decorrentes de aspectos comportamentais, o município, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde, vem trabalhando por um ambiente livre do tabaco e melhoria da qualidade de vida de seus habitantes.

O tratamento de tabagistas integra os eixos da Política Nacional de Controle do Tabagismo, com outras ações, quais sejam a proteção à saúde e a prevenção da iniciação. A primeira é relacionada às intervenções sobre a poluição tabagística ambiental contribuindo na redução do tabagismo passivo, terceira causa evitável de óbito no globo. Entre essas ações, destaca-se a importância da Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011, e do Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014, que versam sobre a proibição do uso de tabaco em recintos fechados.

A prevenção do tabagismo foca o público vulnerável, as crianças e adolescentes, por meio de intervenções nos espaços utilizados por eles, principalmente a escola. Com o objetivo de promover essas intervenções, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) criou o Programa Saber Saúde de Prevenção do Tabagismo, entre outros fatores de risco de doenças crônicas, implantado desde 1998. A cultura escolar institui práticas socioculturais que ultrapassam as fronteiras da escola, e, nesse enfoque, o programa de educação para a saúde é realizado.

O Programa Saúde na Escola – PSE foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, com uma abordagem intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde. A implementação do Programa Saúde na Escola prevê diversas ações direcionadas e intencionais, tendo visado formar cidadãos críticos, capazes de discernir situações de risco e, conseqüentemente, adotar comportamentos saudáveis, numa concepção ampla de saúde.

Dessa maneira, profissionais da área de Educação e da Saúde são preparados para abordar conteúdos relacionados à promoção da saúde com uma metodologia direcionada para alcançar esse público.

Ademais, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 traz como uma de suas ações, no eixo da promoção da saúde, o fortalecimento, no PSE, das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso do álcool e do tabaco (BRASIL, 2011b).

A oferta de mecanismos de promoção da saúde, movendo a lente para além do direito à saúde, há muito faz parte do calendário e da prática do município de Vitória, e o sistema de

saúde no município começou a se configurar efetivamente desde 1989, com modificações relevantes nas relações sociais, econômicas e administradas

[...] e já a partir de 1998 a Secretaria Municipal de Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica, buscando a efetivação do SUS na ampliação do acesso e da qualidade da atenção à saúde, a humanização da atenção, o resgate da dimensão cuidadora da saúde, a reestruturação do modelo assistencial [...]  
(DALBELLO-ARAUJO; CRUZ; WERNER, 2012, p. 244)

Além da participação em campanhas pontuais preconizadas pelo Ministério da Saúde, o município vem agregando ações de ponta na área da saúde e educação, promove atividades educativas contínuas e disponibiliza ferramentas de promoção da saúde de forma autônoma, ou seja, disponibilizada para acesso individual ou coletivo da população. Todas as ações são debatidas e pactuadas no coletivo de várias representações e detalhadas no Plano Municipal de Saúde, no qual, nessa gestão, estão previstas para o período 2018-2021.

Vitória tem potencial de desenvolvimento de hábitos saudáveis e sustentáveis, reflexo de uma trajetória de investimentos em áreas essenciais para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos, previstos na Carta de Ottawa, envolvendo acesso e melhoria nas áreas de habitação, alimentação, esporte, educação e saúde.

Prova dos resultados positivos e inovadores desses investimentos são as recentes conquistas que a gestão vem acumulando. Em 2015, Vitória recebeu dois prêmios, ambos devido à implantação do prontuário eletrônico – Rede Bem Estar. O primeiro foi o “GovernArte: A arte do bom governo”, recebido em Washington (Estados Unidos), promovido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que identifica e premia experiências inovadoras em diferentes áreas da gestão municipal que promovam o acesso da população aos serviços públicos; o segundo foi o da Connected Smart Cities de Excelência em Inovação na Gestão Pública, na capital São Paulo, que premia anualmente iniciativas de gestão com foco na melhoria do atendimento ao cidadão.

A Rede Bem Estar é um *software* de gestão de saúde do município de Vitória desenvolvido pelos servidores municipais lotados na Subsecretaria de Tecnologia da Informação (Sub-TI) que interliga toda a rede municipal de saúde e gera informações em tempo real. Por meio do sistema, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) fica disponível para os profissionais de saúde, com informações (VITORIA, 2015). Permite que o município monitore as doenças transmissíveis e doenças (e agravos) não transmissíveis (hipertensão; diabetes; cânceres; vigilância de fatores de risco (obesidade, sedentarismo, tabagismo e estresse, por exemplo) e causas externas (violência) com mais precisão e forma interligada em todos os serviços.

Em 2017, Vitória iniciou o serviço de agendamento de consultas médicas *online* (incluindo um módulo disponível para aplicativos para *smartphones*) (IBIDEM). Encontra-se em fase de finalização a migração do processo regulatório de toda sua oferta municipal (própria e contratada) para o Sistema de Gestão Informatizado Rede Bem Estar (sistema próprio), o que vai permitir maior agilidade à regulação (VITÓRIA, 2017).

No tratamento ao tabagista, o município apresenta hoje o Grupo de Apoio Terapêutico (GATT), inserido nas 29 Unidades Básicas de Saúde, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, afirmada na fala da referência técnica em Tabagismo da Secretaria de Saúde Eliane Moreira, em entrevista concedida ao portal de informações da Prefeitura Municipal de Vitória, o *vitória online*

O controle do tabagismo em Vitória abrange ações de promoção e prevenção, com intervenções no contexto escolar e na comunidade e divulgação de material informativo e educativo, até o tratamento do fumante. Trabalhamos para que o combate ao fumo seja constante e reforçamos abordagens e prevenção do tabagismo para o público jovem, afirmou a referência técnica de tabagismo em Vitória (MIGUEL, 2017, p. 1).

As ações de controle do tabagismo desenvolvidas na rede municipal vêm sendo implantadas desde 1998. Em média, 600 pessoas buscam ajuda nas unidades de saúde de Vitória e, de 2013 a 2016, foram registradas 894 pessoas que deixaram de fumar após a participação no GATT. Isso representa um percentual de 32,15% entre os 2.720 usuários abordados no período (MIGUEL, 2017).

O município aprovou em lei a proibição do consumo de cigarros ou outro produto fumígeno em recintos coletivos, públicos ou privados. A Lei 9.220, de 18 de junho de 2009, entende o termo “recintos de uso coletivo” qualquer local de trabalho, estudo, cultura, culto religioso, lazer, esporte ou entretenimento, transporte coletivo, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2009).

Em abril de 2019, uma nova conquista: a Unidade de Saúde de São Cristóvão firma uma parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES/CCS/HUCAM), onde estudantes e residentes estarão envolvidos em ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, participando de grupos de educação em saúde para pacientes com doenças concorrentes do tabagismo, diabéticos, hipertensos, além do próprio tabagismo (BRINCO, 2019).

No *ranking* brasileiro, da pesquisa realizada pelo INCA, por meio do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Brasil, entre 2002 e 2003, considerando o percentual de fumantes regulares de cigarros na população de 15 anos ou mais, por faixa etária, Vitória ficou na razão de 1,1,

empatando com Porto Alegre e ficando acima de Campo Grande (FIGURA 3), considerando um resultado positivo e levando-se em conta naturalmente o extrato numérico da coleta (BRASIL, 2004a).

Figura 3- Pesquisa de população fumante: faixa etária de 15 ou mais anos por capital

Capital	Faixa etária								Razão 25 ou + / 15-24
	15 a 24 anos				25 anos e mais				
	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	Total	n	%	IC <sub>95%</sub>	
Manaus	535	68	12,7	(9,7-15,7)	1168	230	19,7	(17,5-21,9)	1,6
Belém	431	44*	10,2	(6,8-13,6)	979	181	18,5	(15,3-21,7)	1,8
Fortaleza	646	79	12,2	(9,3-15,2)	1620	339	20,9	(18,7-23,1)	1,7
Natal	240	24*	10,0	(6,1-13,9)	570	95	16,7	(13,6-19,7)	1,7
João Pessoa	319	33*	10,3	(6,3-14,4)	886	168	19,0	(15,9-22,0)	1,8
Recife	248	20*	8,1	(3,7-12,4)	762	156	20,5	(17,2-23,7)	2,5
Aracaju	249	17*	6,8	(3,1-10,5)	594	92	15,5	(12,3-18,6)	2,3
Campo Grande	206	32*	15,5	(10,2-20,8)	491	69	14,1	(10,9-17,2)	0,9
Distrito Federal	597	75	12,6	(10,2-14,9)	1398	270	19,3	(17,0-21,6)	1,5
Belo Horizonte	563	66	11,7	(8,5-14,9)	1692	393	23,2	(20,9-25,5)	2,0
Vitória	199	33*	16,6	(10,1-23,0)	569	104	18,3	(14,8-21,7)	1,1
Rio de Janeiro	537	38*	7,1	(4,8-9,3)	2155	432	20,0	(18,1-22,0)	2,8
São Paulo	326	47*	14,4	(10,3-18,6)	884	194	21,9	(19,1-24,8)	1,5
Curitiba	562	107	19,0	(15,4-22,7)	1775	395	22,3	(20,1-24,4)	1,2
Florianópolis	194	30*	15,5	(10,2-20,7)	657	152	23,1	(19,1-27,2)	1,5
Porto Alegre	320	77	24,1	(18,4-29,7)	1075	275	25,6	(22,5-28,6)	1,1

Fonte: Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Conprev/INCA/MS.

Nota: \* O número de entrevistados classificados como fumantes nesta capital e neste grupo é inferior a 50; portanto, recomendamos cautela na interpretação dos resultados.

Relatórios do Plano Municipal de Saúde da PMV/SEMUS, no período de 2014 a 2017, apontam que o município alcançou a meta de 100% de implantação do serviço na rede básica de saúde da capital do estado do Espírito Santo, Vitória. Vale lembrar que, em 2008, ano em que o município firmou o Termo de Ajustamento de Condutas com o Ministério Público do Estado do Espírito Santo, Vitória contava com o serviço em 28% da rede básica.

A implantação do tratamento de tabagismo na rede básica de saúde contribuiu certamente para a queda da prevalência do tabagismo, tanto é que, no período de 2006 a 2017, se verificou importante redução nesse indicador, segundo pesquisas do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), passando de 15,6% a 7,8% (BRASIL, 2016).

### 3. TABAGISMO COMO QUESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

Originário da América Central, nas proximidades da cidade de Tobacco, região de Yucatán em 1520, a planta do tabaco, denominada Arawák pelos índios, era utilizada em rituais de purificação. Também existem relatos de que a origem do nome da planta tabaco foi denominada pelos colonizadores em homenagem à localidade Tabaco, onde a encontraram pela primeira vez (BALBACH, s.d.). A nicotina, potente alcaloide presente na folha de tabaco, é a substância que produz a dependência do tabaco e a síndrome de abstinência.

Os cigarros manufaturados passaram a ser comercializados na Inglaterra, em meados do século XIX. “O consumo de cigarros se expandiu consideravelmente durante e após a Primeira Guerra Mundial e depois da Segunda Guerra Mundial tornando bastante comum, principalmente entre homens” (FIGUEIREDO, 2007, p. 3). Chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos indígenas.

Tabagista é denominada a pessoa que faz uso, consome

[...] qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça (cigarro, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro de palha, rapé, tabaco mascado, *narguillé*). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o tabagismo como uma doença crônica, epidêmica, transmitida através da propaganda e publicidade, tendo como vetor, a poderosa indústria do tabaco (MEIRELLES, 2009, p. 13).

Pesquisas dão conta de que o tabaco possui, em sua composição, mais de 60 de substâncias cancerígenas. A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos (NUNES et al., 2011, p. 43).

#### 3.1 O TABAGISMO COMO DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL - DCNT

Na primeira metade do século XX, as doenças que mais levavam a óbito eram as infecciosas, gerando grandes epidemias e moléstias, de proporções mundiais. O contexto sanitário desfavorável repercutiu na necessidade de organismos oficiais do Estado realizarem ações sanitárias de planejamento orientado, que começaram a surtir efeito desde a segunda metade do referido século.

Com as melhorias no saneamento básico e a incorporação de novas tecnologias do modo usuário o foco de criação e gerenciamento de políticas públicas foi deslocado, entre outras, para as doenças crônicas não transmissíveis, que, segundo dados do Ministério da Saúde (2006), no modelo contemporâneo de vida do ser humano, representam mais de 62% do total de óbitos do país, com maior repercussão nas Regiões Sul e Sudeste, tendo maior impacto para a saúde as doenças cardiovasculares, o câncer, o cérvico-uterino e o de mama

em mulheres e de estômago e pulmão nos homens, o Diabetes Mellitus e as doenças respiratórias crônicas.

A partir da década de 1950, foram realizados estudos e pesquisas com evidências mais conclusivas dos impactos do tabagismo associado a outras doenças, considerado como uma ocorrência de agravo à saúde.

Relatórios internacionais de instituições respeitáveis, como a World Health Organization (WHO) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), informam sobre os avanços na perspectiva de vida, resultantes de melhor qualidade e acesso aos bens e serviços. No entanto, essas mesmas organizações ainda atestam “[...] a permanência de profundas desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e, dentro deles, entre regiões e grupos sociais” (BUSS, 2000, p. 164).

Buss (2000) ainda aponta que, com o movimento de prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passa a relacionar medidas preventivas com o meio ambiente físico e estilos de vida, e não mais voltada exclusivamente para indivíduos e famílias, conforme previam os estudos de Leavell & Clarkm, ampliando o conceito e as corresponsabilizações sobre o processo que envolve a tríade saúde-doença-cuidado.

Evidências mostram que a saúde está muito mais relacionada ao modo de viver das pessoas do que à idéia hegemônica da sua determinação genética e biológica. O sedentarismo e a alimentação não saudável, o consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas. Há que se destacar a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades (BRASIL, 2002b, p. 8).

Em relação às DCNT, sabe-se que “os principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento são o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, as dietas inadequadas e a inatividade física” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a apud BRASIL, 2015, p. 22), os quais, muitas vezes, não atuam isoladamente no indivíduo.

As adaptações na dinâmica familiar, alimentação inadequada, demanda por produtividade e competição no trabalho, além da ansiedade para lidar com a forma de se relacionar com as variáveis produzidas nessa relação, têm oferecido indicadores para que as pesquisas associem as principais DCNT a fatores de risco altamente prevalentes: tabagismo, álcool, obesidade, sedentarismo, pressão arterial elevada. O monitoramento desses fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para a definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção desses agravos (IBGE, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT tenham sido responsáveis por 63% de um total de 36 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. No

Brasil, as DCNT foram responsáveis por 72,4% do total de mortes em 2011, com destaque para doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes.

O Brasil tem colocado a questão das DCNT no centro das ações de intervenção, criando políticas públicas destinadas à promoção de ações de enfrentamento, como a Política Nacional de Promoção à Saúde aprovada, em 30 de março de 2006, pela Portaria nº 687, que veio ao encontro das necessidades sociais em saúde, ao definir a promoção da saúde como “[...] uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro [...]” (BRASIL, 2010a, p. 10) firmado nas três esferas de governo para a consolidação do SUS.

Para além, a política é redefinida em novembro de 2014 pela Portaria nº 2.446, lançando o Plano de Ações de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, consideradas, entre essas, pela Organização das Nações Unidas, o grupo de doenças prioritárias, as do aparelho circulatório (isquemias, infarto e AVC), as respiratórias crônicas (asma, rinite alérgica e doença pulmonar obstrutiva crônica), os cânceres e o diabetes (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Na pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e INCA, publicada em 2011, o Sudeste apresenta percentual de dependência de nicotina entre jovens de 15 a 24 anos de 11,3%, sendo a Região Sul com o maior percentual (21,5%) e a Região Norte com prevalência de 2,7% (BRASIL, 2011a), refletindo o futuro adulto fumante, o que preocupa as Organizações Mundiais de Saúde, em relação à prevalência dessa população no extrato de vulnerabilidade, causando impactos socioeconômicos ao investimento em políticas públicas e gastos com tratamentos e campanhas educativas.

De acordo com o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis – 2002-2005, com 17 capitais brasileiras e o Distrito Federal, Vitória ocupa o 8º lugar no que diz respeito ao percentual de homens fumantes na faixa etária de 20 anos ou mais e o 11º ocupado por mulheres.

O avanço das pesquisas tecnológicas e científicas em torno das doenças crônicas não transmissíveis favoreceu que o serviço passasse a se organizar de forma a atender à necessidade de saúde da população, na luta pela saúde do sujeito em sua singularidade, passando a compor uma modelo que perpassa a integralidade da assistência, em contrapartida ao modelo hegemônico da medicina curativa, hospitalocêntrica presente de forma ascendente na primeira metade do século XX.

Esse fato favoreceu que políticas públicas fossem pensadas e ofertadas de forma mais equânime e acessível à população que mais necessita dos serviços de saúde públicos.

Tanto é que a pesquisa do BRASIL (2016), tendo como parâmetro a população adulta, de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, demonstrou que os indicadores relacionados ao tabagismo mostravam variação temporal significativa se comparados aos do início do sistema de inquérito telefônico em 2006, e associando ainda outros fatores de risco ao tabagismo que certamente cresceram nesse intervalo de dez anos.

A variação anual média em ponto percentual (pp) de fumantes considerando o intervalo da pesquisa, 2006-2016, ficou em 0,62 pp ao ano, significando que a frequência de fumantes diminuiu, de 15,7% (2006) para 10,2% (2016). Em contrapartida, a má notícia fica por conta da evolução dos indicadores relacionados à obesidade 0,73 pp ao ano, ao aumento da pressão arterial, 0,35 pp ao ano, e ao diabetes, 0,28 pp ao ano (BRASIL, 2016).

Apesar do caráter positivo da pesquisa em relação aos resultados associados ao tabagismo, os indicadores também apontam a necessidade de estruturar políticas de saúde para atender à crescente demanda pelo controle do avanço da DNCT, tratadas pelo MS como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo especialmente as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade.

Com base em uma elaboração coletiva envolvendo instituições de ensino, ONGs da área da saúde, entre outros segmentos da sociedade organizada, o MS lança o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011b), cujo objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, no sentido do enfrentamento e controle dessas doenças até 2022.

Das oito metas previstas no plano, cinco estão sendo atingidas, entre as quais a redução da predominância de tabagismo, cuja meta é atingir a redução da prevalência em 30% até 2022. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 indicam o percentual de 14,5% atingido pelo Brasil.

O plano contempla os quatro principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis (as circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade), definindo diretrizes e ações para lidar com esse grupo de doenças e seus fatores de risco em três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e o cuidado

integral (BRASIL, 2011b). Prevê ainda o fortalecimento do Programa Saúde na Escola, voltado para a prevenção e redução do uso do álcool e tabaco entre crianças e adolescentes.

Em 2013, o MS realizou, em Brasília, o 3º Fórum de Monitoramento do Plano de Enfrentamento das DCNT, com o objetivo de contextualizar o acompanhamento no desenvolvimento e na implantação do Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas, além de proporcionar o compartilhamento de ações de promoção da saúde voltadas a essa temática.

Nesse cenário, foram divulgados no ano de 2019 os dados mais recentes da pesquisa VIGITEL. Comparado ao ano de 2016, primeira edição da pesquisa, quando o índice de fumantes era de 15,6%, em 2018, o índice caiu para 9,3% de brasileiros que declararam ter o hábito de fumar. Este hábito vem mudando ao longo dos anos de forma significativa entre pessoas de 18 a 24 anos de idade (12% em 2006 e 6,7%, em 2018), 35 e 44 anos (18,5% em 2006 e 9,1% em 2018) e entre 45 a 54 anos (22,6% em 2006 e 11,1% em 2018). A frequência maior entre fumantes permanece no universo masculino, 12,1%, contra 6,9% das mulheres.

Dentre as capitais, as que encabeçam a lista de maior percentual de fumantes são, Porto Alegre (14,4%), São Paulo (12,5%) e Curitiba (11,4%) e menos fumantes, Salvador (4,8%), São Luís (4,8%) e Belém (4,9%). Com essa redução de 40% no número de fumantes nas últimas décadas, o Brasil alcançou as metas da OMS de combate ao tabaco (BRASIL, 2019)

Esse resultado mais relevante, de acordo com o Ministério da Saúde, foi devido à atualização dos dados cadastrais de acordo com as informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando o censo demográfico de 2010, e não de 2000. Ao utilizarem informações mais atuais, os dados revelam uma população maior, mais escolarizada e também mais idosa.

O Ministério da Saúde atribui essa redução à associação de várias medidas educativas, preventivas, legislativas e regulatórias, colocando o Brasil como referência global pelos resultados alcançados e pelas medidas regulatórias adotadas.

Apesar dos resultados otimistas, o desafio continua e, para enfrentá-lo, precisar-se-á considerar o trabalho intersetorial, buscando ações pontuais, sem perder de vista a perspectiva global do problema, porque a OMS considera o tabaco como uma epidemia mundial entre as causas de mortes evitáveis (OPAS, 2017).

### 3.1.1 Percepção social no ato de fumar

A função de identidade da representação funciona como uma proteção à especificidade dos grupos à medida que situa os indivíduos ou grupos no campo social (CRUSOÉ, 2004). As

representações sociais são importantes para distinguir um comportamento adaptado a uma dada situação. Na saúde, sua importância vem no intuito de

[...] explicar fenômenos sociais [...] e seu papel metodológico na compreensão de comportamentos e práticas relacionadas ao campo da saúde assim como o potencial transformador das representações para prevenção e o cuidado com a saúde das coletividades humanas (CAMPOS, 2012, p. 13).

As doenças, por exemplo, têm representações sociais diferentes; uma gripe e um câncer têm significado e abordagem diferentes para o médico, para o paciente e para os que o rodeiam. As representações sociais têm a função na sociedade de estabelecer relações de poder e hierarquia, baseando-se na linguagem e nas ideias, sendo compartilhadas no imaginário de diferentes indivíduos.

Em Campos (2012, p. 16), vemos que “uma representação dá significado a uma dada situação social, bem como aos comportamentos e condutas observados”; ao tabaco, no século XV, era atribuído um valor místico, pelos índios, ao passo que o entendimento da função do tabaco na sociedade americana era outro. Então, as representações são construções consensuadas socialmente.

A faixa etária mais vulnerável à adesão às representações socialmente construídas são a infância e adolescência, quando os valores e a moral estão em formação. Daí a preocupação da OMS em direcionar as ações educativas em relação ao tabagismo para o público adolescente.

Na figura 4, apresentam-se as estratégias de *marketing* para propagandas de cigarros, fortes nos anos 1970, que veiculavam, de forma subjetiva, a ideia de fumar à saúde, à prática de esportes, ao sucesso, na mão de artistas famosos e bem-sucedidos hollywoodianos. A preocupação ainda é tamanha, que a OMS passou a considerar o tabagismo uma doença transmissível pela publicidade. Devido à ampla exposição a situações vulneráveis e ao precoce contato com o tabaco, a OMS também passou a considerar o tabagismo como doença pediátrica.

Figura 4 – propagandas dos anos 1970/1980



Fonte: Internet

Silva et al. (2016) corroboram a preocupação, ao afirmarem que o jovem, ao experimentar o cigarro, terá uma probabilidade de mais de 50% de tornar-se dependente.

O comportamento da dependência deve-se à sensação de prazer, ao alívio de ansiedade, à procura compulsiva por nova dose e ao aparecimento da síndrome de abstinência após a interrupção (HAGGSTRAM, CHATKIN, 2001, VIEGAS, 2007 apud FRANÇA, 2013, p. 32). O amplo mercado ilegal de cigarros, que hoje responde por 35% do consumo nacional de cigarros, insere no mercado brasileiro cigarros ainda mais baratos que os legais, e assim abrem mais o acesso, potencializando a iniciação de jovens no tabagismo.

Ao longo das últimas décadas, a globalização da economia contribuiu para a expansão desse comércio. O contexto econômico criado através da globalização tem permitido que as grandes companhias transnacionais de tabaco possam dirigir seus esforços de expansão para países com baixo custo de produção e com um elevado potencial de consumo. Esse processo resultou em uma grande expansão deste mercado para países do Leste Europeu, da América Latina, da Ásia e da África nos últimos anos (BRASIL, 2004b, p. 5).

O fato de o cigarro brasileiro ser o sexto mais barato do mundo e a facilidade de acesso físico aos produtos, provavelmente isso facilita a experimentação e a iniciação entre crianças e adolescentes (CAVALCANTE, 2005).

Nessa faixa etária, o cigarro tem um apelo simbólico, despertado pelas propagandas com imagens aliadas a movimentos esportivos e culturais: “[...] Na medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito”, Rascunho de relatório do Quadro de Diretores da Phillip Morris, 1969” (CAVALCANTE, 2005, p. 291), empresa multinacional produtora de tabaco e seus derivados.

Uma das mais perigosas estratégias socialmente produzidas pelo *marketing* do tabaco, como uma falsa alternativa de proteção, foi a apresentação dos cigarros descritores *light*, *mild*, suave e baixos teores, pela característica de indução ao consumidor de que são alternativas saudáveis. As propagandas dos baixos teores têm sugerido que não há necessidade de deixar de fumar se o fumante fumar corretamente. Mediante essa associação dessas marcas com *status*, com atividades saudáveis e com atividades intelectuais, é sugerido que a escolha por cigarros *light e mild* é feita por pessoas inteligentes (BRASIL, 2004b, p. 17).

A versão em língua portuguesa do documento *The Tobacco Atlas* da *The American Cancer Society*, instituição americana, acrescenta

Continuamos a enfrentar uma indústria que muda constantemente e adapta as suas estratégias de marketing. O surgimento de novos produtos, como novas formas para o uso do tabaco, é um exemplo marcante. Sistemas de distribuição eletrônica de nicotina, como cigarros eletrônicos e similares, estão desafiando a comunidade de controle do tabaco (ERIKSEN et al., 2014, p. 5).

Uma iniciativa ainda bastante recente que se encontra em fase de estudo piloto é o *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, focalizando a vigilância e caracterização do tabagismo na população de 15 anos ou mais residente em uma área ou país.

[...] a necessidade de monitoramento das atividades da indústria, foi aprovado na 54ª Assembléia Mundial da Saúde como forma de tornar transparente as atividades de controle do tabagismo na OMS e países membros, e subsidiar a definição de estratégias de enfrentamento à ação das grandes companhias transnacionais de tabaco. As atividades que compõem este sistema envolvem o monitoramento dos relatórios da indústria e a elaboração de publicações com análises sobre as estratégias da indústria (FIGUEIREDO, 2007, p. 32).

Desta forma, a saúde também pode ser produzida socialmente pelas organizações de saúde, conforme apresentado na figura 5, por meio de propagandas que entraram em vigor em 2004, para que seus resultados povoassem o imaginário da população.

Figura 5 – Propaganda e mensagens de advertência nos maços de cigarro



Fonte: Ministério da Saúde

Com tanta informação, políticas diretas e tratamento gratuito disponível no SUS, por que ainda temos um índice tão alto de fumantes e principalmente de iniciantes no fumo em idade precoce?

Além do *marketing*, da representação que o cigarro tem para o indivíduo, do apelo simbólico e afetivo, há um fator determinante para que tantas pessoas não consigam parar de fumar: a nicotina vicia. Pesquisas mostram que, quando se fuma um cigarro, a nicotina é absorvida rapidamente pelos pulmões e transmitida ao cérebro. A nicotina (o tabaco) é considerada a terceira substância mais viciante (BOWMAN, 2016).

Antes visto como um estilo de vida, o tabagismo é atualmente reconhecido como uma dependência química que expõe os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. O Brasil é um dos principais produtores e exportadores de tabaco do mundo. A dependência econômica do setor tabagista torna mais complexa qualquer estratégia de intervenção. Por outro lado, o controle do tabagismo exige um eficiente e sistemático mecanismo de vigilância para monitorar as tendências de consumo de tabaco. (INCA, 2009, p. 1).

Criado em 1995 pelo governo brasileiro, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo atua de forma intersectorial com ações educativas, legislativas e econômicas, a fim de frear a prevalência do tabagismo no país.

Algumas das principais iniciativas do Brasil com respaldo legal demonstram contribuir para a redução progressiva do índice de adeptos do tabaco, como apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Principais marcos legais do tabagismo

INSTRUMENTO LEGAL	DATA	DO QUE TRATA
Lei nº 9.294	15/07/1996	Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.
Lei nº 9.782	26/01/1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela regulamentação, controle e fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco.
Lei nº 11.488	15/06/2007	Obriga os fabricantes de cigarros a instalar equipamentos contadores de produção que permitem o controle e rastreamento dos produtos em todo o território nacional, possibilitando a identificação legítima da origem do produto e reprimindo a produção e importação ilegais, bem como a comercialização de contrafações.
Lei nº 12.546	14/12/2011	Altera o sistema de tributação dos cigarros e institui a política de preços mínimos. Determina que, a partir de janeiro de 2016, 30% da parte inferior da face frontal das embalagens de produtos de tabaco tenham advertências sanitárias sobre os malefícios do tabagismo.
Lei nº 12.921	26/12/2013	Proíbe a fabricação, a comercialização, a distribuição e a propaganda de produtos nacionais e importados, de qualquer natureza, bem como embalagens, destinados ao público infante-juvenil, reproduzindo a forma de cigarros e similares.
Portaria Ministério Trabalho Emprego n.º 20	13/09/2001	Proíbe o trabalho do menor de 18 anos na colheita, beneficiamento ou industrialização do fumo.
Resolução RDC nº 304	07/11/2002	Proíbe em todo o território nacional a produção, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos com forma de apresentação semelhante a cigarro, charuto, cigarrilha, ou qualquer outro produto fumígeno, derivado do tabaco ou não.
Resolução RDC nº 15	17/01/2003	Regulamenta disposições dadas pela Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Proíbe a venda de produtos derivados do tabaco na Internet.
Resolução RDC nº 199	24/07/2003	Regulamenta as frases de advertência do Ministério da Saúde exibidas durante a transmissão de eventos esportivos e culturais internacionais.
Resolução RDC nº 46	28/08/2009	Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico.

Resolução RDC nº 30	23/05/2013	Altera a Resolução RDC nº 335, de 21 de novembro de 2003, e revoga as Resoluções RDC nº 86, de 17 de maio de 2006, RDC n. 54, de 06 de agosto de 2008 e Resolução RDC nº 38, de 9 de julho de 2012, que dispõem sobre embalagens de produtos fumígenos derivados do tabaco.
Resolução RDC nº 43	03/09/2013	Altera a Resolução RDC nº 30, de 23 de maio de 2013, sobre prazos para adequação das imagens e advertências sanitárias nas embalagens dos produtos derivados do tabaco.
Resolução RDC nº 195	14/12/2017	Dispõe sobre embalagens e advertências sanitárias para produtos fumígenos derivados do tabaco.
Decreto nº 8.262	31/05/2014	Regulamenta a proibição do tabagismo em recintos coletivos de todo país e a exposição de produto de tabaco nos pontos de venda. Altera o Decreto nº 2.018/1996, que regulamenta a Lei nº 9.294/1996.
Decreto nº 8.656	29/01/2016	Altera a tabela de incidência do Imposto sobre Produtos industrializados incidente sobre fumo picado e eleva o preço mínimo de cigarros para R\$ 5,00.

Fonte: Ministério da Saúde

### 3.2 BREVE HISTÓRICO DA LUTA CONTRA O TABACO

“[...] é uma das delícias, e mimos desta terra, e são todos os naturais, e ainda os portugueses perdidos por ela, e têm por grande vício estar todo o dia e noite deitados nas redes a beber fumo [...]”  
Cardim. Tratados da terra e gente do Brasil.

A folha do tabaco era apreciada pela população indígena da América por razões medicinais e místicas principalmente, “[...] também usava-se o tabaco por prazer, pela agradável sensação de alerta e de energia que a planta dá ao corpo” (VERGARA; AQUINO, 2003, p. 1), os europeus, por volta de 1492, sem entender o valor simbólico do consumo indígena, passaram a fumar e divulgar o consumo da planta. O consumo de charutos remetia à ideia de ocupação social e econômica na sociedade, uma vez que o produto só podia ser adquirido pela população de alto poder aquisitivo.

No século XVIII, o cigarro passou a fomentar ainda mais o comércio, as embalagens e as propagandas se sofisticaram, e, com a invenção da máquina de fazer cigarros por James Buck Duke, o cigarro caiu na graça dos americanos, sendo comercializado em escala industrial para a população mundial.

Isso ocorreu porque a nicotina provoca maior dependência física que as drogas conhecidas como ilícitas. Essa

[...] dependência significa a perda do controle sobre o comportamento de usar uma droga. A dependência de drogas é diferenciada dos outros hábitos porque o comportamento é iniciado e mantido pelos efeitos farmacológicos da substância. A OMS define a dependência de drogas como um padrão comportamental no qual o uso de determinada droga psicoativa recebe prioridade, mesmo em relação aos outros comportamentos que já foram muito mais prioritários. A dependência do

tabaco é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos ou condicionados, personalidade e condições sociais. (CURY, 2009, p. 1)

Paralelamente à ascensão da comercialização do cigarro e seu consumo relacionado a morbidades, cresceu por parte da OMS, o combate e enfrentamento da chamada pandemia, responsável, anualmente, pela morte de cerca de cinco milhões de pessoas no mundo (MORAES, 2006).

No Brasil, as ações efetivas e com registros e monitoramento palpáveis somente começaram a tomar proporções significativas em 1986, com campanhas pontuais e, mais tarde, com legislações direcionadas para o controle e combate ao tabaco, conforme podemos observar na figura 6, por meio de medidas legais e econômicas implementadas no Brasil, no período 1986-2005 (FIGUEIREDO, 2007).

Figura 6 – Ações relacionadas ao tabagismo no Brasil

Ano	Ações
1986	Campanhas – criado o Dia Nacional de Combate ao fumo
1988	Inserção de mensagens de advertências sobre os malefícios do tabagismo em todo material publicitário dos produtos do tabaco (PT).
1989	PNCT é oficializado no MS e cabe ao INCA coordená-lo
1990	Restrição do horário de transmissão da propaganda de tabaco que passa a ser autorizada apenas em horários tardios.
1996	Proibição do uso de produtos fumígenos em ambientes públicos ou privados coletivos.
1996	Entrada de recursos para estruturação do programa
1999	Mensagens de advertências com frases mais diretas
1999	Redução do Imposto Sobre Produtos Industrializados (IPI) incidente sobre os PT.
2000	Proibição do uso de produtos fumígenos em aeronaves e transportes coletivos
2000	Proibição da propaganda de produtos do tabaco em todos os tipos de mídia, exceto nos pontos de venda. Proibição do patrocínio de eventos culturais e esportivos nacionais.
2001	Proibição do uso de descritores (baixos teores, leve, suave, “light” etc.) nos maços e propagandas publicitárias. Estabelecimento de teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono.
2002	Material de propaganda e embalagens passa a ter advertências acompanhadas de imagens.
2002	Inserção do Disque Pare de Fumar nas embalagens dos produtos
2002	Inserção do tratamento do fumante na rede pública de saúde
2003	Inserção de mensagens de advertências em eventos esportivos internacionais e imagens de advertências mais contundentes.
2003	Elevação do IPI incidente sobre os PT
2004	Ampliação do acesso ao tratamento do fumante no Ministério da Saúde.
2004	Mobilização para cumprimento da lei que proíbe fumar em recintos coletivos
2005	Proibição de patrocínio de eventos culturais e esportivos internacionais (Fórmula 1)

Fonte: O Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Modelo Lógico e Avaliação (MS/SAS/INCa, 2003); O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios (MS/INCa, 2006).

Todo esse investimento tem surtido efeitos positivos na comunidade científica mundial em relação à queda progressiva da prevalência do tabagismo. Os dados mais recentes,

levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, mostram que a prevalência de usuários atuais de produtos derivados do tabaco, na população de 18 anos ou mais, foi 15% no país, sendo maior na área rural (17,4%), quando comparada com a área urbana (14,6%). No que diz respeito ao sexo, observa-se que a prevalência foi maior entre os homens (19,2%); por região, o maior valor foi encontrado na Região Sul (16,1%); e, por Unidade da Federação, a maior prevalência foi no estado do Acre, com 19,3% (BRASIL, 2013a).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), criado em 1996 no Sistema Único de Saúde (SUS), vem trabalhando com a oferta o tratamento contra o fumo no país, no desafio de inverter os índices de mortes pelo tabagismo e doenças relacionadas. A meta é reduzir de 15% para 9% a proporção de fumantes na população adulta até 2022.

Além da importante redução no risco relacionado às doenças crônicas, há benefícios relevantes com a cessação do tabagismo, como a melhoria da autoestima, do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele, melhoria do convívio social com pessoas não tabagistas, melhoria no desempenho de atividades físicas (BRASIL, 2001).

Uma importante estratégia do Ministério da Saúde contemplada no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não transmissíveis é o fortalecimento do Programa Saúde na Escola, voltado para a prevenção e redução do uso do álcool e tabaco entre crianças e adolescentes, no intuito de levar-lhes o conhecimento por meio de ações educativas o mais cedo possível, considerando que são eles o público-alvo mais vulnerável da “sedução” da indústria do tabaco.

É importante fornecer um quadro da variabilidade da prevalência do tabagismo quanto a gênero, faixa etária e escolaridade para cada cidade ou região a fim de melhor identificar as necessidades de um esforço estratégico específico para subgrupos mais expostos. Por exemplo, a efetividade das ações educativas e de contrapropaganda do tabaco pode aumentar consideravelmente através de uma ação melhor orientada, no nível local, pelas características dos grupos-alvo mais expostos (FIGUEIREDO, 2007, p. 37)

A cada enfrentamento, a indústria do tabaco inova suas estratégias, para não perder o mercado. A Europa tem aderido a um tipo de tabaco umidificado como proposta de redução de danos, denominado *snus*, que não é fumado, e sim colocado entre o lábio e a boca e lentamente sugado.

Há pesquisas inserindo essa informação no debate técnico e crítico na comunidade científica

O Presidente do Serviço de Saúde Pública dos EUA (US Surgeon General) e a Agência Internacional para Investigação do Cancro (International Agency for Research on Cancer, IARC) concluíram que o tabaco sem fumo, especialmente o tabaco umidificado de chupar, induz recessão gengival, lesões pré-cancerosas da cavidade oral, cancro oral, pancreático e esofágico (TREATOBACCO, 2017, p. 1).

O apelo afetivo ao cigarro vem acompanhado do econômico, tanto que, em 1776, o economista Adam Smith previu: “Rum, açúcar e tabaco não são produtos vitais, mas têm grande consumo, o que faz deles objetos ideais para taxaço”.

Na Inglaterra, o imposto morde 80% do preço do maço, teoricamente para custear o controle do hábito e o tratamento de doenças. Mas essas tarefas consomem só 16% do bolo. No Brasil, o imposto equivale a 70% do preço final, e o cigarro é o produto industrializado que mais paga imposto, o que faz da Souza Cruz o maior contribuinte industrial privado do país e do Brasil um dos países em que o cigarro tem maior importância na receita fiscal. No total, o governo arrecada 6 bilhões de reais, dos quais 2 bilhões são gastos com a saúde dos fumantes (VERGARA; AQUINO, 2003, p. 4).

É uma mercadoria rentável para a indústria que a movimenta, principalmente nos países mais vulneráveis socialmente, sendo este o principal entrave para conquistas mais significativas no enfrentamento à disseminação do tabagismo.

### 3.2.1 Políticas e programas de controle do tabagismo no Brasil

Os estudos e pesquisas são importantes para subsidiar as políticas públicas e a metodologia para lidar com esta doença, que, no Brasil, ocupa o oitavo lugar no *ranking* de número absoluto de fumantes (7,1 milhões de mulheres e 11,1 milhões de homens). Os resultados são de uma pesquisa recém-publicada na revista científica *The Lancet*, intitulado *Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015* (BRASIL, 2017a, n.p).

Outro dado de uma pesquisa, mais antigo e não menos importante, do documento *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, estima que o tabagismo, em nível mundial, esteja associado a cerca de 70% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e 10% das doenças cardiovasculares (PORTES et al., 2013, p. 440).

Para dar conta de atingir a população tabagista, A Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) atua em rede envolvendo outros setores do Ministério da Saúde, de outros Ministérios e Secretarias, Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ) e organizações não governamentais (BRASIL, 2014a). O PNCT articula a Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a Promoção de Ambientes Livres.

A ideia de rede já estava presente na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), pois

[...] já havia nacionalmente uma rede de parcerias com secretarias de saúde de estados e municípios, e organizações não governamentais dando sustentação às

ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer desde 1989. A partir de 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) passou a atuar na regulação dos produtos de tabaco e a partir de 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS) passou a articular um sistema de vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, incluindo a vigilância de seus fatores de risco, dentre eles o tabagismo. (BRASIL, 2014a, p. 23).

Essa rede, para fornecer resultados com amplitude, deve focar as microrregiões acolhendo os municípios e fornecendo subsídios e ferramentas metodológicas para o enfrentamento das situações locorregionais por parte dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio da PNCT e do Instituto Nacional de Câncer (INCA), adota o modelo de tratamento ao fumante na perspectiva da abordagem cognitivo-comportamental com treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e à prevenção da recaída. Quando há indicação, existe o tratamento medicamentoso. O Ministério da Saúde disponibiliza para as unidades de atendimento cadastradas gomas de mascar de 2mg, adesivos de nicotina de 7,14 e 21mg e bupropiona 150mg, além de manuais destinados aos participantes e coordenadores das sessões e cartazes educativos (BRASIL, 2001).

Há uma consulta de avaliação clínica, na qual é abordada a motivação da pessoa em parar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, ocorrência ou não de indicação ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de comorbidades psiquiátricas e sua história clínica.

De acordo com Nunes et al. (2011), a terapia cognitivo-comportamental, estudada por Alan Marlatt nos anos 1980, enfoca a reestruturação cognitiva e mudanças comportamentais, é aplicada na abordagem intensiva ao fumante para evitar condutas de risco e maior envolvimento do paciente na conscientização de sua situação, mobilizando habilidades para o enfrentamento do problema. “Possui fases de reconhecimento, de evitação e de enfrentamento” (NUNES et al., 2011, p. 127).

A técnica, em consonância com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), é utilizada nas sessões individuais ou nos Grupos de Apoio Terapêutico ao Tabagismo (GATT), sigla adotada pelo município desde 1998. As sessões grupais são constituídas de 10 a 15 participantes, e, caso haja indicação, os indivíduos poderão utilizar apoio medicamentoso do adesivo transdérmico de nicotina (21mg, 14mg e 7mg), goma de mascar de nicotina (2mg) ou cloridrato de bupropiona (150mg) (MIGUEL, 2017).

Porém, é importante lembrar que o tratamento do tabagismo é um dos programas do MS e não consiste na única frente de controle do tabagismo, cuja abordagem, no modelo de Saúde da Família, começa na casa, passa pelas ruas e se fortalece nas unidades básicas de

saúde. O agente comunitário de saúde é ator importante desse trabalho, ao realizar a abordagem breve (até 3min) e básica (3-10min) com os familiares nos domicílios que visita. A relevância da abordagem breve e básica consiste na oportunidade de reflexões sobre o hábito de fumar pelas pessoas tabagistas, de forma que possam rever suas escolhas em direção à cessação.

Todo esse movimento tem um propósito baseado na Convenção-Quadro da OMS: “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (art. 3º) (INCA, 2003, p. 4).

Dados do Banco Mundial apontam que

[...] o aumento de impostos e preços é o mecanismo mais eficaz para frear a prevalência dos produtos de tabaco. Este aumento pode também induzir os fumantes a consumirem menos tabaco ou persuadi-los a abandonar o hábito, bem como prevenir os fumantes em abstinência de recomeçarem. Os países que elevam dramaticamente os impostos sobre o tabaco testemunham uma quase imediata redução no seu uso e constataam a correspondente melhoria na saúde cardiovascular. (ECHER, 2006, p. 47).

No entanto, o ministro da Justiça e Segurança Pública, Sérgio Moro, parece não se convencer disso, baseando-se em estimativas que afirmam que 50% do mercado nacional de cigarro é de origem paraguaia, de baixa qualidade. Ele propôs, por meio de publicação de uma portaria no Diário Oficial da União (DOU), de 26 de março de 2019, a substituição pelo cigarro brasileiro, reduzindo impostos para estes, uma vez que, segundo ele, evitaria o contrabando e diminuiria os riscos à saúde (PERON, 2019).

Segundo ainda o ministro, não há estudos que comprovem a relação da diminuição de impostos do cigarro com o aumento do consumo de tabaco no Brasil. Versando sobre a matéria, o ministro instituiu um grupo de trabalho para avaliar o impacto dessa ação na saúde pública, e não podemos desprezar a pressão da indústria do cigarro nesse contexto (ESTADÃO, 2019).

Organizações não governamentais antitabaco reagiram lembrando que o aumento dos impostos sobre a venda de cigarros é uma das ações recomendadas pela Convenção-Quadro para o controle do Tabaco, tratado do qual o Brasil é signatário, ignorando as evidências de diminuição do índice de fumantes de 2011, 14,8% para em 2011 para 10,1% em 2017, após o aumento da tributação (CANCIAN, 2019).

Paralelamente a esses aparentes retrocessos na luta contra o tabagismo, ações educativas são ofertadas a exemplo do Instituto de Doenças do Tórax, que já está na sua quinta edição do curso de Atualização no Tratamento e Prevenção do Tabagismo, que se

realizou de maio a junho de 2019, por meio da modalidade EAD, destinado aos profissionais da saúde e afins. O curso é resultado de uma parceria do Núcleo de Telemedicina do IDT e do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo (NETT/HUCFF-IDT) (UFRJ, 2019).

### 3.2.2 A abordagem começa na porta de entrada da unidade de saúde

Na atenção básica, a “porta de entrada” não tem esse nome somente literalmente, pois ali se dá o primeiro contato dos profissionais com o usuário. Por esse motivo, na metodologia do tratamento ao fumante, a abordagem básica é tão fundamental a ponto de o profissional da intensiva passar por ela na capacitação para entender sua importância e essa ação ser possível a todos.

A abordagem básica é definida como o contato profissional-usuário entre três e dez minutos de duração para cada encontro. “É resumida no mnemônico PAAPA, baseado segundo o Consenso Abordagem e Tratamento do Fumante (2001): perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar” (BRASIL, 2015, p. 62).

“É indicado porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo” (BRASIL, 2001, p. 14).

A Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante ofertada pela ETSUS-Vitória pressupõe uma parte das 80 horas de curso destinadas à Abordagem Básica ao Fumante. São 40 horas distribuídas em 20 horas de aulas presenciais e 20 horas de aulas não presenciais, com atividades direcionadas para o território de saúde do participante, sob a proposta de um olhar crítico-constructivo em relação ao projeto de controle do tabagismo e da prática da abordagem básica ao fumante, de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde.

Essa fase da capacitação é direcionada para profissionais de nível médio das UBS do município, que completam sua participação ao final das 40 horas da capacitação, mas os profissionais de nível superior continuam a capacitação completando as 80 horas para a certificação em Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante.

### 3.2.3 Por que capacitar em abordagem intensiva ao fumante?

Além do conjunto de ações com bases legais pertinentes já mencionadas no corpo desse projeto, para validar a questão de que o tabaco passa por uma demanda legal para a implementação dos programas, consideramos o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 uma publicação do Ministério da Saúde, envolvendo outras instituições e muitos atores de

referência nesse segmento, o norteador para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT, conforme descrito no próprio texto do Plano (BRASIL, 2011b, p. 8).

Brasil (2015, p. 28) complementa

Há evidências de que o apoio ofertado aos tabagistas para cessação do tabagismo pelos serviços de saúde no Brasil ainda é deficiente e insuficiente, apesar do elevado percentual dos fumantes que desejam ou tentam parar de fumar. Na PNS de 2013, dos tabagistas com idade de 18 anos ou mais entrevistados, 51,1% afirmaram que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores. Do total de fumantes, porém, apenas 8,8% afirmaram ter procurado tratamento com profissional da Saúde para a tentativa de cessação.

O Ministério da Saúde, por meio do INCA, desde 1980, sob a ótica da promoção da saúde, vem desenvolvendo ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), articulando em redes ações voltadas a ambientes livres do tabaco.

O programa preconiza que uma das atribuições dos municípios é capacitar os profissionais de saúde, buscando a adesão de pelo menos um profissional de saúde de nível superior por serviço.

Lightwood e Glantz, em estudos relacionados ao dano cardiovascular decorrente da exposição ao tabaco, constataram que, após a implantação de ambientes livres de tabaco em diversos países, eventos cardíacos agudos foram reduzidos em cerca de 30%, em curto prazo (SILVA et al., 2016).

A abordagem e o tratamento de pessoas tabagistas são regulamentados pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que define a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes de cuidado à pessoa tabagista.

Assim sendo, o tratamento para a cessação do tabagismo no Brasil, ao longo desses anos, tem alcançado a atenção básica de forma mais ampliada, envolvendo profissionais de variadas formações acadêmicas e considerando o perfil populacional e as peculiaridades de cada região/território de saúde dos municípios. Segundo Brasil (2015) a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem (e devem) ser realizadas no seu território, melhorando a saúde e a qualidade de vida do usuário e contribuindo para o controle dos custos envolvidos no tratamento para a cessação do tabagismo no país.

A gestão e a governança do controle do tabagismo no Brasil vêm sendo articuladas pelo Ministério da Saúde por meio do INCA, o que inclui um conjunto de ações nacionais que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Uma das estratégias essenciais tem sido a formação de rede de parcerias com representações das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de Educação, que junto com o INCA/Ministério da Saúde desenvolvem atividades de coordenação/gestão operacional e técnica do Programa (INCA, 2019, n. p)

Uma das iniciativas previstas pelo MS é a capacitação de profissionais para atuar nas unidades que atenderão a quem quer largar o tabaco

A capacitação não abordará somente o tratamento medicamentoso. Incluirá também abordagem comportamental qualificada para incentivar o fumante a prosseguir com o tratamento até o final. O Ministério da Saúde também investe em ações educativas. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas não transmissíveis prevê o fortalecimento do Programa Saúde na Escola, voltado para prevenção e redução do uso do álcool e tabaco entre crianças e adolescentes. O Ministério da Saúde investe ainda na ampliação da assistência às pessoas que querem parar de fumar, oferecendo desde o acompanhamento do paciente por profissionais de saúde a medicamentos (entre adesivos, pastilhas, gomas de mascar e o antidepressivo bupropiona) (BRASIL, 2013a, n. p)

Apesar de tantos avanços, preocupam-nos os resultados de estudos recentes mais citados em Silva et al. (2016, p. 292), decorrentes de pesquisas nessa temática:

Recentemente, mostrou-se que os efeitos nocivos do tabaco ultrapassam gerações, aumentando o risco de asma de modo intergeracional, ou seja, de mãe para filho, e transgeracional, isto é, de avós para os netos, mesmo que a mãe não tenha asma e não fume. Há evidências de que o tabagismo da avó materna durante a gestação da mãe da criança aumenta o risco de essa criança desenvolver asma de duas a três vezes, mesmo que a própria mãe não tenha fumado durante sua gestação e não tenha asma.

Decorre dessas e de outras experiências a necessidade da continuidade do enfrentamento, no sentido de proposições de ações e políticas de combate ao tabagismo e da efetivação destas em nível macro e microrregional.

O custo-efetividade do tratamento é muito satisfatório, pois, quando uma pessoa deixa de fumar, ela ganha mais 10-15 anos de vida e com melhor qualidade, assim como há uma redução de 30-90% da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis relacionadas ao tabaco. Ainda mais, o ex-fumante serve como exemplo e estímulo para os que ainda fumam. (SILVA et al., 2016, p. 293).

Ademais, o próprio MS observa a importância da capacitação e da apropriada formação dos profissionais da saúde na Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013

VI - formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para prevenção do tabagismo, identificação e tratamento das pessoas tabagistas, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e com as diretrizes nacionais e/ou locais sobre o cuidado da pessoa tabagista. (BRASIL, 2013b, p.3).

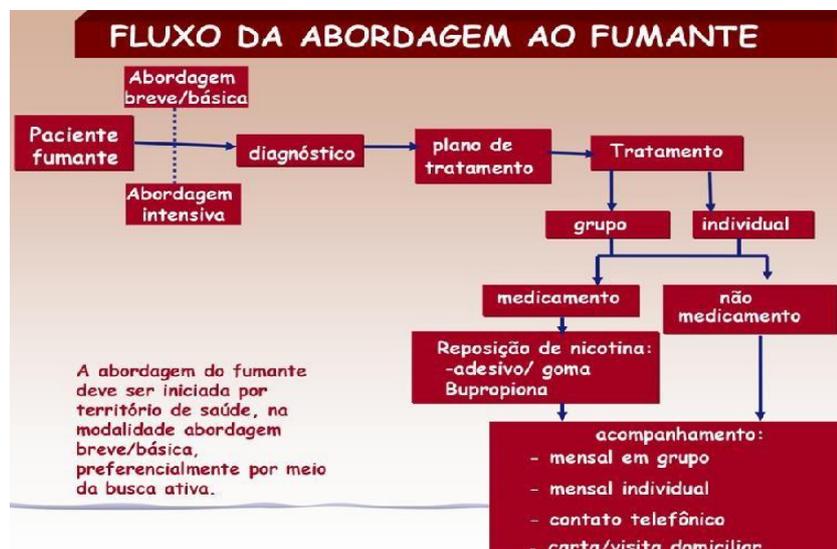
Destarte, o entendimento do tabagismo como problema de saúde pública deve ser primeiro dos profissionais de saúde e/ou que atuam na área da saúde, sendo capacitados para realizar a abordagem cognitivo-comportamental, uma vez que a formação acadêmica dos profissionais não contempla essa competência.

### 3.2.3.1 Estrutura da capacitação em abordagem intensiva ao fumante

O município, em consonância com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), vem enfrentando as DCNT e seus avanços por meio do Plano Municipal de Saúde, com acompanhamento sistemático pautado tecnicamente em indicadores e no monitoramento dos profissionais que identificam e interpretam as situações inerentes aos fatores de risco que mais colaboram na probabilidade do indivíduo em desenvolver as DCNT (tabagismo, obesidade, uso abusivo do álcool, dislipidemias, inatividade física e ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras), o que aponta decisões e ações mais efetivas e singulares o mais precoces possível na Atenção Básica em Saúde, tanto para diminuir os riscos potenciais como para reduzir as mortes prematuras causadas por essas doenças.

Com relação ao tabagismo e às doenças acarretadas por seu consumo ativo, a oferta do tratamento foi iniciada no Centro de Prevenção de Tratamento de Toxicômanos (CPTT), em 1998, atualmente Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Em 2007, o tratamento de tabagistas foi ampliado para cinco unidades básicas de saúde. Com as atualizações das portarias do MS e sob o entendimento da extensão e peculiaridades territoriais, o município ampliou a abordagem para toda a rede básica de saúde. O acolhimento do munícipe tabagista na unidade de saúde oportuniza a criação e manutenção do vínculo entre paciente e equipe de saúde no território de referência, bem como a realização da abordagem básica ao fumante. Caso seja constatada a necessidade de encaminhamento para a abordagem intensiva, esta será precedida por uma avaliação clínica na própria unidade de saúde, conforme é demonstrado no fluxo da figura 7.

Figura 7 – Fluxo de Abordagem ao Fumante



Fonte: Rede Bem Estar/PMV

Por meio de um estudo de França (2013), foi identificada a necessidade de implantar um espaço para a educação permanente dos profissionais capacitados, efetivamente implantado em 2014 e intitulado “Espaço de trocas de saberes e práticas na atenção às pessoas tabagistas”, por meio de encontros quadrimestrais. Essa estratégia tem-se revelado também importante meio para o fortalecimento da implementação do tratamento na rede municipal de saúde, identificando as fragilidades, potencialidades e promovendo as intervenções necessárias para a continuidade do serviço.

Uma vez capacitados, os profissionais da atenção básica encontram-se em condições reais para atuar na identificação, tratamento e acompanhamento de pessoas tabagistas, bem como no diagnóstico e tratamento precoce das possíveis complicações decorrentes do tabagismo.

A capacitação é uma das estratégias que a educação permanente em saúde utiliza para problematizar a realidade, a fim de transformá-la por meio de ações de educação em saúde.

No aspecto metodológico, o trabalho pedagógico da ETSUS-Vitória é estruturado em consonância com os estudos e apontamentos de Hoffmann (2004, p. 77)

A visão do educador/avaliador ultrapassa a concepção de alguém que simplesmente “observa” se o aluno acompanhou o processo e alcançou resultados esperados, na direção de um educador que propõe ações diversificadas e investiga, justamente, o inesperado, o inusitado. Alguém que provoca, questiona, confronta, exige novas e melhores soluções a cada momento.

Como o ciclo profissional nos serviços de saúde é dinâmico, assim como as informações, em face da necessidade de agregar novos atores às equipes de trabalho para a continuidade da abordagem ao fumante, a metodologia da capacitação vem passando por modificações desde 2013, tendo por referências as avaliações dos alunos e em reuniões, a posteriori das capacitações, com a referência técnica em tabagismo da SEMUS e os facilitadores das capacitações e mais recentemente com os profissionais representantes das capacitações na condição de aluno, chegando a sua versão mais atual em 2018.

A ETSUS-Vitória, partindo desse pressuposto, em parceria com a referência técnica em Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde e de acordo com a legislação pertinente e as diretrizes do Ministério da Saúde, vem ofertando, desde 2012, a capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante aos profissionais da saúde, desenvolvendo competências para lidar com os indivíduos nos grupos de apoio no tratamento da dependência, por meio de sessões individuais ou em grupo de apoio, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais, e apoio medicamentoso visando estimular a cessação do tabagismo (MIGUEL, 2017).

Em 2014, foram realizadas as mudanças mais significativas para a qualificação do projeto e, conseqüentemente, da capacitação, com a inclusão da apresentação do Sistema Rede Bem Estar – RBE, implantado pela PMV, e demonstração da inserção dos dados relativos ao tabagismo, compartilhados nos vários serviços da rede municipal de saúde, e acesso de acordo com a necessidade do profissional, além da inclusão da temática dos fitoterápicos no tratamento do tabagismo. A metodologia também passou por ajustes, e as tarefas não presenciais que, na parte da abordagem básica, eram de 15 horas e, na parte de abordagem intensiva, de 20 horas, tinham de quatro a seis tarefas, além da elaboração do projeto de intervenção. Com as adequações necessárias, as tarefas passaram para três, além do projeto de intervenção.

Mas o maior ganho foi com a reestruturação do quadro docente, antes flutuante e volumoso, fragmentando o conteúdo e tornando-o frágil para o entendimento por parte dos alunos/trabalhadores. Por meio de reuniões e planejamentos em conjunto, o número de docentes passou de 11 para 6. As visitas às sessões nas UBS e o contato com profissionais de saúde do grupo de apoio ao tabagista também são um diferencial para articular a teoria à prática.

O material didático é baseado nas diretrizes clínicas, disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 761, de 21 de junho de 2018, validando as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina (PCDT), referendadas no Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante publicado pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer (INCA), com base em estudos de meta-análise da literatura mundial sobre a cessação do tabagismo.

O PCDT preconiza a abordagem cognitivo-comportamental nas modalidades breve, básica e intensiva, diferenciando-as entre si pelo tempo de abordagem. A intensiva é realizada apenas pelos profissionais de nível superior. Resultados de pesquisas científicas demonstram que, quanto mais intensiva a abordagem, maior a eficácia do resultado, sendo recomendado o mínimo de quatro sessões de 90 minutos de duração. Além disso, a abordagem em grupo permite que um número maior de indivíduos seja envolvido, troque experiências e crie um vínculo com o profissional; em termos de saúde pública, é um tratamento com maior custo efetivo em relação ao da abordagem individual.

O monitoramento sistemático da implantação e implementação do programa no serviço é de suma importância para que todo o investimento nas capacitações em abordagem básica e em especial em abordagem intensiva esteja sendo aplicado corretamente, de modo a surtir os

efeitos e resultados esperados: ambientes livres do tabaco e mais qualidade de vida para o ex-fumante (MIGUEL, 2017).

Em 2017, o município alcançou a cobertura de implantação da abordagem intensiva de tabagistas em 100% das unidades de saúde do município de Vitória. O curso de Abordagem Intensiva do Fumante apresenta-se em sua versão mais atual (2018) com uma carga horária de 80 horas distribuídas da seguinte forma: 44 horas de atividades presenciais e 36 horas de atividades não presenciais realizadas no serviço de saúde de referência do participante. As 80 horas são distribuídas em duas etapas: 40 horas para a Abordagem Básica ao Fumante e 40 horas para a Abordagem Intensiva ao Fumante. Os alunos/trabalhadores analisam criticamente o projeto de controle do tabagismo da UBS e propõem atualizações ou intervenções, além de elaboração de relatórios e visitas a campo, entrevistando os atores envolvidos na coordenação das sessões de apoio ao tabagista e participação das sessões na condição de ouvinte. A formação é conduzida por profissionais da saúde, de diversificadas formações acadêmicas, com experiência na temática e condução de grupos de apoio ao tabagista.

A organização curricular está assim desenhada no projeto (QUADRO 2), abarcando aspectos históricos, conceituais, preventivos e farmacológicos sobre o tabagismo, bem como o conteúdo relacionado às sessões cognitivo-comportamentais e ao papel do profissional de saúde no programa:

Quadro 2 – Organização curricular – versão 2018

COMPONENTE CURRICULAR	Carga Horária Presencial	Carga Horária Não Presencial
<p><b>Tabagismo como problema de saúde pública</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito de tabagismo</li> <li>- Epidemiologia do uso do tabaco</li> <li>- Doenças associadas ao tabaco</li> <li>- Poluição Tabagística Ambiental (PTA) e Tabagismo Passivo</li> </ul> <p><b>Política Nacional de Controle do Tabagismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Convenção Quadro para Controle do Tabaco</li> <li>- Legislação acerca do Controle do Tabaco</li> <li>- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017</li> <li>- Redes do Sistema Único de Saúde</li> <li>- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</li> <li>- Diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do SUS - Demanda de tratamento de tabagismo</li> </ul> <p><b>Abordagem básica ao fumante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexões iniciais sobre a implementação da abordagem básica ao fumante na rede municipal de saúde</li> <li>- Análise do relatório da abordagem básica da UBS</li> </ul>	4h	4h

<p><b>Entendendo o tabagismo como dependência</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito</li> <li>- Epidemiologia do tabaco</li> <li>- Componentes da dependência à nicotina</li> <li>- Ambivalência do fumante</li> </ul> <p><b>Fatores dificultadores na cessação do fumar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome da abstinência</li> <li>- Comorbidade psiquiátrica</li> <li>- Ganho de peso</li> </ul> <p><b>Abordagem básica do fumante – Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar (PAAPA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre a implementação da abordagem básica ao fumante nos territórios de saúde</li> <li>- Situações comuns na rede básica envolvendo o consumo de tabaco</li> <li>- Metodologia PAAPA (Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar)</li> <li>- Método de Parada</li> <li>- Prevenção de Recaída</li> <li>- Definição de uma situação-problema relacionada à abordagem ao fumante</li> </ul>	4h	8h
<p><b>Implantação do Programa Ambiente Livre do Tabaco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito;</li> <li>- Objetivos;</li> <li>- Desenvolvimento do Programa.</li> </ul> <p><b>Programa Saúde do Escolar (PSE) e o Saber Saúde (SS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito</li> <li>- Objetivos</li> <li>- Proposta Metodológica</li> <li>- Vulnerabilidade do adolescente à indústria do tabaco</li> </ul> <p><b>Higienização e cuidado com os equipamentos;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manuseio da Boneca Altina e do Micromedidor de Monóxido de Carbono</li> <li>- Utilização dos equipamentos como estratégia da promoção à saúde.</li> </ul> <p><b>Abordagem básica ao fumante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão sobre as propostas de Abordagem Básica ao Fumante no município</li> <li>- Análise do Projeto de Implementação da Abordagem Básica ao Fumante no território de saúde</li> </ul>	4h	6h
<p><b>Registro da Abordagem Básica no Sistema de Informação da SEMUS- Rede Bem Estar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha da Abordagem Básica ao Tabagismo</li> <li>-Ficha de Acompanhamento da Abordagem Básica ao Tabagismo;</li> <li>Relatório de Coleta de informações da abordagem básica ao tabagismo</li> <li>Abordagem básica ao fumante - Intervenções possíveis nos territórios de saúde</li> </ul>	4h	2h
<p><b>Compartilhando o Relatório e o Projeto de Intervenção entre os serviços de saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação;</li> <li>- Apresentação;</li> <li>- Avaliação.</li> </ul>	4h	-

<p><b>Tratamento do Tabagismo no SUS: Consenso da abordagem ao fumante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bases teóricas para as Recomendações dos Métodos de Cessação de Fumar</li> <li>- Métodos eficazes para a cessação de fumar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordagem Cognitivo-Comportamental</li> <li>• Farmacoterapia</li> <li>• Abordagem do Tabagismo em grupos e situações especiais</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Abordagem Cognitiva-Comportamental no Tratamento do Fumante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características do trabalho em grupo</li> <li>- Grupo de Apoio Terapêutico ao Tabagista</li> <li>- Perfil do coordenador</li> <li>- Atribuições do coordenador</li> <li>- Estrutura das sessões: atenção individual, informações, revisão e tarefas.</li> </ul>	4h	4h
<p><b>Deixando de fumar sem mistério – Triagem/ Acolhimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consulta de avaliação clínica</li> <li>- Estágios de mudança de comportamento</li> <li>- Teste de Fargestron</li> </ul> <p><b>Sessão 1 – Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção individual</li> <li>- Informações: Ambivalência do fumante, dependência, prejuízos do tabagismo à saúde e métodos de parada</li> <li>- Material</li> <li>- Revisão</li> <li>-Tarefas</li> </ul> <p><b>Orientação para elaboração de Relatório</b></p>	4h	6h
<p><b>Sessão 2 – Os primeiros dias sem fumar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção individual</li> <li>- Informações: Síndrome da abstinência, dicas para resistir ao desejo de parar de fumar, técnica de relaxamento, assertividade, pensamento construtivo.</li> <li>- Material</li> <li>- Revisão</li> <li>-Tarefas</li> </ul> <p><b>Sessão 3 – Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção individual</li> <li>- Informações: Benefícios físicos, álcool, ganho de peso, apoio interpessoal</li> <li>- Material</li> <li>- Revisão</li> <li>- Tarefas</li> </ul> <p><b>Sessão 4 – Benefícios obtidos após parar de fumar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção individual</li> <li>- Informações: Benefícios obtidos após parar de fumar, prevenção da recaída</li> <li>- Material</li> </ul>	4h	6h

- Revisão -Tarefas		
<b>Deixando de fumar sem mistério – Manutenção</b> - Reaída - Retorno à saúde <b>Apresentação dos Instrumentos de Avaliação na Rede Bem Estar - RBE</b> - Ficha de avaliação clínica do fumante - Ficha de sessão intensiva (sessões 1, 2, 3, 4 e manutenção) - Relatório de Coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo - Relatório de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Registro de produção da abordagem ao fumante: - Código 03.01.01.009-9 – Consulta para Avaliação Clínica do Fumante - Código 03.01.08.001-1 - Abordagem Cognitiva Comportamental do Fumante (por atendimento/paciente) - CID F178 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - outros transtornos mentais ou comportamentais; - CID F179 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo - transtorno mental ou comportamental não especificado.	4h	-
<b>Apoio Medicamentoso</b> - Objetivos no tratamento de tabagismo - Fármacos de 1ª linha no tratamento do tabagismo - Indicações, contraindicações, apresentação, posologia, forma de utilização, efeitos colaterais <b>Fitoterápicos no tratamento de tabagismo</b> <b>A experiência de deixar de fumar: ótica do ex-fumante</b> <b>Discussão de casos clínicos</b>	4h	-
<b>Apresentação dos projetos de implantação e/ou implementação da Abordagem Intensiva ao Fumante por serviço</b> - Apresentação; - Avaliação; - Orientação.	4h	-
<b>Carga Horária total</b>	<b>44 h</b>	<b>36 h</b>

Fonte: ETSUS-Vitória

Os resultados que se almeja atingir com essa formação educativa é que os profissionais da saúde, de nível superior, sejam capacitados a elaborar ou avaliar e implementar Projetos de Controle do Tabagismo, realizando ações de controle, minimização ou cessação do uso do tabaco nos grupos de apoio, em seu território de saúde.

### 3.2.3.2. *Os atores sociais que adotam essa luta, quem são eles?*

A oferta da capacitação em abordagem intensiva ao fumante é divulgada para todos os serviços de UBS da rede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura de Vitória, por meio da Rede Bem Estar (RBE), sistema de gerenciamento e compartilhamento de informações; o profissional de nível superior deve necessariamente estar inserido em uma delas, não ser tabagista, ter interesse para trabalhar com grupos de fumantes e ter disponibilidade de tempo para a execução deste trabalho; a Unidade Básica precisa ter disponibilidade de consultório/auditório/espço para a realização de atendimento em grupo.

Os servidores da SEMUS das categorias profissionais com nível superior, autorizados pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, para a realização da abordagem intensiva do fumante são estes: assistente social, cirurgião-dentista, técnico esportivo, enfermeiro, farmacêutico, médico, psicólogo e farmacêutico. São capacitados para realizar a Abordagem Básica e a Intensiva ao Fumante, cumprindo os pré-requisitos de frequência e realização das atividades para aprovação.

A seguir, partimos para a discussão do caminho, do método utilizado para a compreensão dos dados coletados e divulgação dos resultados.

#### 4. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é um processo de investigação que se interessa em descobrir as relações existentes entre os aspectos que envolvem os fatos, fenômenos, situações ou coisas. Para Ander-Egg, é um “procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos conhecimentos” (MARCONI E LAKATOS, 2003, p. 155).

Alguns autores apontam que, para fazer ciência (seja política da comunicação, seja social), é imperativo banir a palavra subjetivo. Como nos ensina Kaplan e Goldsen (1982 [1949]), se algo é subjetivo, então não é científico (CARLOMAGNO & ROCHA, 2016, p. 183).

Ocorre que, para Minayo (2014), o caráter subjetivo na interpretação da pesquisa enriquece seus resultados, focaliza os fatos como se pudessem ser analisados em si mesmos; é reducionista, pois despreza o universo simbólico que permeia a realidade dos fatos, gerador de significados.

Além disso, colocando o método e a técnica em seus devidos lugares de importância, Minayo (2014) relativiza-os, ao inserir a ideia de “criatividade do pensador”, que é a própria subjetividade do pesquisador, a sua experiência, seu comprometimento e sua capacidade pessoal de análise e síntese teórica, ou seja, seu olhar sobre o olhar do outro (o pesquisado), seja o fato, seja o indivíduo.

Sendo assim, a subjetividade sai de um lugar coadjuvante para ser compreendida como protagonista nos processos de pesquisa, uma vez que, sendo inerente ao objeto, se torna fundamental para compreender os sentidos buscados (MINAYO, 2014; MINAYO et al., 1994).

O aspecto qualitativo prevalece nessa pesquisa, sem, no entanto, desprezar o quantitativo, quando e para o que se fizer necessário, por aplicar melhor ao estudo de situações particulares, grupos específicos.

Ambos os métodos serão sempre um recorte, uma redução, uma aproximação do real, porém, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade (MOREIRA, 2012, p. 13).

Minayo (1994, p. 22) aponta a diferença entre qualitativo e quantitativo assim

Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Ao trazer a pesquisa qualitativa para a área da saúde, a autora nos leva à reflexão da complexidade que permeia as relações objetivas e subjetivas contidas neste coletivo de profissionais

No campo da saúde se vivencia a complexidade dos objetos de estudo pois a abrangente área biomédica não pode prescindir da problemática social, uma vez que o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida (MINAYO, 2014, p. 28).

Posto isso, a autora supracitada entende que as instituições políticas e de serviços, os profissionais e usuários são atores representantes da pesquisa social em saúde, que investiga e trata dos fenômenos envolvendo o binômio saúde/doença (Minayo, 2014).

E ancorada nas observações e no entendimento da singularidade dos sujeitos, dos aspectos históricos e culturais envolvidos no contexto de vida desses indivíduos, na perspectiva da formação *omnilateral*<sup>1</sup>, na complexidade que permeia o processo saúde-doença, expressadas na dinâmica fisiológica e mental do ser humano, recorreremos a Minayo (2010, p. 29)

[...] o conceito sociológico de saúde retém ao mesmo tempo suas dimensões biológicas, estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais e simbólicos de sua realização. Em primeiro lugar, como questão humana e existencial, saúde é um bem complexo, compartilhado indistintamente por todos os segmentos e diversidades sociais. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, saúde e doença expressam, agora e sempre, no corpo ou na mente, particularidades biológicas, sociais e ambientais vividas subjetivamente, na peculiar totalidade existencial do indivíduo ou dos grupos.

Saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências (MINAYO, 2014) e também na mente da pessoa.

Entendida a potência desse campo de estudo, apresentamos, nos próximos tópicos, os caminhos metodológicos percorridos, a pesquisa bibliográfica, exploratória, as entrevistas, as experiências e observações de campo. Buscamos compreender o papel da capacitação em abordagem ao fumante no contexto dos serviços de saúde, a articulação e a interação dos aspectos conceituais e práticos interpretados no campo de trabalho pelos profissionais de saúde.

#### 4.1. DANDO CORPO AO PROJETO

Na primeira etapa, a modalidade de pesquisa bibliográfica teve por objetivo levantar dados para embasar o referencial teórico para a abordagem do tema a ser investigado. A

<sup>1</sup> A formação omnilateral tem um caráter totalizante, possibilita uma formação humana integral, preocupada com o desenvolvimento do homem enquanto ser “não-alienado e dotado de uma formação verdadeiramente humana, omnilateral” (SOUSA, 1999, p. 100).

pesquisa bibliográfica deve ser “[...] desenvolvida com base em material já elaborado, constituídos principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44).

Assim, por meio da revisão bibliográfica, tivemos acesso aos documentos oficiais e à literatura disponível por meio físico ou eletrônico sobre tabagismo, e ainda às políticas para controle do tabaco, ao Programa Nacional de Controle da Política de Atenção ao Tabagista no cenário mundial e às ações do município de Vitória no sentido da promoção da saúde, ao histórico do tabagismo, suas influências sociais, econômicas e sua relação com variadas enfermidades, a fim de nortear a construção da pesquisa.

A busca por referenciais teóricos e dados estatísticos para a estruturação da pesquisa passou pelo contato com a referência técnica em tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS.

Tais ações possibilitaram-nos avançar para a busca da revisão da seguinte forma:

- elaboração dos critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos;
- consulta das palavras-chave nos descritores sobre tabagismo e doenças crônicas em sites confiáveis: SciELO, BVS, BIREME, CAPES, Google Acadêmico, ARCA, biblioteca virtual da USP e outras universidades, sites do Ministério da Saúde ou ligados a ele, BDTD, LILACS, revistas eletrônicas, entre outros de caráter científico;
- seleção e leitura dos artigos científicos;
- análise e síntese dos resultados;
- livros, dissertações e teses.

Com base no referencial teórico levantado, partiu-se para a elaboração do formulário de entrevista.

## 4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento às legislações sobre pesquisas com seres humanos, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, e da Resolução CNS 466/2012, respaldando-nos por utilizarmos a entrevista como instrumento de pesquisa, o projeto foi submetido à avaliação e parecer do Comitê de Ética e Pesquisa EPSJV/Fiocruz e da área de pesquisa da ETSUS-Vitória.

Após aprovação de ambas, iniciou-se a coleta de dados com o formulário de entrevistas, agendadas em locais, dias e horários que fossem possíveis para os entrevistados. Todos os entrevistados foram devidamente informados sobre a entrevista e concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I).

### 4.3 ESPECIFICAÇÃO DO UNIVERSO OU POPULAÇÃO

O universo da pesquisa é “um conjunto de elementos (empresas, produtos, pessoas, por exemplo) que possuem as características que serão objetos de estudo” (VERGARA, 2000, p. 48).

Nesta pesquisa, o objeto de estudo é a percepção dos profissionais certificados na Capacitação em Abordagem ao Fumante pela ETSUS-Vitória, no período de 2012 a 2018. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário de entrevista semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Foram alvo da pesquisa dois profissionais das oito Unidades Básicas de Saúde selecionadas, totalizando 14 profissionais. Em duas das oito UBS, foram realizadas entrevistas com um profissional, pois, em uma circunstância, só havia aquele profissional capacitado na equipe, devido ao número reduzido de profissionais no serviço/equipe; e, em outra situação, em decorrência do rompimento, em novembro de 2018, do acordo de cooperação técnica entre Cuba e o Brasil, mediado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no âmbito do Programa Mais Médicos.

A pesquisa com os profissionais envolvidos no programa relacionado ao tabagismo é facilitada pelo fato de estarem inseridos em comunidades delimitadas e pertencerem ao quadro de efetivo alguns profissionais de carreira com experiências na Atenção Básica, Promoção da Saúde e no trabalho com doenças crônicas não transmissíveis.

A referência técnica em Tabagismo da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, representada por técnicos envolvidos na construção das capacitações com a equipe técnico-pedagógica da ETSUS-Vitória e no monitoramento das ações das equipes que formam os grupos de apoio ao tabagista nas UBS do município, vem contribuir sobremaneira nas ações, bem como na formação dos profissionais de saúde, que envolvem esta temática. A contribuição dessa representatividade foi por meio de escuta e coleta de informações que agregaram ao resultado deste trabalho.

Nesse sentido, os dados quantitativos levantados por esses profissionais denominados referência técnica foram utilizados e trabalhados pela pesquisadora.

Ressaltamos que o foco da pesquisa são os profissionais da saúde capacitados pela ETSUS-Vitória para a abordagem intensiva ao fumante individualmente ou em grupos de apoio na atenção básica da rede de saúde do município de Vitória. Sendo assim, a pesquisa não está convergindo para a percepção do usuário, apesar de, na pesquisa de campo, termos percebido a importância de ouvi-los como estratégia para o entendimento das aproximações com os usuários, criação de vínculos e necessidades dos usuários tabagistas.

#### 4.4 AS ENTREVISTAS

Como técnica, a entrevista na pesquisa qualitativa é um encontro autêntico entre o sujeito pesquisador e o sujeito pesquisado (SOUZA; MATOS, 2004), no qual o primeiro visa apreender a realidade do segundo, o que ele pensa, sabe, representa e argumenta, ao falar de si, do seu mundo, de suas percepções e vivências (FRANÇA, 2013, p. 100).

O termo *entrevista* semanticamente é construído por duas palavras, *entre e vista*. *Vista* refere-se ao ato de ver, ter preocupação com algo; *entre* indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista refere-se ao *ato de perceber realizado* entre duas pessoas (RICHARDSON, 1999, p. 207).

Minayo (2014) aponta que os instrumentos de pesquisa visam “fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica” (p. 189).

Por meio da entrevista como procedimento mais usual no trabalho de campo, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa desprentensiva e neutra; antes, é uma conversa a dois com propósitos bem definidos (MINAYO, 2001).

Como instrumento de coleta de dados; elaborou-se um formulário de entrevista semiestruturado (APÊNDICE II) com perguntas abertas e fechadas, com base nos pressupostos teóricos apresentados, sendo aplicado a profissionais de oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) e abrangendo seis regiões de saúde que compõem a organização territorial do município de Vitória, conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 – Regiões e Unidades de Saúde participantes da pesquisa

<b>Regiões de Saúde do município de Vitória</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>	<b>Nº de profissionais entrevistados</b>
Região 1 – Santo Antônio	Santo Antônio	2
	Alagoano/Favalessa	2
Região 2 – Maruípe	Santa Martha	1
Região 3 – São Pedro	Nova Palestina	2
Região 4 – Forte São João	Ilha de Santa Maria	2
	Santa Luiza	1
Região 5 – Continental	Jardim Camburi	2
Região 5 – Centro	Vitória	2
Total		14

Fonte: Denise Vallory, 2019

A técnica da entrevista semiestruturada permite um resultado mais fidedigno, ao contrário da resposta espontânea, que por vezes resulta “num acúmulo de informações difíceis de analisar que, muitas vezes, não oferecem visão clara da perspectiva do entrevistado” (ROESCH, 1999, P.159).

Para estruturar o formulário de entrevista e no sentido de atingir os objetivos propostos para a pesquisa, foi elaborado um quadro uso/propósito (ver QUADRO 3) dividido em três segmentos: I- identificação; II- importância da Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante para a prática; III- Implementação da Abordagem Intensiva ao Fumante no serviço: desafios e dificuldades. O quadro funcionou como um roteiro prévio à elaboração do formulário de entrevista.

O objetivo foi captar os aspectos descritivos e analíticos, a fim de verificar a pertinência, ou não, entre a teoria e a prática dos sujeitos.

Quadro 3 – Quadro uso/propósito das categorias do formulário de entrevista

I - Identificação	
Pergunta descrição	Usos/propósitos
Sexo	Verificar o percentual de homens e mulheres envolvidos na condução da abordagem intensiva ao fumante.
Idade	Verificar a faixa etária média dos profissionais entrevistados.
Profissão	Verificar o maior percentual de profissão (formação acadêmica) envolvido na condução da abordagem intensiva ao fumante (respeitando o critério categoria profissional para a participação na capacitação exposto no projeto do curso).
Vínculo	Identificar qual (ais) o(os) vínculo(s) representante(s).
Tempo de serviço na UBS	Identificar se o tempo de serviço interfere na efetividade da implementação da abordagem intensiva ao fumante.
Tempo de atuação na abordagem intensiva ao fumante	Identificar se o tempo de serviço interfere na efetividade da implementação da abordagem intensiva ao fumante.
Atribuição na abordagem intensiva ao fumante	Identificar as similaridades ou não nas atribuições das UBS selecionadas e se esse aspecto interfere na efetividade da implementação da abordagem intensiva ao fumante.
Participação na condução da abordagem intensiva ao fumante em outro serviço antes deste	Verificar o tempo de experiência na abordagem intensiva ao fumante por parte dos entrevistados e se isso interfere no resultado da análise.
II – Importância da Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante para a sua prática	
Ano da participação na capacitação em abordagem intensiva ao fumante, Realizada pela ETSUS-Vitória	Comparar a relação dos resultados no serviço com o ano da participação na capacitação (houve modificações na metodologia entre 2012-2016) e ainda com a data da implementação no serviço.

Motivação para a procura da capacitação	Verificar se houve adesão espontânea ou não.
Relação da contribuição da capacitação com o fator implementação da abordagem intensiva no seu serviço	Observar como o profissional avalia a contribuição da capacitação após o retorno ao serviço para a execução da implementação da abordagem intensiva.
Dificuldade decorrente da falta de informação na capacitação, identificar quais	Levantar possíveis aspectos da capacitação dificultadores para o êxito na implementação da abordagem intensiva no serviço.
Assuntos mais importantes da capacitação para a implementação da ação no serviço	Levantar os temas/assuntos mais relevantes da capacitação relacionados à prática da implementação.
Identificação de tema (s) não abordado (s) na capacitação	Avaliar tema (s) que necessita (m) ser (em) abordado(s) na capacitação.
Avaliação quanto à colaboração efetiva na implementação, se não houvesse participado da capacitação	Identificar a relevância/importância da capacitação como critério para a efetiva participação do profissional na implementação da abordagem intensiva no serviço.
<b>III- Implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço: desafios e dificuldades</b>	
Data de início da implementação da abordagem intensiva no serviço	Relacionar com a data da participação na capacitação da abordagem intensiva no serviço.
Nº de profissionais da equipe e formação acadêmica	Identificar número e categoria profissional que compõem a equipe (equipe multiprofissional é relevante para a efetividade da implementação).
Profissionais externos à equipe que contribuem para informações sobre os usuários tabagistas dos grupos de apoio (agente de combate à endemia, agente comunitário de saúde, recepcionista)	Identificar a relevância de profissionais externos à equipe que podem ser “pessoa chave”, para contribuir no sucesso do tratamento devido ao vínculo com a comunidade, o que pode ser um diferencial para a efetividade dos grupos.
A UBS faz a abordagem básica ao fumante com orientação, para que o usuário participe dos grupos de apoio ao tabagista	Verificar se há a abordagem básica na UBS e se há vínculo entre as ações das duas (básica e intensiva), o que pode ser um diferencial para a efetividade dos grupos.
A equipe da abordagem intensiva (grupos apoio ao tabagista) faz busca ativa ao participante tabagista que falta às sessões	Apontar ação importante no processo, que pode ser um diferencial para a efetividade dos grupos e êxito no tratamento do tabagista.
Elementos dificultadores no processo de implementação no serviço	Levantar os principais aspectos dificultadores ou os que mais comparecem.
Principais resultados de sua participação na implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço	Verificar resultados do envolvimento do profissional.
Impacto da capacitação abordagem intensiva implementação do programa no serviço de saúde	Verificar o relato dos profissionais quanto ao impacto da capacitação para a sua atuação na abordagem intensiva no serviço.

Na entrevista individual, foram alvo profissional médico ou enfermeiro (habilitados para a prescrição total/parcial de medicamentos) e um profissional que estará à frente do grupo de apoio (podendo ser um profissional intitulado coordenador ou o profissional que faz esse papel no grupo).

As entrevistas foram planejadas e estruturadas, de modo que o entrevistador interferisse o mínimo possível nas respostas dos entrevistados, sob o risco de parcialidade. No entanto, durante as entrevistas, a pesquisadora precisou instigar o entrevistado, principalmente nas questões abertas em que a capacidade de reflexão, análise e síntese são postas à prova, para atingir o sentido da pergunta, sendo relativamente previsível pela característica pessoal mais ou menos extrovertida de cada sujeito.

Houve agendamento prévio de acordo com a disponibilidade dos entrevistados nos respectivos locais de trabalho, com duração média de 45 minutos. Os participantes da pesquisa foram todos informados sobre os objetivos da pesquisa, a garantia da confidencialidade de sua identidade e das informações prestadas refletidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE I), assinado por todo entrevistado antes da entrevista. As falas consideradas relevantes que extrapolaram o espaço de resposta foram devidamente registradas. Para dar segmento, cabe ao pesquisador distanciar-se do papel de entrevistador e colocar-se no de interpretador de dados, relacionando as informações do material coletado, de forma a perceber o que foi falado e o que está para além da fala concreta que se expressa em formas menos objetivas.

Dois situações que contribuíram para a ponte entre o raciocínio do referencial teórico e as respostas coletadas nas entrevistas ocorreram em dezembro de 2018, quando houve uma visita à UBS da Grande Vitória, localizada da Região de Saúde 3 – São Pedro, que não constava na relação de unidades de saúde selecionadas para entrevista. Lá pudemos observar a metodologia diferenciada de trabalho com grupos somente de tabagistas e grupo de tabagistas com outras dependências associadas ao tabaco (transtorno mental, usuários de álcool e outras drogas). Em fevereiro de 2019, a fim de realizar uma aproximação com a realidade dos grupos de apoio, houve uma participação da pesquisadora na segunda sessão de um GATT em uma das unidades de saúde selecionadas, na Região de Saúde 5 – Continental.

Alguns resultados provenientes das observações são apresentados durante a análise de dados. Para a identificação dos usuários do grupo de apoio da Região Continental, a fim de preservar as suas identidades, as falas foram indicadas pela letra P – participante e um número, obedecendo à sequência numérica cardinal.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para realizar a análise dos dados coletados, utilizou-se como base metodológica a análise de conteúdo, categorizando as informações, aproximando os resultados e mensagens de forma a permitir respostas teórico-metodológicas e utilizando como referência o quadro de uso/propósitos e o referencial teórico.

A categoria de análise foi definida por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1995, p. 105).

Minayo (2010) propõe a utilização de categorias classificatórias que contemplem as diversidades e diferenças presentes no contexto de vida e trabalho, em espaços e tempos sociodemográficos, tendo como espelho um quadro de usos e propósitos.

Minayo (2014) ainda propõe três fases para a análise do material obtido: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento e a interpretação dos resultados coletados.

No intuito de ser o mais fiel aos procedimentos e propósitos delineados para atender a esta estratégia metodológica, recorreu-se às fases propostas por Minayo como ponto de partida, primeiramente tentando compreender as informações, traduzidas em sentidos trazidos pelos sujeitos-alvo das entrevistas. Num segundo momento, partiu-se para o contato com o material, destacando o conteúdo mais relevante que compareceu nas entrevistas.

As análises temáticas permitem com o cruzamento do material coletado nas entrevistas e as referências teóricas um “diálogo artificial”, “aproximando respostas semelhantes, complementares ou divergentes de modo a identificar recorrências, concordâncias, contradições, divergências, etc.” (DUARTE, 2004, p. 222).

Após as aproximações exaustivas com o material coletado, foi possível partir para o tratamento e sistematização, identificando e cruzando resposta e analisando as informações fornecidas, a fim de avançar para o tratamento e interpretação dos resultados, o que subsidiou em resultado três categorias de análise e suas subcategorias (QUADRO 4), para proceder às discussões posteriormente. Desse modo, foi possível iniciar o processo de interpretações e relações com o referencial teórico discutido ao longo deste trabalho.

Quadro 4 – Categorias de análise

Categoria	Subcategoria
 Vínculos: entre laços e nós	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Do indivíduo com o cigarro, considerando o seu papel simbólico e emocional;</li> <li>• Do profissional na perspectiva de sua relação com os usuários tabagistas em suas singularidades.</li> </ul>
 O olhar do aluno e profissional da saúde sobre a Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A capacitação em abordagem ao fumante na perspectiva do profissional de saúde - Resultados da modalidade intensiva;</li> <li>• Abordagem básica: “a primeira impressão é a que fica”.</li> </ul>
 Grupo de apoio terapêutico ao tabagista (GATT): problematizando a realidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O grupo como estratégia para o cuidado.</li> </ul>

Fonte: Denise Vallory, 2019

Duarte (2004) denomina toda essa manufatura complexa mosaico e atribui ao pesquisador a tarefa de dar sentido a esse mosaico, tendo por referência seus pressupostos teóricos e o objetivo. Alerta que nem tudo o que o informante diz deve ser tomado como “verdade”; trata-se de um ponto de vista particular à verdade dele, que precisa ser confrontado com outros olhares e com a prática observada no campo pelo pesquisador.

O produto final, resultados e discussões, reúne o material coletado em relação à percepção dos profissionais primando pela técnica, sem desprezar o caráter subjetivo que envolve a singularidade e o contexto em que o sujeito está inserido, refletido em sua visão da realidade.

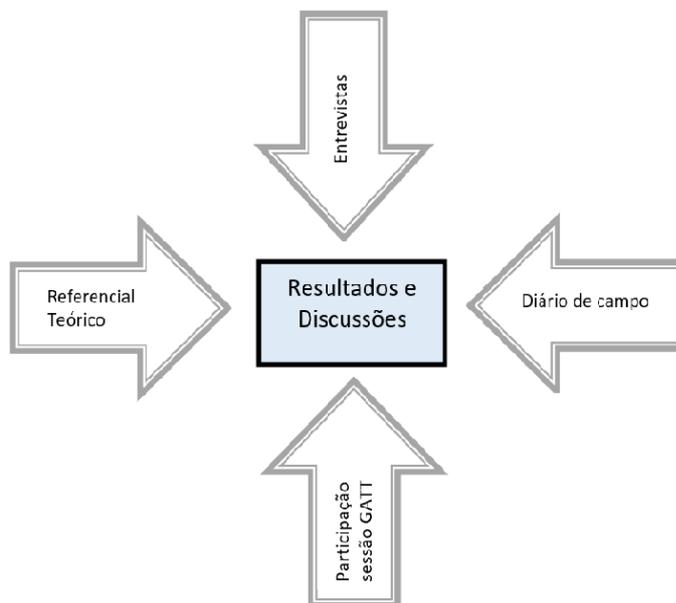
Para a inserção e tratamento dos dados, foi utilizado o aplicativo Microsoft Power BI, versão 2.68, 2019.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a análise das questões apresentadas, das experiencições e dos discursos ao longo da pesquisa, chegamos a três principais categorias de análise, seguindo o método adotado para este trabalho: 1) Vínculos: entre laços e nós; 2) O olhar do aluno e profissional da saúde sobre a capacitação; 3) Grupo de apoio terapêutico ao tabagista (GATT): problematizando a realidade (QUADRO 4). É importante contextualizar que o cenário nacional do país à época da coleta do material (2018), decorrente das deliberações em relação à saúde (diluição do acordo Mais Médicos entre o Brasil e Cuba), afetou sobremaneira o número de profissionais e o fluxo de trabalho das UBS, impactando as entrevistas.

Dito isso, em seguida serão contextualizadas as descobertas e as impressões dos entrevistados acerca das abordagens. As discussões foram respaldadas pelo formulário de entrevista, que trata do material específico utilizado para esta pesquisa, sem, no entanto, desprezar o material coletado de outras formas e fontes, já relatadas, e explicitado no esquema da figura 8.

Figura 8- Esquema ilustrativo das fontes de pesquisa e informação



Fonte: Denise Vallory

Com base no referencial de análise de conteúdo, foram extraídas as informações mais relevantes e contextualizadas com a temática desta pesquisa. Por uma questão didática, a apresentação dos resultados se dará primeiramente pelo item I – Identificação, e, mais à

frente, as discussões estruturantes, utilizando como representação a média simples e o quantitativo em número cardinal.

No universo das 14 entrevistas, o gênero feminino foi predominante 11 (78,57%) sobre o do masculino de 3 (21,43%). A média de idade dos entrevistados ficou em 39,86 anos e, entre as categorias profissionais, a situação em número relativo ficou assim: assistente social (1), educador físico (1), psicólogo (1), farmacêutico (3), médico (2), enfermeiro (6).

A média do quantitativo de profissionais por equipe ficou em 4,13, a média de tempo de serviço do profissional na UBS foi 7,79 anos e a média de tempo como membro na equipe do GATT foi 2,42 anos.

Dos 14 entrevistados, 10 possuem pós-graduação *lato sensu*, dos quais 7 têm especialização; e, na modalidade *stricto sensu*, 2 têm mestrado e 1 doutorado; 4 possuem somente graduação.

A fim de preservar as identidades dos sujeitos, foi estabelecido um código como recurso de identificação do sujeito entrevistado, baseado em letra, mesma letra para o profissional da mesma UBS, e número 1 e 2, para diferenciá-los; ou no caso de a UBS só tiver um profissional para a entrevista na equipe, letra e o número 1.

- A1 – Enfermeiro, A2 – farmacêutico;
- B1 – Médico, B2 – enfermeiro;
- C1 – Educador físico, C2 – enfermeiro;
- D1 – Médico, D2 – enfermeiro;
- E1 – Farmacêutico, E2 – enfermeiro;
- F1 – Psicólogo, F2 – enfermeiro;
- G1 – Farmacêutico;
- H1 – Assistente social.

Para a identificação dos usuários, a fim de preservar as suas identidades, as falas serão identificadas pela letra P – participante e um número, obedecendo à sequência numérica cardinal.

## 5.1. TECENDO CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS NUMA REDE DE VÍNCULOS

Este subtítulo remete-nos ao sentido semântico da própria palavra: entrelaçar, compor. Foi isso que tentamos fazer, ao estudarmos as respostas dos entrevistados com as impressões

subjetivas nas interações com profissionais da saúde e usuários, em contextos de reflexões e aprendizagens.

O intuito é propiciar ao leitor não respostas prontas, mas os caminhos que percorremos, ao investigarmos sobre a temática deste trabalho, relacionando fatos, experiências, respostas às entrevistas e a própria visão do pesquisador. Acreditamos que não há como descartar a subjetividade nas relações e contextos, visto que é inerente ao ser humano.

#### 5.1.1. Vínculos: entre laços e nós

O dicionário Aurélio define vínculo como “tudo que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação”. Em um dicionário *online*, “o que estabelece um relacionamento lógico ou de dependência”.

No âmbito da saúde na PNAB, vínculo

Consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (BRASIL, 2012, p. 21).

Além disso, o vínculo aparece, nos documentos norteadores da Estratégia Saúde da Família, como fundamental no estreitamento das relações para o processo de cuidado.

Lima, Moreira e Jorge (2013, p. 515) assim definem vínculo

um instrumento relacional que permite a circulação de afetos entre pessoas, além de se constituir em ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas de cuidado, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas cinco diretrizes o acolhimento e o vínculo na tarefa produzir saúde e bem-estar entre profissionais, usuários e gestores (SANTOS-FILHO, 2007).

Merhy (2005) adota uma terminologia que associa as relações de produção de vínculo, acolhimento, às “tecnologias leves”, que seriam os saberes já estruturados, e às “tecnologias duras”, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais. A tecnologia é instrumental, não nos fornece uma finalidade, a não ser com a nossa intervenção sobre ela.

Silva; Alvim e Figueiredo (2008, p. 292) corroboram a ideia de que a tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao “saber fazer” e a um “ir fazendo”. “No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados”.

O indivíduo necessita de alimentar relações que envolvem acolhimento e vínculos, por isso os profissionais da saúde precisam estar atentos à promoção das “tecnologias leves”, em busca da produção de bens e produtos não materiais, mas palpáveis, com valor simbólico, afetivo e significativo para quem os recebe, capaz de promover o cuidado, a autonomia do sujeito, transformações, melhorando a qualidade de vida do em todos os seus aspectos e respeitando a singularidade das situações e dos sujeitos nelas implicados.

Um estudo de Brunello et al. (2010) apresenta dados interessantes em relação ao resultado da pesquisa sobre o uso da palavra vínculo em artigos e trabalhos na área da saúde. O tema é inserido essencialmente no nível primário de atenção em 76% dos trabalhos, seguidos de 20% no nível secundário, principalmente relacionados à assistência aos pacientes de ambulatório de saúde mental e suas famílias.

Isso nos mostra que a atenção básica é uma referência na relação dos profissionais com os usuários, por estar mais próxima da comunidade, em detrimento do nível terciário, até pela peculiaridade dos tratamentos hospitalares.

Entretanto, vínculo não está restrito à relação profissional/usuário. O tabagista apresenta uma relação de vínculo com o cigarro (ou o que ele representa) que ultrapassa as questões meramente do ato de fumar. Quais são os gatilhos que levam o tabagista a fumar? Qual a importância que o cigarro exerce na vida do fumante? Substitui algum fator emocional? Quais as representações que são criadas na dependência do cigarro? Quais os fatores concorrentes do cigarro que expõem o indivíduo a outras doenças?

Essas e outras questões serão tratadas a seguir, na tentativa não de fornecer respostas, uma vez que a subjetividade do sujeito é aqui considerada, mas no intuito de promover uma reflexão saudável sobre o que leva uma pessoa a depender da nicotina, as relações que essa pessoa estabelece na vida usando o cigarro como substituto das ausências vivenciadas nessas relações. E, por fim, os usuários vão à procura de soluções, ou apenas de uma escuta nas redes de atendimento dos serviços de saúde.

#### *5.1.1.1. Do indivíduo com o cigarro, considerando o seu papel simbólico e emocional*

Em relação às expectativas psicológicas e comportamentais relacionadas ao consumo do tabaco, numerosos trabalhos têm sido publicados nas duas últimas décadas que revelam a associação entre tabagismo e ansiedade/transtornos de ansiedade (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2003).

Um estudo muito relevante de Lopes et al. (2014) sobre o hábito de fumar no universo dos estudantes universitários concluiu que, entre estes, 95% manifestavam vontade de fumar

em situações de estresse e 87% responderam que o cigarro os acalmava nessas situações, tendo assim o cigarro um papel estratégico no enfrentamento de situações estressoras por parte dos entrevistados. Desse modo, existem, entre os universitários, “[...] expectativas de que o cigarro poderá acalmar, aliviar o estresse e combater o afeto negativo” (CRONK & PIASECKI, 2010 apud LOPES et al., 2014, p.448).

Sintomas de ansiedade também podem estar relacionados ao comportamento de consumo de cigarros. “[...] estudo revelou que fumantes têm expectativa de que fumar poderá reduzir níveis de preocupação excessiva e a crença de que o cigarro alivia a tensão” (MIKLUS, MCLESH, SCHIMIDT, & ZVOLENSKY, 2012 apud LOPES et al., 2014, p.448).

Esse estudo vem corroborar as informações da OMS e da VIGITEL, citadas no referencial teórico desta pesquisa, afirmando que o apelo aos primeiros contatos e posteriormente o desenvolvimento do hábito de fumar são mais prováveis na infância e adolescência, devido à vulnerabilidade psicológica e social em que essa faixa etária se encontra. O vínculo criado do indivíduo com o cigarro ultrapassa meramente o ato de pôr um cigarro na boca e tragar, pois o lugar que o cigarro ocupa é de um amigo, um afeto, um alento para a dor e o vazio existencial.

Conforme preconizado pelo INCA, a formação de hábito envolve estímulos ambientais, presentes no momento do consumo do cigarro; portanto, associada à dependência psicológica e caracterizada pelo sentido ou função atribuída ao cigarro pelos fumantes (INCA 2004).

A dependência psicológica do cigarro, além de ser atribuída ao relaxamento, fonte de alívio, forma de lidar com a solidão, é explicada pelos fumantes por atribuir ao cigarro o papel de um amigo, uma companhia (INCA, 2004).

Diante desses testemunhos que nos remetem a nossa condição de ser humano, pontuamos que a dependência tem mais a ver com privação do que com o vício. A dependência psicológica é que leva à dependência física. Ilustra bem essa situação um experimento coordenado pelo psicólogo Alexander K. Bruce no campo das drogas, na Universidade de Simon Fraser, em Vancouver, Canadá, nos anos 1970, conhecido na academia por parque dos ratos ou Rat Park.

Ratos são confinados com morfina à disposição, em seguida o cientista pensou em criar um parque temático para os ratos, ampliando o espaço e as ofertas. Os ratinhos, antes confinados e dependentes da morfina, com o tempo passaram a desfrutar os prazeres que o parque oferecia, levando o cientista a concluir que o problema não era a droga, e sim a gaiola. De modo geral, então, os ratos do Rat Park evitavam a morfina.

Em um artigo publicado em 2001, Alexander (2001) relaciona a dependência química nos seres humanos à precariedade de nossas relações no paradigma do livre mercado. Usando o conceito de “integração social” de Erik Erikson, que seria, a grosso modo, a forma como nós seres humanos nos desenvolvemos satisfatoriamente quando sintonizamos desenvolvimento pessoal e social, Alexander (2001) articula a ideia de “dislocation” para falar de como estamos frágeis e sem possibilidades dessa dupla interação entre individual e social. Para o autor, essa falta de conexão é a própria matéria de onde emerge a dependência química. Integração social seria o ímpeto de florescermos como indivíduos e grupos, ou seja, mantendo nosso pulso primordial como seres humanos de criar associações e são estas que fazem a vida suportável. (PINTO, 2017, p. 130).

Destaca-se, nessa categoria, o fato de como o ser humano tem uma necessidade profunda de estabelecer laços e conexões e a necessidade de os profissionais da saúde pensarem quais estratégias são necessárias para auxiliar o indivíduo em lidar com as situações que envolvem seus conflitos, suas dependências, sua necessidade de prazer, de liberdade e simultaneamente de criar vínculos, uma vez que cada indivíduo é único, singular, com propósitos, sonhos, conflitos particulares; portanto, os serviços devem preocupar-se em desenvolver estratégias diferenciadas que respondam a essas demandas.

#### *5.1.1.2. Do profissional na perspectiva de sua relação com os usuários tabagistas em suas singularidades*

O Ministério da Saúde atesta que a relação entre os profissionais e as pessoas que usam os serviços de saúde é um tema importante no âmbito do SUS e adquire uma linguagem especial na atenção básica pelo uso da palavra vínculo, que é uma construção que demanda tempo e, quando instalado entre as partes, carrega em si o potencial terapêutico (BRASIL, 2017c).

Carrega em si o diálogo, a vontade de saber do outro, trazendo segurança e acolhimento para o indivíduo, que por ora se encontra na condição de paciente. Neste momento, a procura é por um profissional que o auxilie no seu sofrimento, na tentativa de que atue na resolução de seus problemas.

No entanto, o vínculo formado entre eles deve proporcionar o incentivo ao autocuidado, na perspectiva da autonomia e da busca da terapêutica para a qualidade de vida.

O estudo de Lopes et al. (2014) sobre a utilidade social do cigarro, principalmente no contexto dos universitários, demonstrou que ele tem um papel relevante na vida desses sujeitos, em particular na diminuição do estresse, na manutenção do foco e da concentração nos estudos e, como recompensa, após o término das provas e também na socialização. Nas mulheres, o cigarro reduziria os efeitos emocionais produzidos pelos afetos negativos.

Durante as entrevistas aos profissionais da saúde, surgiu a questão da necessidade de trabalhar pacientes com ansiedades muito elevadas para participarem em separado de grupos de apoio, pois esse transtorno, em alto grau, interfere na condução do grupo visando à efetividade dos diálogos e da exposição das questões dos pacientes no grupo. No universo de 14 entrevistados, 5 declararam a necessidade de comparecer às capacitações técnicas e dinâmicas que instrumentalizem o profissional a trabalhar de forma diferenciada com usuários fragilizados (doentes graves), com transtornos mentais, ansiedades severas e consumo de álcool ou de drogas.

Diante desses resultados, cabe aos programas de prevenção e controle do tabagismo incluir estratégias de tratamento de forma diferenciada para transtornos de ansiedade, entendendo que, conseqüentemente, há de se considerar essa demanda apresentada para ajuste na capacitação em abordagem ao fumante ofertada pela ETSUS-Vitória, aprimorando e ampliando essa temática.

Na presença de estímulos ambientais, como festas, *shows*, o ato de fumar é reforçado ou iniciado principalmente pelos mais jovens e, quando associado à bebida, traz o vínculo com a sensação do aumento do prazer (reforço positivo) (LOPES et al., 2014)

Para o tabagista que anseia em parar de fumar, podem-lhe faltar instrumentos emocionais para lidar com contextos adversos, tornando o cigarro uma saída e fonte de relaxamento e distração e aumentando a chance de uma recaída.

Vejamos o relato de P4, mulher, jovem participante do grupo de apoio visitado em fevereiro de 2019:

Me propus na semana passada a estratégias para não fumar (não bebi, sai mais cedo de um aniversário). A mãe passou mal (stress emocional) daí fumei um maço e não coloquei o adesivo neste dia. Depois parei de fumar, senti letargia, enjoo. Na academia melhorou a respiração e disposição, o sabor da comida (P4, mulher).

O que corrobora a proposição de que a faixa etária mais vulnerável à adesão às representações socialmente construídas é a infância e adolescência.

As estratégias de tratamento e as políticas de enfrentamento ao uso de cigarro devem ser estruturadas tendo em vista as peculiaridades do contexto em que o indivíduo está inserido e sua singularidade.

Na pesquisa, ante a pergunta referente aos resultados obtidos pelo profissional decorrente de sua participação na abordagem intensiva, pode-se perceber, por meio de algumas falas, a presença de um vínculo, do envolvimento e comprometimento do profissional, conforme demonstrado em alguns trechos a seguir:

Apesar da baixa adesão e alta desistência é importante suscitar no paciente a vontade de parar de fumar e refletir sobre os efeitos nocivos do cigarro/nicotina impactando na sua qualidade de vida (A2).

A experiência com muitos grupos e a sensibilidade com os indivíduos na sua singularidade (C1).

Participação do médico no grupo é importante para proximidade dos pacientes e conhecê-los além do consultório. A medicação ajuda a finalizar o tratamento (D1).

Vínculo com o paciente faz com que eles tenham mais vontade e sintam motivados a participar das sessões (G1).

Isso nos faz pensar que a criação de vínculos, seja com o serviço, seja com o usuário, está intrinsicamente relacionada ao que o profissional vislumbra de si para o outro. A adesão do profissional ao programa, sua manutenção e sucesso no tratamento passa muito por aí.

## 5.2 O OLHAR DO ALUNO E PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE A CAPACITAÇÃO

Do planejamento à concretização de uma capacitação, muitos são os elementos que compõem esse percurso, um dos quais é o objetivo que move o fazer pedagógico até o resultado final, que não se restringe ao último dia do curso. Todo esse movimento se expande quando o servidor retorna ao trabalho para pôr em prática o aprendido, no sentido de agregar conhecimento à equipe, qualificando o processo de trabalho, o *modus operandi*<sup>1</sup>.

[...] após o treinamento o funcionário retorna ao seu ambiente de trabalho colocando em prática os seus novos conhecimentos, o que gera melhorias não só para as suas tarefas, mas também altera o processo de trabalho daqueles que o cercam (COSTA et al., 2015, p. 7445).

Essa dinâmica obstante esbarra em diversas limitações que não se restringem à instituição formadora, por não conseguir avaliar o impacto de sua ação no serviço, mas aos profissionais da saúde no espaço de trabalho onde deparam diversificadas situações que não estão sob a sua governabilidade ou dependem de outros atores e fatores para resolução.

Portes et al. (2013) apontam que a capacitação de profissionais de saúde é essencial para a concretização do tratamento do fumante nos serviços do SUS.

No trecho a seguir, retirado do projeto da capacitação em abordagem intensiva ao fumante, da ETSUS-Vitória, podemos vislumbrar a importância da formação e sua continuidade para o município de Vitória: “A formação continuada dos profissionais de nível superior que atuam nas Unidades Básicas de Saúde justifica-se face à necessidade de agregar

---

<sup>1</sup> *Modus operandi* é uma expressão em latim que significa “modo de operação”, utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma atividade, seguindo geralmente os mesmos procedimentos.

novos atores às equipes de trabalho, possibilitando a operacionalização e continuidade da abordagem ao fumante nos serviços de saúde” (VITÓRIA, 2018b, p. 5).

Apesar da importância da capacitação, pouco se sabe sobre as percepções de gestores e profissionais a respeito da capacitação dos profissionais de saúde para atuação no Programa. Alguns estudos mostraram a efetividade da capacitação de profissionais de saúde. No Canadá, por exemplo, a capacitação é dividida em um curso online, seguida por cinco dias de curso presencial. Naquele país, verificou-se que 91% dos profissionais capacitados se engajaram em atividades para passar o aprendizado adiante, na organização da qual faziam parte, além de estarem preparados para colocar em prática as técnicas de intervenção aprendidas. Resultados semelhantes foram obtidos por estudo realizado nos Estados Unidos da América, onde os autores concluíram que médicos, enfermeiros e dentistas apresentaram maior conhecimento e atitudes positivas em relação ao tratamento do tabagista depois de capacitação breve. (BITTENCOURT; CRUZ; SCARINCI, 2014, p. 646).

A reflexão crítica deve fazer parte continuamente no processo de trabalho profissionais de saúde, visto que é uma característica presente na Atenção Básica à Saúde. Por essa razão, é de fundamental importância o desenvolvimento de habilidades para a aplicação de instrumentos e tecnologias que possibilitem a transformação do seu processo de trabalho.

A maneira de desenvolver uma capacitação é importante. Assim como a metodologia empregada, a escolha de instrumentos adequados também é responsável por captar ou não a atenção dos profissionais de saúde, bem como aumentar sua participação. Adaptar as futuras capacitações tendo como base, especialmente, as sugestões dos profissionais é algo essencial, capaz de impactar no aumento da adesão dos profissionais e possível melhoria do Programa (BITTENCOURT; CRUZ; SCARINCI, 2014, p. 652).

Na tentativa de compreender a relação teoria-prática sob o olhar dos profissionais capacitados em abordagem ao fumante, a pesquisadora foi a campo ouvi-los. Mediante essas breves considerações, apresentamos as percepções e sugestões desses profissionais participantes da pesquisa.

No contexto geral, apareceram com mais ênfase aspectos relacionados ao conteúdo de medicação, à carga horária e à ampliação de técnicas para trabalhar com usuários com transtorno de ansiedade, de álcool e de drogas de forma diferenciada.

#### 5.2.1. A capacitação em abordagem ao fumante na perspectiva do profissional de saúde – resultados da modalidade intensiva

As entrevistas de campo ocorreram entre novembro e dezembro de 2018, após o aceite do Comitê de Ética. Passada a parte do formulário de entrevista com os questionamentos sobre a identificação do sujeito entrevistado, a primeira questão abarcando a temática da capacitação veio por meio de uma pergunta que julgamos fundamental para iniciar o diálogo:

a motivação do sujeito para participar da capacitação em abordagem ao fumante, uma vez que a participação do profissional é por adesão à causa do cuidado às pessoas tabagistas.

As respostas narradas pelos entrevistados a essa questão foram agrupadas em três aspectos em relação ao que disparou a participação do profissional na capacitação:

- Por indicação ou convite: (do gestor ou área técnica da atenção básica/tabagismo): 5 entrevistados;
- Motivação pessoal: conhecer a metodologia do programa; possibilidade de ajudar pessoas a parar de fumar e melhorar a qualidade de vida; havia feito um curso com carga horária menor e precisa atualizar os conhecimentos; para a prescrição de medicação do tabagismo; curiosidade e depois afinidade com a causa; interesse em dar prosseguimento ao GATT no serviço: 6 entrevistados;
- Necessidade do serviço: por ser a única médica efetiva na unidade de saúde; grande demanda de tabagistas no entorno da unidade necessitando iniciar GATT na unidade de saúde; já estava inserido no GATT, mas não havia participado da capacitação; necessidade de formar enfermeiro para participar do GATT: 4 entrevistados.

Um profissional respondeu indicação da direção e também interesse pessoal em conhecer a metodologia do programa, sendo contemplado nas duas classes.

Esse resultado leva-nos a crer que a adesão voluntária ao programa ainda é um componente de maior motivação para participar da capacitação, já que o profissional precisa comprometer-se em conduzir os grupos de apoio, por adesão ao programa. Nos casos em que o servidor participou do programa por necessidade, houve um aceite espontâneo, porque poderia haver uma negação da parte do profissional de saúde.

Essas respostas convergem para outras perguntas que, cruzadas, nos levaram à observação de que 5 indivíduos, do total de entrevistados, já atuavam em um GATT antes de realizar a capacitação. Quando perguntados, se não tivessem participado da formação, se conseguiriam colaborar efetivamente na implementação da abordagem intensiva ao fumante, correspondendo às Diretrizes do Programa do Ministério da Saúde, responderam:

Sim, já participava há 11 anos do grupo, a capacitação fortaleceu. Já havia um grupo capacitado que coordenava o GATT antes de eu fazer a capacitação (H1);

Não (B1);

Não (A1);

Sim, pelo material do MS você consegue ter um norte, mas tem que estudar também (C1);

Sim, já participava de GATT em outra unidade de saúde, fiz um curso pelo Estado de 2 dias (C2).

Do restante dos entrevistados, F1 respondeu “sim”, porém não acrescentou nenhuma observação; D2 respondeu “sim, porém com mais dificuldades e dúvidas”; e 7 entrevistados responderam somente “não”. Isso demonstra que mais da metade dos entrevistados concordou que a capacitação é uma ferramenta importante para a composição e acompanhamento dos GATT, enquanto outros entrevistados, mesmo respondendo “sim”, afirmaram que poderão enfrentar mais dificuldades.

Pelo indicado na Portaria nº 571/2013 do MS, em seu art. 9º, versa sobre as responsabilidades da gestão municipal e do Distrito Federal:

I - capacitar profissionais, buscando a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento (BRASIL, 2013b, p.1).

Isso aponta a necessidade da preparação do profissional para o trato com usuários tabagistas dentro das diretrizes de cuidado da pessoa tabagista. Para assegurar a concretização dessas ações, as políticas públicas de saúde, por meio de portarias publicadas e atualizadas pelo MS desde 2002, viabilizam o financiamento para estados e municípios que aderem à Política Nacional de Promoção da Saúde, garantindo o tratamento do tabagismo na rede SUS, ao investirem em capacitação profissional, infraestrutura de atendimento, medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo (INCA, 2019).

Ao acreditarmos na premissa de que

[...] trabalhadores de saúde não devem ser considerados propriamente insumos ou recursos, mas sujeitos com potencialidade de desenvolver-se constantemente em busca da autonomia possível, capazes de aderir a projetos de transformação” (CAMPOS, 1994; MATTOS, 1996; L'ABBATE, 1997c apud L'ABBATE, 1999, p. 16)

Partimos para indagações mais específicas: “A contribuição da capacitação em abordagem ao fumante da ETSUS-Vitória para a implementação do Programa de Abordagem ao Fumante no serviço”. Na avaliação dos pesquisados, o que mais apareceu girou em torno das frases: aprender a metodologia preconizada pelo MS, trabalhar com grupos, manuseio das medicações, momentos para tirar dúvidas, aumentou a confiança nas apresentações e planejamento, troca de experiências e contribuição teórica. Ressaltamos pelo diferencial os três comentários abaixo:

Contribui para legitimar as atividades no serviço fornecendo subsídios para a equipe de saúde (E1);

Fundamental para iniciarmos o grupo de apoio (G1);

Fortaleceu as ferramentas que já utilizava. Participou da implementação dos grupos desde o início e depois fez a capacitação (H1).

No repertório de conhecimentos e experiências acumulados pelos entrevistados, podemos perceber que a capacitação tem importância e é um espaço de troca de saberes, repercutindo no serviço. A capacitação é considerada relevante ao fortalecimento e legitimação do fazer, agregando habilidades para o manuseio com grupos de tabagistas nos serviços de saúde.

Em seguida, a pergunta pela ótica dos profissionais capacitados: “Quais temáticas ou conteúdos não abordados na capacitação deveriam comparecer para uma melhor efetivação do GATT?” Os resultados estão expressos nas tabelas 2 e 3, e foram consideradas as falas dos profissionais da saúde entrevistados e inseridas em cada aspecto da tabela, priorizando o aspecto qualitativo das falas ao quantitativo do resultado total do somatório das respostas.

Tabela 2 – Temas mais importantes da capacitação

<b>Temas/assuntos</b>	<b>Percentual das respostas</b>
As 4 sessões	4
Uso da medicação	4
Fitoterápicos	2
Questões neurológicas	1
Condução dos grupos	2
Postura do coordenador do grupo	2
Políticas relacionadas ao tabagismo	1
Abordagem cognitivo-comportamental	2
Mecanismo de dependência da nicotina	3

A temática das quatro sessões e da medicação foram as que mais compareceram, atentando para a questão que os profissionais que responderam sobre a medicação têm formação acadêmica em Medicina, Enfermagem ou Farmácia, com a competência para a prescrição total ou parcial; portanto, natural a relevância sobre medicação. Observamos que houve uma distribuição na importância das temáticas abordadas durante a capacitação, pois todas as mencionadas, independentemente do percentual, são as temáticas mais estratégicas contempladas na organização curricular e no desenvolvimento das aulas.

Dos entrevistados, 2 se referiram à “Troca de informações com outros serviços e relato de experiência de outras unidades de saúde”, contudo não foi considerado no quantitativo da

tabela 3, por não se tratar de um tema ou assunto, que foi a origem da pergunta, e sim de um tipo de atividade de intercâmbio, de troca de informações e experiências entre os participantes, tratando de um aspecto metodológico na capacitação.

Tabela 3 – Tema para abordagem na capacitação para melhor efetivação do GATT<sup>1</sup>

<b>Temas/assuntos</b>	<b>Percentual das respostas</b>
Práticas Integrativas e Complementares - PICS (auriculoterapia e dança circular)	1
Técnicas para trabalhar ansiedade dos usuários	2
Manuseio de formulários na RBE	1
Aumentar carga horária para políticas	1
Aumentar carga horária para apoio medicamentoso	5
Tecnologia (aplicativo) para suporte ao tabagista que deseja parar de fumar	1
Técnicas para segmento diferenciado (gestante, lactante, doente grave)	1
Técnicas para segmento diferenciado (usuários de drogas, alcoolistas)	3
Técnicas para segmento diferenciado (transtornos mentais)	3
Não opinaram	3

Na tabela 3, encontramos menção a alguns temas que já estão contemplados na organização curricular da Capacitação em Abordagem ao Fumante e acreditamos ser importante trazer ao conhecimento a carga horária destinada a esses assuntos, mesmo estando já inserido no projeto do curso e sendo ministrado, podemos cogitar que permanecem dúvidas relacionadas à carga horária destinada para o desenvolvimento desses assuntos. Atentamos também para o fato de as informações ora divulgadas se referirem ao projeto do curso de 2018, o mais atual, nesses seis anos, entre 2012 e 2018 (em 2017 não houve curso). Diante das reuniões de planejamento e avaliação com representantes de alunos, a capacitação foi tendo maior qualidade relativamente à metodologia e à carga horária destinada aos assuntos abordados.

<sup>1</sup> Alguns profissionais entrevistados responderam sobre temas já existentes na capacitação, porém solicitando aumento de carga horária, foi considerado para efeito de sugestão.

Na parte da abordagem básica ou breve, o tema Registro da Abordagem Básica no Sistema de Informação da SEMUS - Rede Bem Estar (RBE) foi tratado em duas horas, somadas a duas horas a mais de intervenções possíveis nos territórios de saúde, esta última no laboratório de informática. A parte destinada à Política Nacional de Controle do Tabagismo é ministrada dentro de carga horária de 1h30min.

Na modalidade de Abordagem Intensiva ao Fumante, o assunto – Apoio medicamentoso – é contemplado dentro da carga horária de duas horas. Nessa modalidade intensiva, os alunos voltam a ter aula sobre o Sistema Bem Estar, carga horária de uma hora, desta vez focado na modalidade intensiva. É destinada uma hora à temática Práticas Integrativas e Complementares em Saúde utilizadas no tratamento de tabagismo, abordando por que tratar com fitoterápicos e propriedades mais comuns dos fitoterápicos aplicáveis no tratamento do tabagismo.

Destaca-se uma análise que foi bastante significativa: o comparecimento das falas sobre a necessidade de técnicas relacionadas a determinados seguimentos de usuários, principalmente os que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas e os com transtornos mentais. Se somarmos o quantitativo de todos que mencionaram abordagem de técnicas para trabalhar com usuários em condições de fragilidade, temporária ou não, chegamos ao total de 9 respostas (somados os itens segundo, sétimo, oitavo e nono na posição da tabela).

Em conversa com os profissionais, percebeu-se que, ao relatarem a necessidade de saber lidar com segmentos diferenciados, veem na capacitação a possibilidade de disparar esse movimento. Decorre que alguns usuários, por vezes, comparecem às sessões com o comportamento alterado, muito ansiosos, com dificuldade de controle, dificultando a condução das sessões pelos profissionais e a paciência e até desistência de usuários, o que vem ao encontro do relato que ouvimos dos profissionais de uma UBS visitada em novembro de 2018, na Região de Saúde de São Pedro (não contemplada na lista de UBS para entrevista). A metodologia de trabalho adotada com grupos de tabagistas foi o atendimento diferenciado, formando grupos distintos, já que os tabagistas com situações de vida e de saúde (usuários de drogas, usuários de álcool, transtornos mentais) provocavam ansiedade, o que era um complicador, interferindo na efetividade de todo o grupo, sendo pouco efetivo tanto para esse segmento como para os outros que apresentavam somente o vício relacionado à nicotina.

Apesar de os profissionais não terem participado da capacitação da ETSUS, há uma profissional com curso e bastante experiência em trabalho com grupos de tabagistas realizado em uma empresa privada. Dois grupos de atendimento aos usuários são realizados: um com usuários tabagistas, sem outros fatores relacionados que comprometessem o andamento das

sessões, e outro grupo com tabagistas com fatores relacionados que concorriam com o cigarro (drogas, álcool, transtornos mentais), com um trabalho singular para este público, que apresenta uma demanda de atendimento e abordagem diferenciados.

Segundo Sopezki et al. (2007), durante o tratamento, a síndrome da abstinência da nicotina normalmente desencadeia ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração e pode ser potencializada quando associada a outros fatores concorrentes do tabagismo. Evidenciada a necessidade de administrar este momento, além da prescrição dos medicamentos previstos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tratamento de Fumantes, foi incluído na capacitação, a partir de 2014, o tema sobre fitoterápicos.

Nesse sentido, as políticas e diretrizes clínicas para a cessação do tabagismo devem ser a base terapêutica a seguir, sem, contudo, o profissional da saúde abandonar o olhar singular para a história de cada sujeito e sua adequação no contexto, “[...] criar sentidos e relações, onde já não estão mais prioritariamente em jogo a adequação do usuário ou da equipe a um plano de normalidade da vida e sim ao plano investido da própria vida” (NUNES, 2008, p. 60)

Isso vem ratificar que

O envolvimento dos profissionais de saúde é essencial em um programa de cessação do uso de produtos derivados do tabaco. A capacitação é fundamental para aumentar o conhecimento e as habilidades necessárias, no sentido desses profissionais darem suporte aos pacientes durante o processo de cessação (BITTENCOURT; CRUZ; SCARINCI, 2014, p. 646).

Reforça também a questão dos afetos e dos vínculos construídos nas relações que podem ser de nós (substantivo ou pronome pessoal – nós, eu e o outro) ou de laços, ressignificar as relações humanas e dar lugar à ética entre gestores, profissionais e usuários, “uma ética que acolha o imprevisível, o desconhecido, que seja pautada pela abertura, pelo respeito ao outro como um ser singular” (BRASIL, 2010b, p. 174).

Na perspectiva de Ceccim (2004), a integralidade deve ser o eixo norteador das capacitações em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais com base em um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização.

Nenhum aspecto de teor negativo foi encontrado na fala dos entrevistados quanto à metodologia ou assuntos da capacitação, que não os já apresentados, identificados mais como sugestão do que como crítica.

O planejamento e a avaliação das capacitações, desde 2015, vêm sendo realizados agregando alunos participantes da capacitação avaliada e facilitadores, além das referências

técnicas em tabagismo da Secretaria de Saúde e técnicos da ETSUS, responsáveis pela capacitação. Questões como rotatividade de profissionais, fim do Programa Mais Médicos, com médicos cubanos, aposentadorias fazem com que a capacitação em abordagem ao fumante seja ofertada para viabilizar o atendimento a essa demanda nas UBS do município. Desde 2016, a equipe decidiu ofertar turmas da capacitação em um ano e no próximo realizar monitoramento com os GATT nas UBS para verificar a composição dos grupos e necessidade de capacitação dos profissionais.

A maneira de desenvolver uma capacitação é importante. Assim como a metodologia empregada, a escolha de instrumentos adequados também é responsável por captar ou não a atenção dos profissionais de saúde, bem como aumentar sua participação. Adaptar as futuras capacitações tendo como base, especialmente, as sugestões dos profissionais é algo essencial, capaz de impactar no aumento da adesão dos profissionais e possível melhoria do Programa. (BITTENCOURT; CRUZ; SCARINCI, 2014 2014, p. 652)

Outro ponto de relevância para concretizar a capacitação ocorre quando o aluno leva os conhecimentos da capacitação (o que apreendeu, as trocas de experiências) quando retorna ao serviço, na “ponta” como costumamos chamar, lá aonde as demandas chegam, onde a vida acontece de forma diferente a cada dia, lugar do trabalho vivo, como afirmaria Merhy. Desse diálogo entre o teórico e o prático na abordagem dos grupos de apoio ao fumante, vamos tratar a seguir.

### 5.2.2 Abordagem básica: “a primeira impressão é a que fica”

A abordagem básica é uma ferramenta de aproximação do profissional de saúde com o usuário, diferentemente da abordagem mínima ou breve, que é realizada no tempo médio de três minutos por qualquer profissional da saúde. A básica é realizada no tempo entre três e dez minutos, durante consulta de rotina. A abordagem básica é resumida no mnemônico<sup>1</sup> PAAPA: perguntar e avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar, estando, neste último, a especificidade desta abordagem.

Um pouco mais prolongada, é mais indicada por apresentar maiores taxas de sucesso para cessação definitiva do tabagismo que a anterior (abordagem mínima/breve). Uma diferença importante desta abordagem é a previsão de um acompanhamento do indivíduo, essencial para o feedback entre profissional e tabagista em cessação sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas (BRASIL, 2015, p. 62).

Durante a capacitação em abordagem ao tabagista, a parte da abordagem básica é realizada em 40 horas, das quais 20 presenciais, quando são abordados políticas sobre

---

<sup>1</sup> Mecanismos utilizados para facilitar a memorização.

controle do tabaco, processo de dependência no tabagismo, implantação do Programa Ambiente Livre do Tabaco e a própria metodologia da abordagem básica.

Na proposta do projeto de capacitação, a parte da abordagem básica é destinada aos profissionais de saúde de nível médio, nas categorias profissionais (atendente de consultório dentário, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia, técnico em enfermagem, técnico em higiene dental, agente comunitário de saúde) e profissionais de nível superior, estes últimos, após finalizadas as 40 horas da abordagem básica, prosseguem para mais 40 horas destinadas à abordagem intensiva. Ao final da capacitação, apresentam um projeto de intervenção construído em grupo ao longo do curso.

A maior prevalência da realização de orientações em sala de espera e atividades em grupo acerca dos riscos do tabagismo pode ser considerada como esperada, uma vez que esses espaços, principalmente as ações em grupo, se configuram como boas oportunidades para o esclarecimento de informações sobre as doenças, para a troca de conhecimentos e experiências (PORTES et al., 2013, p. 444).

No entanto, a relação profissional de saúde/usuário com técnicas específicas que favorecem a ele a perspectiva da cessação do fumo ou a redução de danos, e com acompanhamento, necessita ser realizada por profissionais capacitados.

Ao perguntarmos se a “UBS fazia a abordagem básica ao fumante, com orientação para que o usuário participasse do GATT”, observamos, ao analisarmos as respostas, que, das oito UBS selecionadas para entrevistas, apenas uma respondeu que não faz, as demais respostas dividiram entre faz com profissional capacitado ou por meio do profissional da recepção, por cartaz ou em momentos de campanhas do MS, a exemplo do “Outubro Rosa”. A pergunta, no entanto, tratava de levantar dados sobre a efetiva abordagem básica pelos profissionais de saúde, mas, por processos da própria dinâmica da unidade de saúde, em algumas delas, ocorre a abordagem mínima ou breve de forma menos estruturada.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a instância em que se pode responder de maneira mais oportuna às necessidades de saúde da população, pois é nela que os profissionais têm contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação à forma como usam álcool e outras drogas, devido ao fato de já apresentarem algum tipo de problema relacionado ao consumo. Isto pode evitar que muitos deles evoluam para um quadro de dependência da substância ou problemas associados ao uso da substância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SOUZA; RONZANI, 2015 apud SOUZA; RONZANI, 2012, p. 238).

A categoria profissional que mais compareceu envolvida na abordagem mínima/breve foi recepcionista, e, na abordagem básica: dentistas, médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, técnicos em enfermagem, agente comunitário de saúde.

Não cabe aqui, porém, um julgamento à unidade de saúde ou aos profissionais, uma vez que a dinâmica de trabalho de um serviço de saúde, a rotatividade de profissionais e as

demandas de trabalho deles são fatores complicadores nesse processo. Cabe-nos informar os resultados e tirar conclusões possíveis com base nas análises das informações coletadas.

Outro indicativo importante para a verificação da continuidade dos usuários às sessões é a busca ativa, que é o contato do profissional de saúde com o usuário que falta à sessão, no intuito de “convencê-lo”, por meio de argumentos, a insistir no processo. Nesta pesquisa, considerando o padrão por serviço, e não por profissional para o cálculo, 3 UBS realizam a busca ativa por telefone ou por meio do agente comunitário de saúde; 1 por telefone; 1 por telefone ou por meio da assistente social; 1 por telefone e enfermeiro; e 2 não realizam.

Ao observarmos que o agente comunitário de saúde só foi citado uma vez como parceiro na busca ativa de fumantes, destacamos que essa atividade pode ocorrer também fora da UBS, ao ser detectado por esse profissional em domicílios visitados situações de agravos, do tabagismo ou de outras conformidades, cabendo ao gestor essa articulação entre diferentes profissionais e diferentes fazeres:

A orientação da Política Nacional de Atenção Básica é que o cuidado em saúde deve também ser realizado, quando necessário, fora dos muros dos serviços de saúde. A sobrecarga de trabalho vivenciada por muitos profissionais e as dificuldades na implementação e continuidade de ações intersetoriais podem configurar-se como motivos para tal situação (PORTES et al., 2013).

O aspecto simbólico do título deste texto, remetendo-nos a um ditado popular muito conhecido – “A primeira impressão é a que fica” –, para nos referirmos à abordagem básica e discutirmos sobre ela, é pelo lugar de importância que essa ferramenta ocupa na voz dos trabalhadores da saúde, como um primeiro contato de futuros vínculos que poderão levar o indivíduo à melhor qualidade de vida. A busca ativa tem a importância de trazer o usuário de volta ao grupo de apoio, que, como o nome já diz, é onde ele deve encontrar a escuta, o acolhimento, a parceria, tanto dos profissionais envolvidos quanto dos outros integrantes do grupo que têm ali o mesmo objetivo.

Nada impede que combinações entre contatos telefônicos, contatos pessoais, por e-mails institucionais, cartazes e outras ferramentas sejam utilizadas em conjunto, para aumentar o impacto positivo da implementação do PNCT, crescendo a adesão dos usuários e, conseqüentemente, os índices de abstinência.

### 5.3. GRUPO DE APOIO TERAPÊUTICO AO TABAGISTA (GATT) – PROBLEMATIZANDO A REALIDADE

Minayo (1994) aponta a observação dos participantes como uma prática em que o pesquisador entra em contato direto com o fenômeno observado, para obter informações sobre a realidade dos atores sociais envolvidos em seu contexto, captando uma variedade de situações ou fenômenos que extrapolam o universo das perguntas. Nesse sentido, em fevereiro de 2019, pudemos observar em loco, por meio de uma sessão do GATT, essa realidade representada nas falas dos usuários tabagistas em situações que traduzem conteúdo das políticas públicas sobre a temática, a dependência psicológica, a questão do vínculo do ambiente com o padrão de comportamento e de outros componentes que acabam por se aliar ao hábito de fumar, como a bebida alcoólica, e sintomas como a depressão e ansiedade, reafirmando que há um forte componente psicossocial no ato de fumar. Por esse motivo, julgamos relevante apresentar algumas dessas falas.

Para preservarmos a identidade dos participantes, recorreremos a uma referência por letra (P de participante), número e gênero, para ilustrar as falas dos usuários:

Já parei de fumar há oito anos, mas com a morte de meu irmão voltei a fumar (P1, homem).

O disparador é um acontecimento emocional que motivou o retorno ao hábito e ao que o cigarro representa em sua vida.

Em outra situação, uma mulher relata a sua relação com o cigarro articulada à sua relação com a ausência das filhas:

Não consegui ficar sem fumar da primeira sessão (semana passada) até esta. Fumo “escondido” das 2 filhas quando elas saem para a faculdade ou para as baladas. Sinto um espaço vazio, daí fumo para preenchê-lo (P2, mulher)

Neste caso, as mediadoras do grupo e os colegas dão várias ideias, estratégias para não fumar (colocar cartaz “não fume”, colocar as fotos das filhas na casa em lugares estratégicos), para cortar a ligação comportamental.

Outra situação que remete aos conflitos familiares e ao apelo ao cigarro como estratégia de enfrentamento das situações dolorosas baseia-se na fala de P3, uma mulher de 82 anos, diagnosticada com enfisema pulmonar e fuma dois maços de cigarro por dia, faz uso de antidepressivos, medicamento para pressão alta e ansiedade e tem acompanhamento com o psiquiatra:

O cigarro substitui a falta de quem já partiu. Eu quero parar de fumar. Eu quero parar de fumar porque estou doente, ainda não coloquei o adesivo e nem parei ou diminui o cigarro. Tenho nojo de comida (P3, mulher).

Após o término da sessão, a equipe fez uma intervenção individualizada com a P.3. Em todos os momentos, entre uma fala e outra dos usuários, a equipe de profissionais de saúde que conduziam a sessão faziam orientações pertinentes, a fim de levar o grupo à reflexão.

Algumas dessas falas foram registradas pelo entendimento de sua carga emocional de vínculo com o cigarro e a dificuldade em deixar de fumar, indo ao encontro da discussão desta pesquisa e da necessidade de os profissionais de saúde observarem e se prepararem tecnicamente para manejar essas situações que certamente aparecerão nos grupos de apoio nas unidades de saúde e, na maioria das vezes, de forma subliminar, camuflada.

### 5.3.1 O grupo como estratégia para o cuidado

Se perguntarmos a um matemático o conceito de grupo, a resposta seria que é uma estrutura formada por um conjunto de elementos reunidos por suas similaridades; um astrônomo veria ali um pequeno número de galáxias reunidas, próximas umas das outras; o químico poderia recorrer à tabela periódica para explicar a noção de conjunto, em que se agrupam por afinidades ou objetivos comuns. Já na sociologia, a palavra remeteria ao encontro de diferentes pessoas com integração e interação entre elas. No dicionário *online*, grupo consiste em um conjunto de pessoas que apresentam o mesmo comportamento e a mesma atitude, com objetivo comum que condiciona a coesão de seus membros. Na área da saúde, grupo tem uma conotação de rede de suporte.

Segundo Osório (2003), grupo ou sistema humano é um conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados. Por isso, não um agrupamento de indivíduos, mas um grupo formado por indivíduos com potenciais e objetivos comuns possibilita uma relação horizontal entre profissional da saúde e o sujeito da sua ação.

Há a existência de uma indissociabilidade entre processo de trabalho e produção da saúde no cotidiano das relações, principalmente na saúde, em que lidamos com tantas subjetividades e, por vezes, há uma necessidade de objetividade para resolutividade.

Para que esse processo encontre o equilíbrio entre teoria e prática, o profissional de saúde precisa desenvolver continuamente competências e habilidades, a fim de promover a saúde de forma qualificada.

“No processo de educação dos profissionais da saúde, as iniciativas de capacitação contínua são caracterizadas pela relação com o processo de trabalho da instituição, objetivando a transformação da prática” (COSTA et al., 2015, p. 7440).

Para Torres (2004), as ações educativas em saúde podem capacitar indivíduos e grupos na construção de novos conhecimentos, conduzindo a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção da saúde. Essas ações ampliam as possibilidades de controle das doenças, de reabilitação e de tomada de decisões que favoreçam uma vida saudável. Tal processo é altamente favorecido pela utilização da técnica de grupos operativos.

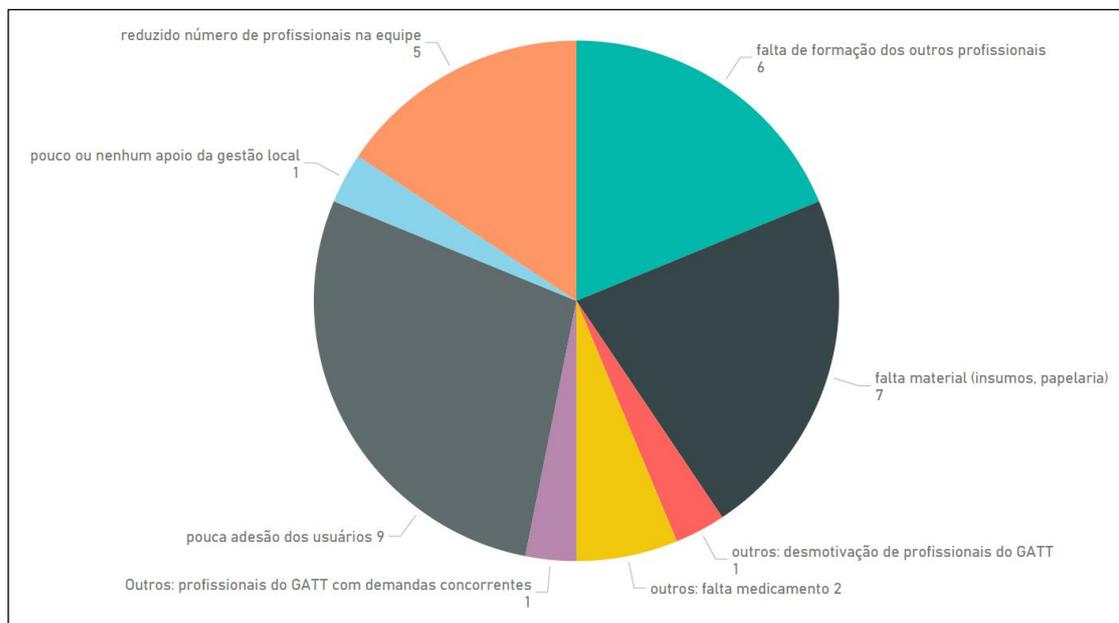
Por motivo da importância do trabalho com grupos de tabagistas, preconizado pelas políticas e diretrizes nesse âmbito, perguntamos aos entrevistados sobre os grupos de apoio ao tabagista e também participamos de um grupo na condição de ouvinte, com autorização prévia dos participantes, visto que o objetivo da capacitação é preparar ou atualizar o profissional para aperfeiçoar a sua prática.

Conforme a análise dos dados coletados, a média de número de profissionais por equipe de GATT foi de 4 pessoas. As categorias profissionais mais presentes nos grupos de apoio aos tabagistas na UBS foram as registradas: enfermeiro, psicólogo, farmacêutico, dentista, educador físico, assistente social, fonoaudiólogo, assistente social e médico, o qual poderia ser membro do grupo ou somente prescritor.

Quando perguntados sobre profissionais externos à equipe que contribuem com informações sobre usuários tabagistas, os mais mencionados foram agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem (estes dois sobressaíram aos demais), recepcionista, psicólogo, farmacêutico, dentistas, médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, diretor.

Sobre “As dificuldades apresentadas para a implementação da abordagem intensiva ao fumante na UBS”, as respostas dos profissionais de saúde entrevistados estão representadas no gráfico 1. Nas opções de resposta de múltipla escolha, o profissional podia marcar mais de uma sugestão de alternativa ou ainda escrever uma alternativa própria no campo outros:

Gráfico 1 – Dificuldades para a implementação da abordagem intensiva ao fumante na UBS



Fonte: Denise Vallory

Pouca adesão dos usuários tabagistas aos grupos de apoio, representados no gráfico pela fala de 9 dos profissionais entrevistados, é comum nas capacitações em abordagem ao tabagista, nos espaços de trocas de experiências dos profissionais da SEMUS envolvidos nos grupos de apoio, também mencionados em muitos artigos científicos que investigam esse tema, o que nos leva à reflexão de que a capacitação profissional instrumentaliza o profissional, mas não dá conta de todo um cenário de subjetividades presentes no serviço e no contexto das relações.

Talvez a fala de uma entrevistada relatada abaixo dê luz aos questionamentos sobre a baixa adesão e permanência dos usuários tabagistas:

Os pacientes relatam que é mais difícil parar de fumar do que largar o vício do álcool, cigarro é socialmente mais aceito (B1).

A desmotivação dos profissionais dos grupos de apoio é representada pela resposta de 1 entrevistado. Na opinião de 6 entrevistados, a principal dificuldade para a implementação da abordagem intensiva nas unidades de saúde trata dos profissionais que não possuem formação para coordenar os grupos de apoio, ratificando a necessidade da captação de trabalhadores para se capacitarem a atuar na UBS com esse público (tabagistas), possibilitando a continuidade dos grupos de apoio. Para 5 entrevistados, o reduzido número de profissionais envolvidos na equipe do GATT é um fator atribuído não somente ao interesse, mas também à rotatividade de profissionais. Esses quantitativos apontados vão ao encontro da fala de C1, enfermeira que fez este comentário:

Os profissionais de saúde tratam o hipertenso, o diabético, mas não tratam o tabagismo como uma questão de saúde pública, limitando o avanço do Programa. O Programa é necessário e eficiente (C1).

Demais resultados têm relação direta com falta de materiais (insumos, material de papelaria), perfazendo resposta de 7 dos entrevistados; em outros, aparece o item medicamentos com a opinião de 2 dos entrevistados.

Estudos da WHO indicam que o impacto relevante do tabagismo na saúde da população aponta a importância de superar limitações e obstáculos que dificultam a real implementação do PNCT na atenção básica, o que poderia aumentar o sucesso do programa de 3% a 30% em 1 ano (WHO, 2015).

Sobre as respostas acerca dos “Principais resultados e impacto da participação do profissional na implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço”, ou seja, o que a capacitação mais colaborou para o trabalho desenvolvido nos grupos e os resultados obtidos, a pesquisadora optou pelas respostas qualitativas, dada a importância do registro delas, expressas nas falas dos entrevistados.

Positivo, agregou informações ao grupo de profissionais (A1).

Apesar da baixa adesão e alta desistência é importante suscitar no paciente a vontade de parar de fumar e refletir sobre os efeitos nocivos do cigarro/nicotina impactando na sua qualidade de vida. O Programa incentiva a vontade de colaborar como profissional de saúde na diminuição ou cessação do ato de fumar do usuário. Tenho dificuldade de manejo com o grupo (A2).

Apoio na medicação tem atraído os usuários para o tratamento, a capacitação ajudou na prescrição da medicação com respaldo médico (B1).

Implementação de um fluxo eficaz desta abordagem (intensiva), a capacitação deu incentivo à implementação deste programa no serviço (B2).

A experiência com muitos grupos e a sensibilidade com os indivíduos na sua singularidade. Conseguimos formar muitos grupos, por isso a adesão não está muito alta no momento, quem quis parar de fumar parou, outros não querem parar de fumar (C1).

Na unidade de saúde anterior havia mais profissionais envolvidos no GATT, nesta unidade de saúde há pouco interesse dos profissionais em participar da capacitação e conduzir os grupos de apoio devido falta de afinidade com a causa do tabagismo. Contribuiu para a captação (abordagem básica) nas consultas e condução do grupo (C2).

Nas falas dos profissionais entrevistados, vem a resposta ao questionamento, mas aparecem também, de forma subjetiva, e talvez até inconscientemente, as dificuldades, os afetos, os laços e nós criados no mundo do trabalho. Também a singularidade carregada por cada um desses sujeitos não pode ser deixada de lado, ao captar a sua fala, porque estes são resultados de uma gama de experiências, uns a mais tempo, outros a menos, com o usuário tabagista em suas fragilidades, que comparecem aos grupos de apoio. Os grupos acontecem

com indivíduos diferentes em contextos diversificados, e cada serviço, cada indivíduo traz consigo uma história de vida muito própria, por isso as necessidades e peculiaridades de cada serviço serem tão distintas e, por vezes, tão similares.

Outros registros nos revelaram novos aprendizados:

Participação do médico no grupo é importante para proximidade dos pacientes e conhecê-los além do consultório. A medicação ajuda a finalizar o tratamento. Alguns usuários têm fala que participaram do grupo com profissionais que não fizeram a capacitação e hoje o grupo com pessoas capacitadas e de diferentes formações é melhor (D1).

Crescimento profissional. Aproximação com os pacientes, conhecer melhor os pacientes ofertando suporte maior, colaborando na condição de saúde dos usuários (D2).

A manutenção do grupo de apoio no serviço positivamente, oferecendo subsídios para a manutenção do grupo através da capacitação de novos profissionais para substituir contratados, aposentados, etc. (E1)

A continuidade do grupo de apoio e melhoria e conhecimento (E2).

Não percebi diferença no número de não fumantes. É o padrão da dependência e dificuldade de parar de fumar. Tem abordagens, técnicas de abordagem aos usuários, expectativas que o profissional cria em relação aos usuários pararem de fumar (F1).

Os usuários sentem apoio na UBS, sentem-se que a UBS é uma referência. Acho fundamental, uma coisa determina a outra. Quando a pessoa é capacitada ela tem que participar do grupo de apoio ao tabagista (F2).

Vínculo com o paciente faz com que eles tenham mais vontade e sintam motivados a participar das sessões. A troca de experiências e a prática que tem durante o curso (G1).

Horário estendido para a abordagem individual, coordenação (agendamento e resolução de problemas, mediação). Trabalhar em acordo com as Diretrizes do ministério da saúde, não como você acha que deve ser. A Política e as Diretrizes do Programa nos dão referência para condução dos grupos (H1).

Na fala de um profissional entrevistado, lotado na unidade de saúde próxima a uma faculdade, a professora do curso de medicina faz intercâmbio com a UBS no atendimento dos alunos do curso aos usuários tabagistas três vezes por semana, completando o ciclo de integração ensino – serviço – comunidade, integrando saberes e experiências com base científica.

Diante dos registros escritos contemplando os registros orais, podemos verificar que muito do que foi construído até aqui, com base no referencial teórico, reflete a realidade desses profissionais em suas experiências no serviço.

Esses registros são emblemáticos no sentido de haver uma motivação em cada indivíduo que move o cuidado ao outro, na construção de um projeto de vida saudável biopsicossocial.

Por isso, finalizamos este trabalho com o pensador francês Dejours (1986), ao versar que a saúde para cada homem, mulher ou criança consiste em ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa vem juntar-se a outras da temática do tabagismo, no intuito de fortalecer as iniciativas e a continuidade do envolvimento de profissionais da saúde na condução de grupos de apoio ao tabagista, por meio de capacitações estruturadas com conteúdo e metodologias voltadas para esse fim.

Capacitar profissionais da saúde é mais do que instrumentalizá-los por meio de suportes técnicos e metodológicos, pois outras variáveis permeiam a dinâmica de trabalho do profissional da saúde. Ademais, por meio da troca de experiências, proporcionar um amadurecimento de sua prática e a busca de soluções, para qualificar o trabalho e o cuidado em saúde.

O texto do projeto de curso da Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante, no item resultados esperados, discorre sobre o fato de o profissional estar apto a realizar ações de controle, minimização ou cessação do uso do tabaco nos grupos de apoio.

No entanto, o sucesso do programa depende de uma política potente e compatível com a realidade, dos profissionais da saúde e dos usuários, priorizando os princípios e diretrizes do SUS, ações que vão além da apreensão de conhecimentos, no sentido de que esta é uma construção individual que parte de um desejo, mas que está no centro das interações sociais e das representações contidas neste contexto.

As entrevistas possibilitaram maior aproximação com o universo dos profissionais que conduzem os grupos de apoio ao tabagismo e a realidade contida neste trabalho e apontam a importância da capacitação como meio de apreensão de conhecimentos e técnicas, reconhecida pelos profissionais de saúde entrevistados, e as fragilidades da relação teoria-prática também compõem e servirão de suporte às ações futuras, somadas às observações que julgamos merecer mais destaque.

Entre variadas questões colocadas pelos entrevistados e após exaustiva análise, consideramos que os programas de cessação do tabagismo devem oferecer abordagens e tratamentos alternativos aos usuários com outros fatores associados, como álcool, drogas ou transtornos mentais. A temática do suporte medicamentoso comparece significativamente, por vezes, vinculada a fitoterápicos, e também se faz presente a proposta de potencializar a captação de profissionais para realizar a capacitação, a fim de dar continuidade aos grupos de apoio, e ainda, a criação e/ou aplicação de estratégias para aumentar a adesão do usuário em ações de promoção, bem como a manutenção da abstinência.

A abordagem básica ao fumante e a busca ativa foram consideradas na pesquisa como ferramentas inclusivas do usuário ao grupo de apoio, preconizadas no Programa Nacional de Controle do Tabagismo e fortalecidas pelo Programa Municipal de Controle do Tabagismo.

Segundo os profissionais, o processo de adesão voluntária ao programa é uma iniciativa de afinidade com a causa do tabagismo e proporciona muitos ganhos subjetivos por meio do vínculo criado com o usuário.

Na apuração, além das entrevistas, compareceram as observações de campo (informais), ao participar de grupo de apoio terapêutico ao tabagista, das trocas de informações com profissionais da área saúde que trabalham com a temática estudada, quando pudemos perceber que a prática não é dissociativa do conhecimento teórico e metodológico contido na Capacitação em Abordagem ao Fumante, baseado nas diretrizes do PNCT e experienciado pelos participantes por meio de trocas significativas entre os profissionais, estejam eles na condição de facilitadores/docentes ou participantes.

O depoimento dos participantes do grupo de apoio e as interações dos profissionais condutores do grupo com as dificuldades apresentadas pelos usuários depõem a favor da conexão existente entre o referencial teórico pesquisado e aqui apresentado e a realidade prática que envolve o vínculo do tabagista com o cigarro, as doenças psicossomáticas, físicas e transtornos mentais contidos na história de cada indivíduo em sua singularidade. Não por acaso, a base do PNCT e do INCA para o trabalho com grupos de tabagistas é a abordagem cognitivo-comportamental, na perspectiva da mobilização dos conhecimentos e aprendizagem de novos comportamentos para o tratamento de cessação do tabagismo.

A ETSUS-Vitória oferta capacitações em Abordagem ao Tabagista desde 2012, preconizada pelo Ministério da Saúde por meio de portarias, diretrizes e políticas públicas, mas não se trata apenas de seguir protocolos preconizados pelo MS. Como uma escola de formação profissional em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, dar vida aos conhecimentos capazes de transformar a prática dos serviços e melhorar a vida da população é um propósito a seguir.

A dificuldade da escola, conforme apresentada neste trabalho, em avaliar a capacitação fora de seus muros, no processo de trabalho dos profissionais de saúde, quando nas relações entre teoria e prática para conduzir e resolver problemas, conflitos, decisões, provocou em mim a motivação para “olhar” na prática como as formações da ETSUS-Vitória contribuem efetivamente para as transformações sociais nos territórios de saúde.

Desse modo, a produção da saúde pela via da educação contextualizada e vinculada ao trabalho é um diferencial na área da saúde e permitiu, por meio deste estudo, unir as duas pontas – capacitação e trabalho – com variados vieses econômicos, sociais, políticos, que permitiram várias leituras da realidade.

Por fim, a efetivação das políticas de saúde em nível municipal prima pelo apoio e incentivo dos gestores locais à participação e envolvimento dos profissionais, visando à continuidade da qualificação deles e o fortalecimento das ações de abordagem básica e abordagem intensiva ao fumante, considerando o impacto da prevalência de doenças decorrentes do cigarro e outros elementos concorrentes.

Assim sendo, é urgente avançar para a quebra de paradigmas, limites e superação dos obstáculos, possibilitando melhorar a abordagem e aumentar o índice de abandono do hábito tabágico, melhorando a qualidade de vida da população.

“ Se o cuidado se faz nas relações, então o cuidado se faz com o outro. ”

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C., orgs. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.150-171.

BALBACH, A. **O fumo e a saúde**. Itaquaquecetuba, São Paulo, 25a ed., EDEL, Edificações do Lar, s/d.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977, 70p.

BETTIO C. J. S.; BONILHA L. A. S.; SOUZA A. S.; ANDRADE S. M. O.; BATISTON A. P. Fatores emocionais associados ao hábito de fumar em usuários de um programa antitabagismo. In. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza: v 31, n. 1, jan./mar., 2018, p. 1-10. Disponível em: < <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6536/pdf>> Acesso: 28 mai. 2018.

BOWMAN E. **As cinco substâncias mais viciantes e seus efeitos no cérebro**. EL PAIS. Sítio do jornal El País, 26 jun. 2016. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/06/27/ciencia/1467041169\\_218109.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/06/27/ciencia/1467041169_218109.html)> Acesso em 14 mar. 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**, Série B (Textos básicos em saúde). Brasília, 2002a, 56p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. (Documento para discussão). Brasília, 2002b. p. 03-42.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal-2002-2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a, 186p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito\\_domiciliar\\_comportamentos\\_risco\\_doencas\\_transmissiveis.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf)> Acesso: 30 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Por um mundo sem tabaco. Ação Global para o Controle do Tabaco**. Ed.3. INCA, 2004b, 56p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 1997)**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em 8 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Centenário da rede federal de educação profissional e tecnológica. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/centenario/historico\\_educacao\\_profissional.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/centenario/historico_educacao_profissional.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 7)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. (Série B. Textos Básicos de Saúde), Caderno Humaniza SUS – Formação e Intervenção. vol. 1, Brasília, 2010b. 242 p. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em 01 mai 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização PanAmericana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_especial\\_tabagismo\\_petab.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_especial_tabagismo_petab.pdf)>. Acesso em 14 de março 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, Ministério da Saúde, 2011b, 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Blog da Saúde. **Sítio do Ministério da Saúde**. Dados da pesquisa Vigitel indicam que parcela de fumantes caiu 20% em seis anos. 2013a. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/32854-dados-dapesquisa-vigitel-indicam-que-parcela-de-fumantes-caiu-20-em-seis-anos>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. **Sítio do Ministério da Saúde**. Brasil reduz hábito de fumar em 40% e mantém tendência de queda. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45488-apenas-9-3-dos-brasileiros-ainda-tem-o-habito-de-fumar>>. Acesso em: 25 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. **Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências**. Brasília, DF, 05 abr. 2013b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/12/Portaria-571-tabagismo.pdf>>. Acesso em 08 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). **Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 132p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino (MEC/SASE). **Planejando a Próxima Década Conhecendo as 20 Metas do Plano Nacional de Educação**, 2014b. 62 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Cadernos de Atenção Básica, nº 40 Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-VIGITEL**. 2016. Disponível em: < [http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf) >. Acesso em: 24 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Número de fumantes no País diminuiu nos últimos 25 anos. **Sítio do Governo do Brasil**, 23 dez. 2017a. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/04/Numero-de-fumantes-no-pais-diminuiu-nos-ultimos-25-anos> > Acesso em: 11 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3 de 03 de outubro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2017b. Disponível em: < [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U\\_PRC-MS-GM-3\\_280917.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-3_280917.pdf) >. Acesso em 08 abr 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html) >. Acesso em: 13 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico-VIGITEL**. 2017d. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf) >. Acesso em: 11 abr. 2019.

BRINCO, E. **US São Cristóvão firma parceria com a UFES para atendimentos na comunidade**. Notícias, Sítio da Prefeitura de Vitória, 04 abr. 2019. Disponível em: <<http://vitoria.es.gov.br/noticia/us-sao-cristovao-firma-parceria-com-a-ufes-para-atendimentos-na-comunidade-34641>>. Acesso em: 05 abril. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70. 1995.

BITTENCOURT L.; CRUZ C. R.; SCARINCI C. I. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. n. 23, out-dez. Brasília, 2014, p. 645-654.

BRUNELLO M.E.F., et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007) **Acta Paul Enferm**. 2010, 131-135 p. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/21.pdf> >. Acesso em 21 de abr. 2019.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.5, n. 1, 2000, p. 163-177. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

BUSS, Paulo Merchiori. Uma introdução ao conceito da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003, p. 20-37.

CAMPELLO, Ana Margarida de Mello Barreto; LIMA FILHO, Domingos Leite. Educação profissional. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria. Representações Sociais, risco e vulnerabilidade. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2012, 34 p.

CANCIA N. **Moro cria grupo para discutir redução de impostos sobre cigarros, e entidades reagem. Disponível em:** <<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/03/moro-cria-grupo-para-discutir-reducao-de-impostos-sobre-cigarros-e-entidades-reagem.shtml>>. Acesso em 12 abr. 2019.

CARLOMAGNO C. M.; ROCHA C. L. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, Curitiba-Paraná, vol 7, n 1, 2016, 173-188. Disponível em: <file:///C:/Users/dvsilva.PMV/Downloads/45771-183199-1-PB.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2018.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17\\_n4a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17_n4a12.pdf)>. Acesso em: 18 out. 2017.

CAVALCANTI T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.** Rio de Janeiro, n ° 32, 283-300, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>>. Acesso em 23 marc. 2018.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. 20(5), 2004, p. 1400-1410.

CECCIM, Ricardo Brug.; FERLA, Alcindo Antônio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Rio de Janeiro – Brasil, 2009.

CHIECO Nacim Walter; CORDÃO Francisco Aparecido. Educação Profissional na LDB. **Em Aberto**, Brasília, ano 15, n. 65, jan./mar. 1995. 158-164. Disponível em: <file:///C:/Users/rsqui/Downloads/2017-2077-1-PB.pdf> Acesso em 01 nov 2018.

CIAVATTA, M. **O Trabalho como Princípio Educativo: uma investigação teórico-metodológica (1930-1960)**, 1990. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: PUC.

CORDÃO Francisco Aparecido. A LDB e a nova Educação Profissional. **Boletim Técnico do Senac**. V. 28, n. 1, jan/abril 2002. 10-23p.

COSTA, D.B.; GARCIA S. D.; VANNUCHI T. O.; HADDAD M. C. L. Impacto do Treinamento de equipe no processo de trabalho em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, n. 9, abr., 2015. 7439-47 p.

CRUSOÉ. Nilma Margarida de Castro. A teoria das representações sociais em moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **Aprender Cad. de Filosofia e Pisc. da Educação** - Vitória da Conquista, Ano II, n. 2, 2004, p. 105-114.

DALBELLO-ARAÚJO, M.; CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D. (Org.) **Saúde Pública em Vitória: vários olhares**. 1. ed. Vitória: Aquarius, v. 1, 2012. 264p.

CURY, Silvia Ismael. **Informativo**: Tabagismo sua história, ocorrência, incidência em doenças e tratamento. 11. Jun. 2009. Disponível em: <[http://www.trt7.jus.br/das/htm/informativo/tabagismo\\_historia.htm](http://www.trt7.jus.br/das/htm/informativo/tabagismo_historia.htm)>. Acesso em: 28 mai. 2018.

DAVINI, Maria Cristina. **Currículo integrado**. 2009. Disponível em: <<http://smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Curr%C3%ADculo/Curr%C3%ADculo%20integrado.htm>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

DEJOURS C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo. v 14, n 54, 1986. P. 7-11.

DELUIZ, N. Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores? **Tempo e Presença**, n.293, mai./jun, p.14-6, 1997.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativa. **Educar em revista**. Curitiba, Editora UFPR 2004, n 24, p. 213-225.

ECHER, I. C. **Fatores de sucesso no abandono do tabagismo**, 2006. Tese doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006, 149f.

ERIKSEN Michael, MACKAY Judith, SCHLUGER Neil, GOMESHTAPEH Farhad Islami, DROPE Jeffrey. **Atlas do Tabaco**. Versão em português Hospital do Cancer de Barretos. São Paulo, 2014, 87p. <[http://www.sindsaudejau.com.br/cartilhas/atlas\\_tabaco\\_5\\_edicao.pdf](http://www.sindsaudejau.com.br/cartilhas/atlas_tabaco_5_edicao.pdf)>. The Tobacco Atlas. American Cancer Society.

ESPIRITO SANTO (Estado). Lei nº 9.220 de 18 junho de 2009. Vitória, 2009. Disponível em: <<http://www3.al.es.gov.br/legislacao/norma.aspx?id=26104&temas=17&ano=2009>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

ESTADÃO. **Moro cria grupo para estudar redução de tributos sobre cigarro fabricado no País**. 2019. Disponível em: <[https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2019/03/26/interna\\_nacional,1041136/moro-cria-grupo-estudar-reducao-de-tributos-sobre-cigarro-brasileiro.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2019/03/26/interna_nacional,1041136/moro-cria-grupo-estudar-reducao-de-tributos-sobre-cigarro-brasileiro.shtml)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

FALKENBER, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedronzo de; SOUZA, Elza Maria de. Educação em Saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014, p. 847-852. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847>>.pdf. Acesso em 03 out. 2018.

FIGUEIREDO, V. C. **Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades**. 2007. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007, 166f.

FIOCRUZ. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Observatório dos Técnicos em Saúde**. Memória da Educação Profissional em Saúde no Brasil anos 1980-1990 - Relatório Final. Rio de Janeiro. 2006. 109p.

FRANÇA, M. G. **Política de atenção ao tabagista no município de Vitória-ES: olhares e caminhos para a sua (re) configuração**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de Concentração: Política e Gestão em Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, Espírito Santo, 2013, 248 f.

FONSECA, Celso Suckow. **História do Ensino Industrial no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola Técnica, 1961.

FONSECA, C.M.O. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz; 2007. 298 pp.

GADOTTI, Moacir. **A questão da educação formal/não-formal**. 2005 suisseinstitut international des droits de l'enfant (ide)11 pg. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/5445484-A-questao-da-educacao-formal-nao-formal.html>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HOFFMANN, J. **Avaliar para promover: as setas do caminho**. Porto Alegre: Mediação, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**, 2013. 181p.

IGLESIAS, A.; ANDRADE, A. N.; PEIXOTO-PINTO, E. E.; DALBELL0-ARAUJO, M. Promoção da Saúde: da política à ação. Cap. 12. 191-203. In: **Saúde Pública em Vitória: vários olhares**. CRUZ, S. C. S.; WERNER, R. C. D.; DALBELLO-ARAUJO, M. (Org.) 2012. 264p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) Preâmbulo. **Sítio do Observatório da Política Nacional de Controle do**

**Tabaco. Instituto Nacional do Câncer**, 21 mai. 2003. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/convencao-quadro-para-o-controle-tabaco>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Deixando de fumar sem mistérios: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. 2ª ed. **rev. reimp.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Cai consumo de tabaco entre os jovens. Agência de Notícias. **Sítio do Inca**, 07 abr. 2009. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/cai\\_consumo\\_de\\_tabaco\\_entre\\_os\\_jovens](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/cai_consumo_de_tabaco_entre_os_jovens)> Acesso em 9 mai. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tratamento do Tabagismo. **Sítio do Inca**, 13 mar. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>>. Acesso em 02 mai 2019.

L'ABBATE S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 15, 1999, 15-27p. Disponível em:< <https://www.scielo.org/article/csp/1999.v15suppl2/S15-S27/>>. Acesso em 01 mai 2019.

LEFEVRE Fernando & LEFEVRE. Ana Maria Cavalcanti A Promoção da saúde como oportunidade para a emancipação. **Revista Eletrônica de comunicação informação e inovação em saúde**. Rio de Janeiro. v. 1, n. 2, p 234-240, jul-dez, 2007. Disponível em: < [https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/907/pdf\\_38](https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/907/pdf_38)>. Acesso em 7 mai.2018.

FLEURY Maria Tereza Leme; FLEURY Afonso. Construindo o conceito de competência. RAC edição especial. 2001, p. 183-196.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 514-522, 2013.

LOPES, F; CUNHA S. M.; ZIBETTI M. & BIZARRO L. **Padrão de consumo e expectativas em relação ao cigarro entre universitários. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS**. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2014, p. 439-453. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a09.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2019.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia científica**. 5. ed., São Paulo: Atlas 2003.

MATHIAS, M. A crise por trás da nova PNAB. **Revista Poli Saúde, educação, trabalho**, Rio de Janeiro, ano X, nº 53, p. 6-16, set./out. 2017.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Atenção Primária à Saúde In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 30 abr. 2018.

MEIRELLES, Ricardo Henrique Sampaio. **Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado**. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas 2009, p. 13-19.

MENEZES, Ebenezer Takuno de; SANTOS, Thais Helena dos. Verbete MEC/USAID. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrasil**. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/mec-usaid/>>. Acesso em: 04 de nov. 2018.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MIGUEL, M. **Grupo de Apoio ao Tabagismo fez quase 900 pessoas largarem o cigarro**. Notícias, Sítio da Prefeitura de Vitória, 05 set. 2017. Disponível em: <<http://vitoria.es.gov.br/noticia/grupo-de-apoio-terapeutico-ao-tabagismo-fez-quase-900-pessoas-largarem-o-cigarro-24743>>. Acesso em: 28 maio 2018.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12º Ed. São Paulo: editora Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 14º Ed. São Paulo: editora Hucitec, 2014.

MONKEN, M.; PEITER, B.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.; NAVARRO, M.; GONDIM, G.M.M.. O Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Barcelos C. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.

MORAES, M. A. **Avaliação da implantação do programa de controle do tabagismo no Hospital Santa Cruz**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Programa de pósgraduação em Saúde Pública, área de concentração saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006, 166 f.

MOREIRA, V. S. **A categoria território na qualificação profissional em vigilância em saúde (VISAU): uma análise da experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) em Nova Iguaçu - RJ**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde). Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro –RJ, 2012, 97 f.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angelica Ferreira; PEREIRA, Isabel, Brasil. Educação em Saúde In. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Fundação Oswaldo Cruz - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Rio de Janeiro – Brasil, 2009.

NUNES, S.O.V.; VARGAS, H. O.; NUNES, L. V. A.; NOTO, M. V. N. A Dependência do Tabaco. In NUNES, S.O.V., and CASTRO, M.R.P., (orgs.). **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento** [online]. Londrina: EDUEL, 2011. pp. 41-54. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sj9xk/pdf/nunes9788572166751-02.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2018.

NUNES, Gustavo. O Projeto Terapêutico e Mudança nos modos de produzir Saúde. Hucitec. São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão Pública em Saúde: os desafios da avaliação em saúde**. Universidade federal do maranhão- UNASUS/UFMA, São Luís, 2016, 57f.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório da OMS revela aumento na última década de políticas de controle do tabaco que podem salvar vidas**. 19 de jul. de 2017. Brasília, 2017. Disponível em < [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5463:relatorio-da-oms-revela-drastico-aumento-na-ultima-decada-depoliticadas-de-controle-do-tabaco-que-podem-salvar-vidas&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5463:relatorio-da-oms-revela-drastico-aumento-na-ultima-decada-depoliticadas-de-controle-do-tabaco-que-podem-salvar-vidas&Itemid=839)>. Acesso em: 29 abr. 2018.

OSÓRIO, LC. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009. 148p.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 120p.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

PERON, I. Não há posição formada para reduzir impostos sobre cigarros. 2019. Disponível em: < <https://www.valor.com.br/brasil/6184813/moro-nao-ha-posicao-formada-para-reduzir-impostos-sobre-cigarros>>. Acesso em 28 mar. 2019.

PINTO, E.E.P; ARAÚJO, M.D; MATUMOTO, S.; CAPOZZOLO, A.A; CARDOSO, M.R.L.; MISHIMA, S.M. Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, mar./jun.2010. p. 77-96.

PINTO, G. S. S. **Alegorias psicotrópicas: substâncias psicoativas ilegais, drogas e as imagens contemporâneas de uma práxis milenar**. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional). Programa de pós-Graduação em Psicologia Institucional, do Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, 2017, 162f.

PORTES, L. H.; CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M. T. B.; CAETANO, R.; RIBEIRO, L. C. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):439-448, 2013.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B.; FIGUEIREDO, V. C.; CAVALCANTE, T. M.; SILVA, V. L. da C. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1837-1848, 2018.

PRONKO, Marcela; STAUFFER Anakeila; CORBO Anamaria; LIMA Julio César; REIS Renata. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. 302p.

RAMOS, M.N. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010. 290 p.

\_\_\_\_\_. **História e política da educação profissional**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, Coleção Formação Pedagógica, 1ª ed., v. 5, 2014.

\_\_\_\_\_. Projetos de Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo e Desafios da Educação Profissional em Saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **O Trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016. 201-217p.

REIS, Tatiana Carvalho; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; SOUZA, Luis Paulo Souza; SILVA, José Rodrigo; AMARAL, Anna Karenina Martins; MESSIAS, Romerson Brito; LEITE, Maísa Tavares de Souza. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil, **J Health Sci Inst**. 2013. p. 219-223. Disponível em: <[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02\\_abr-jun/V31\\_n2\\_2013\\_p219a223.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p219a223.pdf)>. Acesso em 12 out. 2018.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 327p.

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.

RONDINA, R.C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. **Revista Psiq. Clín.** 30 (6): 221-228, 2003.

SANDER, B. **Administração da Educação no Brasil: genealogia do conhecimento**. Brasília: Liber Livro, 2007.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciênc. Saúde coletiva** 12(4), 2007, p. 999-1010.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1): 2013, p. 253-264.

SILVA, Luiz Carlos Corrêa da; ARAÚJO, Alberto José de; QUEIROZ Ângela Maria Dias de; SALES, Maria da Penha Uchoa; CASTELLANO, Maria Vera Cruz de Oliveira (Comissão de Tabagismo da SBPT). Controle do tabagismo: desafios e conquistas. In: **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 42, n 4, 2016, 290-298. Disponível em: <[http://jornaldepneumologia.com.br/imagebank/pdf/completo\\_v42n4\\_PT.pdf](http://jornaldepneumologia.com.br/imagebank/pdf/completo_v42n4_PT.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem** 2008 jun;12 (2):291- 99. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2019.

SOPEZKI, D; FERREIRA, E; PAIM, K; ARAUJO, R. B. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do tabagismo. In: PICCOLOTO, N. M; WAINER, R; PICCOLOTO, L. **Tópicos especiais em terapia- comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

SOUZA, A.M.; MATOS, E.G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GUBITS, S.; NORIEGA, J.A.V. (Org.) **Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação**. São Paulo: Vetor, 2004. p.147-215.

SOUZA I.C.W.; RONZANI T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. Estu.** V. 17, n. 2, 2012, p. 237-246. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n2/v17n2a06.pdf>>. Acesso em: 02 mai 2019.

TORRES H.C., **Avaliação de um Programa Educativo em Diabetes Mellitus com Indivíduos Portadores de Diabetes Tipo 2 em Belo Horizonte**, MG. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

TREATOBACCO. **O tabaco sem fumo, tal como orapé, o tabaco de mascar ou o snus sueco, tem sido sugerido como um auxílio potencial para a redução de danos ou para o abandono do tabagismo**. 12. dez. 2017. Disponível em:< [http://www.treatobacco.net/pg/page\\_72.php](http://www.treatobacco.net/pg/page_72.php)>. Acesso em: 14 abr. 2018.

UFRJ. Sitio da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **V Curso de Atualização no Tratamento e Prevenção do Tabagismo**, 2019. Disponível em:< <https://eventos.ufrj.br/evento/v-curso-de-atualizacao-no-tratamento-e-prevencao-do-tabagismo/>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

VALLORY-SILVA, D. **Articulação entre ensino e serviço nos cursos da área de saúde na ETSUS-Vitória**: o olhar do aluno/trabalhador sobre a estratégia da dispersão. 2014. Trabalho

de Conclusão de Curso. Pós-graduação *lato sensu* Especialização em Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo – Campus Colatina, Colatina, 2014, 43 f.

VERGARA R.; AQUINO M. Ascensão e Queda do Tabaco. **Revista Superinteressante**, Rio de Janeiro, Editora Abril, ed. 189, junho 2003. Disponível em: < <https://super.abril.com.br/ciencia/ascensao-e-queda-do-tabaco/>>. Acesso em: 11 fev. 2018.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2000.

VIEIRA, Alboni Maris Dudeque Pifanovski; SOUZA JUNIOR, Antônio de Souza. A Educação Profissional no Brasil. **Revista Interações**. Nº 40. P 152-169. 2016. Disponível em: < [file:///C:/Users/rsqui/Downloads/10691-exto%20do%20Trabalho-31936-1-10-20170116%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/rsqui/Downloads/10691-exto%20do%20Trabalho-31936-1-10-20170116%20(5).pdf)>. Acesso em 10 out. 2018.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Tabagismo: Relatório de ações do Programa Municipal de Controle do Tabagismo, 2009.

VITÓRIA. Prefeitura de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Escola Técnica e Formação Profissional Professora Ângela Maria Campos da Silva. **Proposta Pedagógica**. Vitória – ES, 2012.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Gestão, Planejamento e Comunicação. **Rede bem estar é finalista de prêmio de excelência em São Paulo**. Notícias, Sítio da Prefeitura de Vitória, 18 ago. 2015. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/noticia/rede-bem-estar-e-finalista-de-premio-de-excelencia-em-sao-paulo-18700>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria municipal de saúde. **Plano municipal de saúde 2018-2021**, 2017. Disponível em: < [http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229\\_plan\\_mun\\_saude\\_2018-2021.pdf](http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20171229_plan_mun_saude_2018-2021.pdf)>. Acesso em: 09 abr. 2018.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria de Gestão, Planejamento e Comunicação. Sítio da Prefeitura de Vitória. **Vitória em Dados**, 2018a. Disponível em: < <http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/territorializacao.asp#>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Escola Técnica e Formação Profissional Professora Ângela Maria Campos da Silva. **Capacitação em Abordagem Intensiva ao Fumante**, (projeto de curso, versão 2018). Vitória – ES, 2018b, 53 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. Tobacco. **Fact sheet** nº 339. Geneva. 2015. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

## **APÊNDICES**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

**APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto: A Percepção dos Profissionais Capacitados em Abordagem ao Fumante da ETSUS-Vitória sobre a Prática da Abordagem Intensiva nos Serviços de Saúde.**

Você está sendo convidado a participar do Projeto de Pesquisa “A Percepção dos Profissionais Capacitados em Abordagem ao Fumante da ETSUS-Vitória sobre a Prática da Abordagem Intensiva nos Serviços de Saúde”. Essa pesquisa objetiva analisar a percepção dos profissionais da saúde capacitados em Abordagem ao Fumante, pela ETSUS-Vitória no período de 2012-2016, a partir da implementação da Abordagem Intensiva nas Unidades Básicas de Saúde no município de Vitória/ES. Por meio das entrevistas com estes profissionais que trabalham na modalidade intensiva dos grupos de apoio ao tabagista, pretendemos identificar a importância e os efeitos da capacitação em abordagem ao fumante na prática do serviço de saúde.

A escolha do tema de pesquisa deve-se a sua atualidade e significado no contexto da formação em saúde e no aspecto de sua implicação para a saúde da população, preconizados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), do Ministério da Saúde, dentre outros organismos nacionais e internacionais. Caso aceite participar da pesquisa, é importante que esteja ciente que participará voluntariamente.

Sua participação será para responder a um formulário de entrevista com perguntas abertas e fechadas, individualmente, para fins de mapeamento da percepção da população da pesquisa sobre a capacitação em abordagem ao fumante e para coleta de informações acerca de sua prática, questões referentes ao seu contexto de trabalho relacionado à implementação dos grupos de apoio ao tabagista.

O encontro para a coleta dos dados, por meio da entrevista, será realizado presencialmente com a pesquisadora e o entrevistado, no local de trabalho deste último, mediante agendamento prévio, conforme sua disponibilidade. Para maior confiabilidade e registro dos dados a entrevista poderá ser gravada. Os dados coletados (respostas do questionário, anotações, áudio

e transcrição da entrevista individual) posteriormente serão utilizados somente para fins deste estudo e arquivados por um período de cinco anos.

Os riscos relacionados com sua participação são decorrentes da observação de um universo específico e poderiam se constituir numa eventual identificação dos participantes. Mas o trabalho não identificará, em qualquer momento, os participantes limitando-se a identificação da Unidade de Saúde, pela necessidade que a pesquisa traz em relatar o serviço com implementação de equipes mais completas de apoio ao tabagismo, sem prejuízo para o entrevistado.

Todos os dados serão guardados sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige. Você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta que possa lhe trazer constrangimento ou mesmo desistir de participar desta pesquisa a qualquer momento, mesmo após ter começado, e isso não vai lhe trazer nenhum prejuízo. Não haverá despesas pessoais para você, assim como também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação na pesquisa.

A presente pesquisa poderá agregar conhecimento às ações de formações na Abordagem ao Fumante, bem como a qualificação da prática dos profissionais da saúde na implementação e monitoramento dos grupos de apoio ao tabagista na Promoção da Saúde, identificando a compatibilidade do currículo e da metodologia aplicados na capacitação com a prática no serviço (ensino-serviço); bem como os desafios e dificuldades apresentadas para a implementação dos grupos de apoio ao tabagista no serviço.

Espera-se, diante dos resultados, fomentar as ações das formações educativas, apontando para a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais que atuam na abordagem ao tabagista no município.

A responsabilidade do estudo fica a cargo da pesquisadora Denise Vallory da Silva (CPF 939.712.737-34). Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa você poderá contatá-la a qualquer momento pelo e-mail: [ursosetsus@gmail.com](mailto:ursosetsus@gmail.com) ou telefone (27) 99927-9556. Caso tenha dúvidas o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Politécnica Joaquim Venâncio também estará à disposição pelo e-mail [cep@epsjv.fiocruz.br](mailto:cep@epsjv.fiocruz.br) ou pelo telefone (21) 3865-9705. Ambos os contatos podem ser feitos diariamente entre 9 e 17h.

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que fui devidamente esclarecido (a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, sobre o objetivo, procedimentos, justificativa, benefícios e riscos deste estudo.

Atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e concordo em participar voluntariamente desta pesquisa, nos termos propostos.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

**APENDICE II - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAL DE**  
**SAÚDE – CAPACITADOS NA ABORDAGEM AO FUMANTE – 2012-2018**

Este formulário tem como objetivo levantar informações acerca da participação do profissional de saúde na capacitação em abordagem ao fumante, ofertada pela <sup>1</sup>ETSUS-Vitória no período compreendido entre 2012-2018, e a prática da abordagem intensiva ao fumante nos serviços de saúde.

Unidade Básica de Saúde (UBS): \_\_\_\_\_ Data:    /    / 2018

**I- Identificação**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino      Idade: \_\_\_\_\_ anos

Profissão: \_\_\_\_\_

Profissional efetivo: ( ) Sim ( ) Não    vínculo: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na UBS: \_\_\_\_\_

Principais atribuições na equipe de abordagem intensiva ao fumante:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de atuação na equipe: \_\_\_\_\_

Já participou da implementação do programa em outro serviço:

( ) Sim      ( ) Não

Se sim, qual: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde de Vitória Professora Ângela Maria Campos da Silva - ETSUS-Vitória

## II Perguntas Específicas

### Importância da Capacitação em Abordagem Intensiva ao fumante da ETSUSVitória

1. Em que ano você participou da capacitação na abordagem intensiva ao fumante, realizada pela ETSUS-Vitória: \_\_\_\_\_

2. O que te motivou a procurar a capacitação para abordagem intensiva ao fumante?

---

---

3. Como você avalia a contribuição da **Capacitação em Abordagem ao Fumante** na implementação do Programa de Abordagem ao Fumante (modalidade intensiva) em seu serviço:

---

---

4. Em que data o serviço implementou a abordagem intensiva com composição dos grupos de apoio ao tabagista?

---

5. Ao implementar a abordagem intensiva no serviço você percebeu alguma dificuldade decorrente da falta de informação na capacitação:

( ) Não ( ) Sim.

Qual (is)? \_\_\_\_\_

6. Qual ou quais os assuntos abordados na capacitação que foram mais importantes para a efetivação da implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço:

---

---

---

7. Houve algum tema que deveria ter sido abordado na capacitação para melhor efetivação da implementação da abordagem intensiva ao fumante? Qual (ais)?

---

---

8. Você considera que, **se não tivesse** participado da Capacitação conseguiria colaborar efetivamente na implementação da abordagem intensiva ao fumante, correspondendo às Diretrizes do Programa do Ministério da Saúde?

( ) Sim ( ) Não

### III- Implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço

9. Quantos profissionais compõem a equipe do programa?

---

10. Qual a formação acadêmica (ensino superior) deles:

---

---

11. Quais profissionais externos à equipe que contribuem com informações sobre os usuários tabagistas dos grupos de apoio (Agente de combate a endemia, agente comunitário de saúde, recepcionista da UBS), etc.

---

---

---

12. A UBS faz a **Abordagem Básica ao fumante** com orientação para que o usuário participe do grupo de apoio ao tabagista?

---

13. A equipe da abordagem intensiva faz **busca ativa** aos participantes do grupo de apoio ao tabagista quando ele falta às sessões. Como?

---

14. Qual (ais) a (s) principal (ais) dificuldade (s) para a implementação da abordagem intensiva ao fumante na UBS:

- ( ) reduzido número de profissionais na equipe  
( ) falta de capacitação dos outros profissionais  
( ) pouca adesão por parte dos participantes

( ) pouco ou nenhum apoio da gestão local

( ) falta de material

( ) outra: \_\_\_\_\_

15. Quais os principais resultados de sua participação na implementação da abordagem intensiva ao fumante no serviço:

---

---

---

16. Em sua opinião qual o impacto da capacitação para abordagem intensiva ao fumante na implementação do Programa no serviço de saúde?

---

---

---