



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

NÚBIA BARBOSA ELEUTÉRIO DUARTE

**CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE PARA TRABALHADORES - UMA EXPERIÊNCIA EM
SAPUCAIA DO SUL/RS.**

Porto Alegre

2023

Núbia Barbosa Eleutério Duarte

**CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE PARA TRABALHADORES - UMA EXPERIÊNCIA EM
SAPUCAIA DO SUL/RS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Linha de pesquisa: Educação em Saúde e Políticas Públicas

Porto Alegre

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Duarte, Núbia Barbosa Eleutério
CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA: ESTRATÉGIAS DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA TRABALHADORES - UMA
EXPERIÊNCIA EM SAPUCAIA DO SUL/RS. / Núbia Barbosa
Eleutério Duarte. -- 2023.
119 f.
Orientadora: Fabiana Schneider Pires.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. Prevenção do Hábito de Fumar. 2. Tabagismo. 3.
Atenção Primária à Saúde. 4. Capacitação de Recursos
Humanos em Saúde. 5. Integralidade em Saúde. I. Pires,
Fabiana Schneider, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Jeová Deus pela vida e pelo privilégio de testemunhar seu imenso amor. Sou uma pessoa muito abençoada e devo tudo isso a Ele. Conciliar vida pessoal, trabalho e estudo é um desafio. Concluir o mestrado só me mostra, mais uma vez, que Ele “dá poder ao cansado e enche de vigor aquele que está sem forças” (Isaías 40:29).

Esse mestrado profissional é, de fato, uma ponte entre a academia e o serviço! Por isso, agradeço a todos os professores que se empenharam e continuam a se empenhar para que esse Mestrado Profissional fosse implantado e permaneça nessa Universidade, e pelo empenho de todos em qualificar cada vez mais o programa.

Fazer um mestrado requer dedicação, leitura e trabalho árduo e isso não teria sido possível sem o apoio, incentivo, contribuição e disponibilidade de pessoas extraordinárias. A todas elas quero expressar o meu reconhecimento e mais sincero agradecimento.

Agradeço minha família por me amar, apoiar e incentivar. São presentes de Deus na minha vida.

Agradeço meus pais, Fernando e Ione, por terem me criado com muito amor, carinho e dedicação e por sempre estarem do meu lado na estrada da vida e serem meus principais incentivadores nos estudos.

Ao meu marido, Rafael, por todo amor e paciência. Obrigada por tornar as coisas mais fáceis, essa é mais uma etapa da minha vida que fizemos juntos.

Agradeço aos meus irmãos, Alessandro e Fábio, e irmãs, Iara e Fernanda, por também me incentivarem e apoiarem.

À prima e professora Andrea pelo incentivo aos estudos e por acreditar em mim.

À professora Fabiana Schneider Pires, minha orientadora, envio um agradecimento muito particular e especial pela incansável disponibilidade tanto no acompanhamento do meu projeto e orientação tão competente, quanto em outros momentos, como por exemplo, ao aceitar o convite para compartilhar um pouco de seus conhecimentos com os colegas de Sapucaia do Sul/RS. Minha gratidão! Agradeço também pela paciência em me ensinar a olhar para a pesquisa qualitativa e ver como ela é importante na produção do cuidado em saúde. Fui muito abençoada por tê-la comigo, trabalhando junto, me incentivando à reflexão durante esse caminho tão desafiador.

Agradeço ao grupo de trabalho pela construção coletiva do curso de capacitação em “Abordagem e Tratamento do Tabagismo”. Nossos encontros foram verdadeiros espaços de EPS! O trabalho no SUS nos uniu e fizemos um ótimo trabalho juntas.

Agradeço aos colegas do município que participaram da pesquisa.

Aos colegas do mestrado, agradeço pela parceria. Aprendi muito com vocês!

Aos colegas de trabalho e a gestão do município, agradeço por terem sido tão parceiros nessa construção e pelo incentivo.

RESUMO

O tabagismo é um dos mais graves problemas de saúde pública do mundo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) objetiva reduzir a prevalência de fumantes e a morbidade e mortalidade por doenças tabaco-relacionadas. O PNCT inclui a abordagem cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, associada ou não à farmacoterapia como método mais eficaz para o tratamento do fumante. O objetivo principal deste estudo é identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS para o cuidado ao usuário tabagista no escopo do Programa de Controle do Tabagismo. O estudo é exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 5.235.312. Para a etapa quantitativa foi utilizado questionário no formato formulário eletrônico online. Os dados foram analisados de forma descritiva e em percentuais, com uso de planilhas no software Excel. Na etapa qualitativa foi realizada roda de conversa e diário de campo. Os dados foram analisados a partir dos fundamentos da Análise do Discurso. Participaram da etapa quantitativa 42 profissionais de saúde de nível superior da rede de atenção primária do município de Sapucaia do Sul/RS. A etapa qualitativa foi realizada com 07 trabalhadores que participaram da etapa quantitativa e aceitaram o convite para a roda de conversa. Os participantes declararam idades entre 25 e 52 anos, mulheres são a maioria (n=31) e a pós-graduação mais frequente foi residência/especialização (87,8%), com maior representatividade na área da Saúde Pública e/ou Coletiva e Saúde da Família ou Comunidade. O vínculo empregatício mais observado foi o estatutário (n=19) seguido por prestador de serviço (n=18). Um profissional declarou ser tabagista. Dentre os participantes, 73,8% avaliaram a capacitação inicial como boa (n=22) e ótima (n=09) e se consideram um profissional muito capacitado (n=02) e capacitado (n=31) para tratar o usuário tabagista. Nas respostas, 25 profissionais relatam que não participaram de nenhuma Educação Permanente sobre o tema, embora 21 destes realizem o tratamento do tabagista há 4 anos ou menos. Trinta e um (31) profissionais trabalham com o PNCT com outro profissional da equipe de saúde e 01 trabalha sozinho. Quanto à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), 21 profissionais não ofertam esse tratamento aos usuários e 18 ofertam. A auriculoterapia (n=16) é a PICS mais ofertada. Referente à prescrição de medicamentos pelos profissionais, 19 prescrevem e o medicamento mais prescrito é o adesivo, seguido da bupropiona. 28 profissionais realizam acompanhamento de abstinência com os usuários. Como principais resultados foram identificados: capacitação inicial insuficiente para o desenvolvimento das sessões cognitivo-comportamental, fragilidade na longitudinalidade do tratamento ofertado ao usuário tabagista, falta de organização da APS para a oferta das sessões de manutenção com prejuízos à continuidade do cuidado, falta de capacitação da equipe de saúde de nível médio e técnico, dificuldades com questões administrativas referentes à organização do trabalho e gerenciamento, nem todas as Unidades de Saúde tem sala de reunião para realizar o grupo de acompanhamento, horários de funcionamento do serviço de saúde incompatível com a rotina dos usuários o que dificulta o acesso às Unidades de Saúde, falta colaboração e engajamento de alguns profissionais das equipes e, por fim, configura-se como um desafio o trabalho em equipe articulado capaz de gerar uma interação interprofissional. Como potencialidades identificaram-se: equipe multiprofissional, apoio das equipes de matriciamento, facilidade na comunicação mútua entre trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde, possibilidade de ações em território adstrito da ESF e com a atuação de Agentes Comunitários de Saúde, busca de parceria com estabelecimentos de outros setores como uma alternativa ao espaço físico inadequado e espaços de educação permanente (por exemplo, as reuniões de equipe

semanais). Foram desenvolvidos três produtos como resultados do processo de pesquisa: a) Curso de formação profissional (2 edições de curso de Capacitação em Abordagem e tratamento do Tabagismo); b) Cartilha 1: Guia para abordagem e tratamento do tabagismo; c) Cartilha 2: Educação Permanente em Saúde: perspectivas para o trabalho e para o cuidado ao usuário tabagista. No decorrer do estudo observou-se aumento na oferta de serviços e acompanhamento ao usuário tabagista no município, no âmbito da Atenção Primária. O estudo ressalta a importância da abordagem integral ao usuário e de qualificar os profissionais de saúde para uma visão ampliada do cuidado em saúde por meio da Educação Permanente em Saúde, a qual se configura como metodologia capaz de transformar os processos de trabalho das equipes de saúde.

Palavras-chave: Prevenção do Hábito de Fumar; Tabagismo; Atenção Primária à Saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Integralidade em Saúde

ABSTRACT

Smoking is one of the most serious public health problems in the world. The National Tobacco Control Program (PNCT) aims to reduce the prevalence of smokers and morbidity and mortality from tobacco-related diseases. The PNCT includes a cognitive-behavioral approach, in groups or individually, with or without pharmacotherapy as the most effective method for treating smokers. The main objective of this study is to identify and understand the difficulties and challenges faced by professionals of the Primary Health Care Network in the city of Sapucaia do Sul/RS for the care of smokers within the scope of the Tobacco Control Program. The study is exploratory, with a quantitative and qualitative approach. The project was approved by the Research Ethics Committee, opinion 5,235,312. For the quantitative stage, experimentation was used in the online electronic form format. Data were analyzed descriptively and in percentages, using spreadsheets in Microsoft Excel software. In the qualitative stage, a conversation circle and a field diary were held. The data were analyzed from the foundations of Discourse Analysis. 42 health professionals from the primary care network in the city of Sapucaia do Sul/RS participated in the quantitative stage. The qualitative stage was carried out with 07 workers who participated in the quantitative stage and accepted the invitation to the conversation circle. Those who answered the online sessions declared ages between 25 and 52 years old, most were women (n=31), the most frequent type of postgraduate degree was residency/specialization (87.8%), with greater representation in area of Public and/or Collective Health and Family or Community Health. The most observed employment relationship was statutory (n=19) followed by service provider (n=18). One professional declared to be a smoker. Among the participants, 73.8% evaluated the initial training as good (n=22) and excellent (n=09) and consider themselves to be a very qualified professional (n=02) and qualified (n=31) to treat smokers. In the answers, 25 professionals report that they did not participate in any Permanent Education on the subject, although 21 of these have been treating smokers for 4 years or less. Thirty-one (31) professionals work in the PNCT with another professional from the health team and 01 works alone. As for the offer of Integrative and Complementary Health Practices (PICS), 21 professionals do not offer this treatment to users and 18 do. Auriculotherapy (n=16) is the most offered PICS. Regarding the prescription of medication by professionals, 19 prescribe and the most prescribed medication is the patch, followed by bupropion. 28 professionals performed abstinence monitoring with users. As main results were identified: insufficient initial capacity for the development of cognitive-behavioral sessions, athlete in the longitudinality of the treatment offered to the smoker user, lack of organization of the PHC to offer the maintenance sessions with damages to the continuity of the care, lack of capacity of the mid-level and technical health team, difficulties with administrative issues related to the organization of work and management, not all Health Units have adequate physical structure to carry out the follow-up group, opening hours of the health service incompatible with the routine users, which hinders access to Health Units, lack of collaboration and engagement of some team professionals and, finally, articulated teamwork capable of generating interprofessional interaction is a challenge. The following potentialities were identified: multidisciplinary team, support from matrix support teams, ease of mutual communication between workers in the Health Care Network, possibility of actions in the territory assigned to the ESF and with the work of Community Health Agents, search for partnership with establishments in other sectors as an alternative to inadequate physical space and continuing education spaces (eg weekly staff meetings). Three products were included as results of the research process: a) Professional training course (2 editions of the Training Course in Approaching and Treating Smoking); b) Booklet 1: Guide for approaching and treating smoking; c) Booklet 2: Continuing Health

Education: perspectives for work and care for smokers. During the study, there was an increase in the supply of services and follow-up to the smoker in the municipality, within the scope of Primary Care. The study emphasizes the importance of an integral approach to the user and of qualifying health professionals for a broader view of health care through Permanent Health Education, which is configured as a methodology capable of transforming the work processes of health teams.

Keywords: Smoking Prevention; Tobacco Use Disorder; Primary Health Care; Health Human Resource Training; Integrality in Health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Prevalência do uso de tabaco na amostra (N= 42)	42
Figura 2 – Interesse pelo tema tabagismo na amostra (N=42)	43
Figura 3 – Conhecimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (INCA, 2020) pelos participantes (N=42)	45
Figura 4 – Uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (INCA, 2020) pelos participantes (N=42)	46
Figura 5 – Momentos da 1ªedição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2021	76
Figura 6 – Card para divulgação do Curso: Abordagem e Tratamento do Tabagismo para a 1ª CRS, Sapucaia do Sul/RS, 2022.....	78
Figura 7 – Momentos da 2ªedição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2022	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil do profissional que fez Capacitação para Tratamento do tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS, 2022	40
Quadro 2 – Percepção, conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde frente ao Tratamento do Tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS, 2022	44
Quadro 3 – Respostas para a questão: “Na sua opinião qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco?”	47
Quadro 4 - Municípios, número de profissionais e núcleo de graduação capacitados na 2ª edição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2022.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS SIGLAS

AMENT	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise do Discurso
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSij	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CID-10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CQCT	Convenção – Quadro para o Controle do Tabaco
CRS	Coordenação Regional de Saúde
DC	Diários de Campo
eAP	Equipe de Atenção Primária
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTND	<i>Fagerström Teste for Nicotine Dependence</i> (Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina)
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IATS	Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde
LC	Linha de Cuidado
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNS	Política Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPDC	Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URTB	Unidade de Referência da Tuberculose

APRESENTAÇÃO

Nasci em 1985, no período em que a comunidade científica mundial despertava para os malefícios do tabaco, reconhecendo o tabagismo como uma dependência química e que causa diversos prejuízos à saúde.

Mas, ainda assim, ressalto que o século XX representa a época de ouro do tabaco. Já que o mesmo patrocinava e fazia propaganda em eventos esportivos do calendário internacional (como as corridas de fórmula 1, fórmula Indy...), shows musicais e eventos culturais, sendo até inspiração para poesia. Com a chegada do cinema, a indústria do tabaco encontrou uma influente aliada – a indústria de entretenimento – com publicidade de seus anúncios, mas também incluindo o fumo nas principais cenas, com atores e atrizes que trouxeram glamourização ao tabaco na arte. Haja vista a mesma coisa entre atores nas telenovelas. Esse histórico caracterizava o tabagismo como uma doença transmitida pela publicidade. O cigarro era popular e estava associado à sedução e poder!

Meus avós, tios e pai são frutos de toda essa glamourização do tabaco. Cresci convivendo com pessoas que usavam o tabaco em suas diversas formas. Minha tia cheirava rapé, outro tio usava o cachimbo, meu avô o cigarro de palha e meu pai o cigarro industrial.

Minha geração viveu um período diferente, com certeza os dias de glamour do tabaco acabaram! Desde pequena tentava incentivar as pessoas a pararem de fumar. Vivi na família consequências dessa doença como: cânceres, infartos, enfisema pulmonar, pontes de safena e até morte. Dentre várias vivências de problemas sérios na família, devido ao tabaco, destaco a história de papai. Meu pai quase amputou a perna, precisou passar por uma cirurgia de urgência e após isso conseguiu ficar em abstinência por anos. Porém, a morte de um sobrinho querido foi o gatilho para ele voltar a fumar como se nunca tivesse parado. Mas, o corpo voltou a pedir socorro, a luta contra o tabaco começou de novo e dessa vez ele conseguiu e está em abstinência por anos, no entanto, alguns danos se tornaram irreversíveis.

Percebi, desde bem jovem, como era difícil se livrar dessa doença! O que fazer? Porque simplesmente ter conhecimento dos malefícios e até vivenciar prejuízos à saúde não eram suficientes para fazer as pessoas mudarem de comportamento.

Observei pessoalmente a crescente participação do Brasil em ações para o controle do tabaco, incluindo legislação federal, pesquisa e capacitação de profissionais para abordagem e tratamento do fumante.

Passsei em odontologia e comecei os estudos em 2003. Na Universidade, participei de

um grupo de pesquisa de iniciação científica de estomatologia que tinha como tema principal o carcinoma epidermóide. Esse câncer tem como principal fator de risco o tabaco. Entretanto, nunca imaginei que, como cirurgiã-dentista, poderia, um dia, me envolver no tratamento da pessoa que deseja parar de fumar. Durante a residência em Saúde da Família realizei meu trabalho de conclusão de curso sobre o tema.

Trabalhando na Equipe de Saúde da Família (ESF) em Sapucaia do Sul/RS iniciei em 2013, juntamente com a colega médica, ainda sem a Capacitação preconizada pelo Ministério da Saúde e sem os insumos previstos pelo Programa, com grupos para pessoas que desejavam parar de fumar e tivemos boa adesão de usuários. Realizávamos a abordagem cognitivo-comportamental e criávamos nossos próprios instrumentos de trabalho por meio de dinâmicas de grupo e rodas de conversa. Só em 2014 o município iniciou a Capacitação preconizada pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde, ocasião em que realizei a Capacitação para habilitação da Unidade de Saúde ao Programa. Com isso, passamos a receber os insumos (manuais dos participantes, bupropiona, adesivos de nicotina e gomas de nicotina).

Tenho um carinho especial pelo tema e acredito que isso me sensibilizou para auxiliar os usuários que procuram apoio para parar de fumar, pois é um grande desafio iniciar um grupo, manter o grupo e acompanhar esses usuários. Mesmo com dificuldade de adesão dos usuários até o final dos encontros preconizados, eu nunca desisti de iniciar e manter a minha equipe como referência para o Programa. Mesmo no auge da pandemia, eu me reinventei, realizando acompanhamentos individuais por vídeo-chamada, contando com a colaboração dos colegas da equipe, como o agente comunitário de saúde (ACS) que entregava os insumos necessários no domicílio do usuário. No meu caso, trabalhar com a abordagem cognitivo-comportamental é desafiador, mas se mostrou agradável e profundamente mobilizadora, pois provoca sentimentos, produz afeto, aguça a criatividade, integra saberes (do usuário e interprofissional) e é capaz de estimular a ação. Vivenciei nos grupos muitas vezes “a prática atualizando a teoria”.

Como minha equipe de saúde ofertava continuamente o acompanhamento e acolhimento aos usuários que desejavam parar de fumar, passamos a receber pessoas de vários territórios do município que alegavam que suas equipes de saúde de referência não estavam fazendo tal acompanhamento. De fato tínhamos muitas equipes sem profissionais capacitados, entretanto, também notei que muitos colegas, profissionais de saúde, embora tivessem feito a Capacitação inicial preconizada pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), não realizavam o tratamento do fumante. Por isso, a minha pergunta de

pesquisa foi: quais as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo?

O benefício desse Programa de Mestrado Profissional é perceptível na minha prática como profissional de saúde atuante no SUS e foi capaz de transformar o trabalho no município. Fico muito feliz em saber que, com esse trabalho, aumentamos a oferta do serviço para os usuários que desejam parar de fumar por contribuir em habilitar mais profissionais e conseqüentemente mais equipes de saúde para o PNCT. Houve também uma melhora na gestão desse serviço de saúde no município. E, ainda, incentivamos a educação permanente em saúde como recurso importante de qualificação dos profissionais que trabalham em equipes de saúde visando uma abordagem acolhedora, objetivando o cuidado integral do usuário tabagista.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1	O TABAGISMO NO BRASIL	21
3.2	O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNICÍPIO	22
3.3	AS REDES DE ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE	25
3.4	O CUIDADO EM SAÚDE E O TABAGISMO	27
3.5	EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTEGRALIDADE	32
4	METODOLOGIA	34
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO: DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DOS PARTICIPANTES	35
4.3	PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	36
4.3.1	ETAPA QUANTITATIVA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
4.3.2	ETAPA QUALITATIVA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	39
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
6.1	ANÁLISE QUANTITATIVA DESCRITIVA SIMPLES	40
6.1.1	PERFIL DO PROFISSIONAL QUE FEZ CAPACITAÇÃO PARA TRATAMENTO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022	40
6.1.2	COMPORTAMENTO E INTERESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022	42
6.1.3	PERCEPÇÃO, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022.....	43
6.1.4	CONHECIMENTO E USO DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO DE 2020 (INCA) PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022	45

6.1.5	OPINIÃO SOBRE QUAL A MELHOR ABORDAGEM DE TRATAMENTO PARA O USUÁRIO DE TABACO, COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO	46
6.2	RODA DE CONVERSA: ANÁLISE QUALITATIVA	49
6.2.1	CURSO DE CAPACITAÇÃO INICIAL PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO	51
6.2.2	PROCESSO DE TRABALHO NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO TABAGISTA	55
6.2.3	DIFICULDADES E POTENCIALIDADES PARA TRATAR O USUÁRIO TABAGISTA	59
6.2.4	CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE	67
6.2.5	AÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS	71
7	PRODUTOS TÉCNICOS.....	77
7.1	CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL	75
7.1.1	1ª EDIÇÃO DO CURSO: CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	75
7.1.2	2ª EDIÇÃO DO CURSO: CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO.....	77
7.2	CARTILHA 1: GUIA PARA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO	80
7.3	CARTILHA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA O TRABALHO E PARA O CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA	80
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO (FORMULÁRIO ON-LINE).....	94
	APÊNDICE B - TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA COLETA DE DADOS POR MEIO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO.....	96
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO FORMULÁRIO ELETRÔNICO ON-LINE.....	97
	APÊNDICE D – TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA RODA DE CONVERSA	99
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA	

RODA DE CONVERSA ..	100
APÊNDICE F - ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSAS ..	102
APÊNDICE G - CARTILHA 1: GUIA PARA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO ..	104
APÊNDICE H - CARTILHA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVA PARA O TRABALHO E PARA O USUÁRIO TABAGISTA.....	105
ANEXO A – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL ..	106
ANEXO B – PARECER PLATAFORMA BRASIL ..	107
ANEXO C – CERTIFICADOS FORNECIDOS PELO ESTADO NA 1ª EDIÇÃO DO CURSO ..	115
ANEXO D – FICHA ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO ..	116
ANEXO E – CERTIFICADOS FORNECIDOS PELO ESTADO NA 2ª EDIÇÃO DO CURSO ..	118

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi implantado no Brasil em 1989 com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, assim como a morbidade e a mortalidade por doenças tabaco-relacionadas (CAVALCANTE, 2005). Uma das principais metas do PNCT é implantar o Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde, o qual foi aprovado pela Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A Atenção Primária à Saúde (APS) assume a sua importância na abordagem ao dependente de tabaco. Entretanto, é importante ressaltar que, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Tabagismo (BRASIL, 2020), o tratamento do tabagismo pode ser realizado em qualquer nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, observa-se que, por sua capilaridade, a rede de Atenção Primária à Saúde permite um maior alcance populacional. E a Estratégia Saúde da Família (ESF), entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e como o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, deve ter profissionais aptos para a abordagem de tratamento ao tabagismo (STARFIELD, 2002).

O PNCT inclui a abordagem cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, associada ou não à farmacoterapia, como método mais eficaz para o tratamento do fumante (BRASIL, 2001). Sendo assim, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial para efetivação do Programa, uma vez que esta pode impactar na adesão dos profissionais e melhorar seu desempenho no tratamento do fumante no SUS (PORTES *et al.*, 2014).

O tabagismo é o resultado da interação de uma multiplicidade de fatores biológicos, sociais e culturais, sendo um problema de saúde complexo que acomete vários campos na vida do indivíduo. Sua abordagem, portanto, requer um olhar mais ampliado proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social que vão para além da dependência física provocada pela nicotina (SEABRA; FARIA; SANTOS; 2011). Nesta lógica, o presente estudo ressalta a importância da abordagem integral ao usuário e de qualificar os profissionais de saúde para uma visão mais ampliada do cuidado em saúde ao manejar essa condição clínica.

Nesse processo não se trata de incentivar uma visão médica da vida, de quebrar resistências para transmitir conhecimentos técnicos e/ou científicos ou de insistir para que as pessoas assumam certos comportamentos. Trata-se, acima de tudo, de ampliar meios de interação cultural e acordos, sem refutar os processos socioculturais e psicoafetivos que estão

na base da vida, da saúde-doença, dos cuidados em saúde e da qualidade dos serviços (MANDÚ, 2004).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004 (BRASIL, 2009), que tem como um dos eixos estratégicos o cuidado em saúde, é uma resposta às demandas dos trabalhadores e é capaz de transformar o mundo do trabalho, contribuindo para a necessária transformação dos processos de trabalho e das práticas de saúde. A PNEPS representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil, sendo uma estratégia do SUS para o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013, resolve que é responsabilidade da gestão municipal a capacitação de pelo menos 1 (um) profissional de saúde por estabelecimento para qualificação do cuidado da pessoa tabagista (BRASIL, 2013). No município de Sapucaia do Sul/RS, observou-se que muitos profissionais, embora tivessem participado da capacitação inicial preconizada pelo PNCT, não ofertavam o tratamento do tabagismo à população assistida e, portanto, não garantiam a atenção à pessoa tabagista.

Baseado na baixa adesão dos profissionais de saúde ao Programa Municipal de Controle do Tabagismo emergiu a seguinte questão de pesquisa: Quais as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde, do município de Sapucaia do Sul/RS, para a execução do Programa Nacional de Controle do Tabagismo?

Acredita-se que o estudo possa contribuir na qualificação do tratamento do tabagismo por incentivar atividades de educação permanente em saúde que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para o cuidado integral do usuário que busca ajuda para parar de fumar. Espera-se que os resultados encontrados promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado, em atendimentos individuais ou coletivos, nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de educação permanente aos profissionais de saúde a fim de qualificar ações no combate ao tabagismo.

Busca-se, também, o compromisso dos participantes desse estudo com a Política Nacional de Combate ao Tabagismo e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por realizar educação permanente dos profissionais a fim de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário tabagista no município, objetivando reduzir a prevalência, pensando em percursos de cuidado e, desta forma, construindo possibilidades para que as pessoas tenham melhora na qualidade de vida.

Esse estudo possibilitou uma participação mais ativa do município de Sapucaia do Sul/RS no PNCT por habilitar mais profissionais e, conseqüentemente, mais equipes de

saúde. Além disso, foi também propulsor de uma melhora na gestão municipal desse serviço de saúde por usar e incentivar a educação permanente em saúde como meio de transformar os processos de trabalho visando o cuidado integral do usuário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde, do município de Sapucaia do Sul/RS, para o cuidado ao usuário tabagista no escopo do Programa de Controle do Tabagismo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil dos trabalhadores de saúde que realizam o tratamento e abordagem do usuário tabagista no município;
- b) Caracterizar o processo de trabalho no tratamento e no acompanhamento do usuário tabagista, contribuindo para estudos sobre o tema;
- c) Identificar e analisar as dificuldades e potencialidades dos profissionais para acompanhar os usuários tabagistas;
- d) Analisar os conhecimentos dos profissionais sobre o curso de Capacitação inicial para o Programa de Tratamento do Tabagista;
- e) Possibilitar aos profissionais da saúde momentos de reflexão e troca de conhecimentos, voltando-se para ações de EPS como ferramenta para desenvolver habilidades e competências nos trabalhadores do município.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O TABAGISMO NO BRASIL

O tabagismo é amplamente reconhecido como doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando por isso inserido no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (WHO, 2019). Representa o principal

fator de risco evitável, não só do câncer, como também de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (BRASIL, 1996). Ele também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (DROPE *et al.*, 2018).

O tabagismo é uma doença que está associada aos seguintes tipos de câncer: leucemia mielóide aguda; câncer de bexiga; câncer de pâncreas; câncer de fígado; câncer do colo do útero; câncer de esôfago; câncer de rim e ureter; câncer de laringe; câncer de boca; câncer de pescoço; câncer de estômago; câncer de cólon e reto; câncer de traqueia, brônquios e pulmão (PALACIOS *et al.*, 2020). O tabagismo contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e outras doenças, como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade, osteoporose, catarata, dentre outras (INCA, Tabagismo, 2021).

No Brasil, segundo dados coletados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), 162 mil pessoas morrem por ano por causa do tabagismo. Cerca de R\$125 bilhões são os custos aos cofres públicos no sistema de saúde com doenças tabaco associadas (INCA, Saúde desenvolve estratégias para conter queda em procura por tratamento contra o tabagismo na pandemia, 2021).

O relatório *Tratamento do Tabagismo no SUS Durante a Pandemia de Covid 19 – Resultados* (INCA, Saúde desenvolve estratégias para conter queda em procura por tratamento contra o tabagismo na pandemia, 2021) mostrou uma diminuição da procura por tratamento no ano de 2020 de 66% a nível nacional em relação a 2019, possivelmente associado à pandemia pelo novo coronavírus. Por isso o INCA, no fim de 2020, se empenhou em realizar educação permanente para os profissionais a fim de ter uma retomada na oferta do tratamento.

3.2 O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO NO BRASIL E NO MUNICÍPIO

No Brasil, a partir da década de 1970, se evidenciaram por profissionais isolados, associações religiosas e outras organizações não governamentais movimentos organizados para o controle do tabagismo, sem nenhum apoio governamental (BRASIL, 2001). Na década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) assumiu esse papel através do Instituto Nacional de Câncer (INCA) por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (BRASIL, 2001). Desde então, o Brasil vem realizando um importante trabalho contra o fumo por meio de legislação federal (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018).

O PNCT foi implantado no Brasil em 1989 com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, assim como a morbidade e a mortalidade por doenças tabaco-relacionadas (CAVALCANTE, 2005). Como marco importante, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a oferecer o tratamento para o tabagismo em muitos municípios do país.

Desde 1997, o INCA é o Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o Controle do Tabaco avaliando conhecimento, crenças e atitudes da população frente às diferentes medidas do PNCT e realiza estudos de nível populacional a fim de contribuir para acompanhar as tendências do consumo de produtos de tabaco no Brasil (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018).

Sendo o cigarro um produto globalizado, a primeira política de saúde globalmente articulada foi para o combate ao tabagismo. A OMS formou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), lançado em 2003 pelos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificado pelo Brasil em 2005 (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018). Estes países passaram a assumir o papel de protagonistas na luta contra os efeitos do uso do tabaco, responsabilizando-se pela construção de ações econômicas e comerciais que desestimulem o tabagismo no contexto de seus territórios, e o Brasil teve um papel de destaque no processo de negociação deste Tratado (CQCT/OMS) devido ao trabalho que já vinha realizando por anos (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018).

O Decreto 5.658/2006 promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018). A partir desse Decreto foi adotado o termo Política Nacional de Controle do Tabaco, ou seja, com o tratado vigente o Brasil o utilizou como alicerce de sua política nacional. Nesse período, além do Ministério da Saúde, outros atores também participaram ou buscaram influenciar a formulação e a implementação da política nacional: outros ministérios federais, o Legislativo, organizações não governamentais e representantes de segmentos econômicos da cadeia produtiva do tabaco (SOARES, 2018).

Assim, com a implementação nacional desse Tratado, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, até então articulado pelo Ministério da Saúde junto com outros entes do SUS, passou a integrar a Política Nacional de Controle do Tabaco, de caráter intersetorial e norteadas pelos objetivos, princípios, obrigações e medidas da CQCT/OMS (INCA, Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Política Nacional. 2022) O PNCT constitui-se um dos principais programas que integram a atual Política Nacional de Controle do Tabaco. Esse Programa acontece por meio de uma rede de parcerias com representações das secretarias estaduais e municipais de Saúde e de Educação, coordenados pelo INCA/Ministério da Saúde (INCA, Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Política Nacional. 2022).

Uma das principais metas do PNCT é implantar esse Programa nas Unidades de Saúde, o qual foi aprovado pela Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Entretanto, só em 2005 que houve uma ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo no SUS, garantido pelo Decreto Legislativo nº 1.012, de 27 de outubro de 2005 (SOARES, 2018).

Dados do INCA apontam para uma expressiva queda do percentual de adultos fumantes no Brasil, chegando a 46% no período de 1989 a 2010, em função das ações desenvolvidas pelo PNCT estimando-se que um total de cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período (LEVY; ALMEIDA; SZKLO, 2012). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontou, no ano de 2019, um percentual total de 12,6 % de adultos fumantes (LEVY; ALMEIDA; SZKLO, 2012; INCA, Dados e números da prevalência do tabagismo, 2021). Com ações instaladas há mais de três décadas, o Brasil é considerado uma referência internacional no controle do tabaco (ROMERO; SILVA, 2011) e na forma e velocidade em que os elementos fundamentais da CQCT/OMS foram incorporados na legislação e se transformaram em políticas de saúde (FIOCRUZ – Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil, 2022).

O município de Sapucaia do Sul/RS iniciou as atividades do PNCT no ano de 2014 quando alguns profissionais foram convidados a fazer a Capacitação oferecida pelo INCA. Nessa ocasião, as Unidades de Saúde que esses profissionais atuavam foram habilitadas para receber os insumos relacionados com o Programa (manuais e medicamentos).

No 1º quadrimestre de 2018, duas Unidades de Saúde ofertaram o tratamento e, após um esforço para ampliar o acesso do tratamento na rede de Atenção Básica municipal, no 3º quadrimestre de 2019, onze (11) Unidades de Saúde ofertavam tratamento.

No 1º quadrimestre de 2020 os tratamentos que estavam sendo realizados foram interrompidos abruptamente devido ao decreto municipal para enfrentamento da pandemia de COVID-19, já que, até então, a única abordagem de tratamento para o usuário de tabaco oferecida no município era por meio de grupos. No 2º quadrimestre de 2020 não foi ofertado tratamento. No 3º quadrimestre de 2020, após Educação Permanente do INCA para reforçar a importância de ofertar e não interromper o tratamento do tabagismo durante a pandemia, o município realizou incentivo aos profissionais de saúde para retomar os atendimentos, de forma individual, aos usuários que procurassem tratamento para deixar de fumar. Nessa ocasião, 13 Unidades de Saúde do município passaram a ofertar o tratamento.

No 2º quadrimestre de 2021, havia 15 equipes habilitadas para realizar o tratamento do tabagista, totalizando 25 profissionais de saúde habilitados para atuar no Programa de Tratamento do Tabagismo.

Não há adstrição territorial para o tratamento do tabagismo no município, ou seja, o usuário pode escolher em qual Unidade de Saúde fará seu tratamento dentre as equipes habilitadas. Esse tipo de acesso permite que o usuário construa seu próprio caminho pela rede, constituindo-se uma possibilidade de produção de vida mais vinculada com aquilo que o usuário deseja para si e é também uma tentativa de produção de acesso ao invés de barreiras à oferta do serviço de saúde (BERTUSSI *et al.*, 2016).

3.3 AS REDES DE ATENÇÃO E O CUIDADO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988, tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade, o que induz gestores, trabalhadores e usuários do SUS a se empenharem por ferramentas que possam aumentar a resolubilidade e qualidade do cuidado em saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; MENDES, 2011). Um dos grandes desafios do SUS são as redes integrais de atenção em saúde, que devem ser capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e apta a prover o cuidado para as pessoas no contexto de seus valores e de suas preferências, fornecendo aos usuários do SUS uma resposta adequada às suas necessidades (MENDES, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde devem atuar em coerência com as reais necessidades de saúde da população. A transição demográfica e a tripla carga de doença presentes no Brasil impõe uma situação de saúde caracterizada pela permanência de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma predominância de condições crônicas, a qual não poderá ser enfrentada por um sistema de saúde fragmentado, reativo, episódico e voltado, preferencialmente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MENDES, 2011; MENDES, 2007). Portanto, faz-se necessário a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) organizando o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam maior efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às ações e serviços de saúde prestados à população brasileira (MENDES, 2011). As redes de atenção à saúde têm como objetivo garantir uma assistência organizada, integrada, proativa, coordenada, especializada e que favoreça a mudança de comportamento e aquisição de hábitos saudáveis dos usuários (PINTO; COUTINHO; COLLET, 2016).

As RAS são organizações poliárquicas e integradas, que atuam através de ação cooperativa e interdependente, garantindo uma assistência integral e contínua aos usuários do SUS, sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, sendo a APS a responsável pela

coordenação e realização da assistência prestada pela RAS garantindo a integralidade e a continuidade da assistência (BOUSQUAT *et al.*, 2017; PINTO; COUTINHO; COLLET, 2016). As ações da RAS baseiam-se na prevenção, promoção, reabilitação e ações curativas e paliativas. (BOUSQUAT *et al.*, 2017). As redes de atenção à saúde buscam garantir a integralidade do cuidado ao usuário (BRASIL, 2010).

O cuidado em saúde é complexo. E esta é uma temática muito importante para a Saúde Coletiva. Falar de cuidado significa falar de sujeitos, singularidades, respeito, diferenças e valores, aspectos primordiais quando se trata da saúde das populações (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Segundo Cruz (2009), uma das dimensões da integralidade em saúde e que deve permear as práticas de saúde é o cuidado em saúde. Para ele, cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar e acolher o ser humano em suas necessidades de saúde. Para isso os profissionais da saúde devem tratar o ser humano como indivíduo que precisa ser respeitado e cuidado e não como objeto.

A prática profissional em saúde baseada, predominantemente, nas ciências biomédicas e da epidemiologia clínica acaba por reduzir a complexidade dos sujeitos e a interpretação de quais, de fato, são suas necessidades em saúde e de como apoiá-las, sendo, portanto, indispensáveis a adoção/criação de tecnologias de cuidado mais abertas à complexidade da vida humana (MANDÚ, 2004).

Fontes e Martins (2006) destaca a importância do “paradigma das redes sociais” para responder à complexidade de atores e fluxos que sustentam o cuidado em saúde e o processo de saúde/doença do indivíduo.

Segundo Meirelles (2004) *apud* Hörner; Meirelles (2012, p. 465), as redes sociais podem ser divididas em primárias, secundárias e intermediárias, conforme descrito abaixo:

Em uma rede social primária, cada pessoa é o centro de sua própria rede, que é formada por todas as relações significativas estabelecidas ao longo da vida: sendo composta por familiares, vizinhos, amigos, colegas de trabalho e organizações das quais participam: políticas, religiosas, socioculturais, entre outras.

As redes sociais secundárias são constituídas por profissionais e trabalhadores de instituições públicas ou privadas e por organizações sociais, organizações não governamentais, grupos organizados, associações comunitárias e comunidade, que fornecem atenção especializada, orientação e informação.

As redes sociais intermediárias são compostas por pessoas que receberam capacitação especializada para atuar na prevenção e apoio, em determinadas ações. Elas são denominadas de promotoras, e podem vir do setor saúde, da educação ou da própria comunidade.

Portugal (2018) acrescenta a contribuição de outra abordagem – a do “paradigma do cuidado”. Optar pelo “paradigma do cuidado” implica reconhecer que este é transversal na vida e no cotidiano de todas as pessoas e não só dos doentes emergindo

a importância de um conjunto de atores (doentes, famílias, profissionais de saúde, profissionais da assistência social, associações, Estado, mercado, comunidade), de saberes (leigos e científicos), de práticas (formais e informais) e de relações (sociais, materiais e simbólicas) (PORTUGAL, 2008, p. 3138).

Para se prestar uma assistência integral é fundamental reconhecer a importância dos contextos, cenários familiares, processos culturais, intersubjetividades, relações de poder, levando em conta as peculiaridades das necessidades e as perspectivas e interesses dos sujeitos envolvidos (MANDÚ, 2004).

Desse modo, as práticas de saúde devem abordar alternativas menos ortodoxas de intervenção (pessoas e coletivos) e serem apoiadas em diferentes saberes (do usuário, interdisciplinares e interprofissionais) (AYRES, 2004).

No processo de cuidado em saúde é importante construir uma relação intersubjetiva horizontal com o sujeito e deste com o seu próprio corpo, história e decisões. Isto implica em realizar uma escuta, ou seja, mostrar-se receptivo ao universo social e afetivo-cultural do outro, permitindo a expressão do sujeito de acordo com seus padrões culturais (e, por extensão, de sua coletividade, grupo e família), sem julgamento, classificação prévia e controle (MANDÚ, 2004).

Trabalhar amplamente com a intersubjetividade é resgatar a consideração a dimensões do ser humano concreto: sua racionalidade (filtro crítico), seu potencial de autonomia (capacidade de pensar e agir por si), sua eticidade (acúmulo de valores), sua cultura (própria), sua estética (gosto, criatividade), sua afetividade (sensibilidade, sentimentos), sua corporalidade (lugar em que se entrelaçam o social, o cultural e o biológico) (MANDÚ, 2004, p. 674).

3.4 O CUIDADO EM SAÚDE E O TABAGISMO

O Ministério da Saúde criou mecanismos para efetivar e qualificar a assistência à pessoa usuária de tabaco. A Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas (RASPDC) estabelecendo diretrizes para a organização de suas linhas de cuidado a fim de qualificar a assistência em todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2014). Junto com a RASPDC, o Ministério da Saúde implantou

outras estratégias voltadas para as doenças crônicas, destacando-se o Programa Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (CHUEIRI *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 (BRASIL, 2013), atualizando as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista que são:

I - reconhecimento do tabagismo como fator de risco para diversas doenças crônicas;

II - identificação e acolhimento às pessoas tabagistas em todos os pontos de atenção;

III - apoio terapêutico adequado em todos os pontos de atenção;

IV - articulação de ações intersetoriais para a promoção da saúde, de forma a apoiar os indivíduos, as famílias e a comunidade na adoção de modos de vida saudáveis;

V - estabelecimento de estratégias para apoio ao autocuidado das pessoas tabagistas, de maneira a garantir sua autonomia e a corresponsabilização dos atores envolvidos, com participação da família e da comunidade; e

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.

De acordo com Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS) (constituído pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq), e que atua na produção de evidências científicas em suporte à gestão sobre incorporação de novos procedimentos, processos, equipamentos, sistemas, medicamentos e outras tecnologias em saúde, o portal da Linha de Cuidado (LC) do Tabagismo, lançado pelo Ministério da Saúde, tem o intuito de fornecer instrumentos às equipes assistenciais para a abordagem clínica do tabagismo e das suas complicações, esclarecendo o profissional sobre rotinas assistenciais, fluxos de atendimento, intervenções baseadas em evidências e os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis no SUS. A LC apoia a abordagem multidisciplinar e facilita o trânsito do usuário no sistema de saúde (Linha de Cuidado do Tabagismo deve facilitar o trânsito do paciente entre os diversos componentes do sistema de saúde, aponta especialista, 2021). Conforme Plataforma online do MS, a Linha de Cuidado foi desenvolvida preferencialmente para profissionais de saúde e tem a APS como ordenadora da RAS,

coordenadora do cuidado e principal porta de entrada do usuário. Deve-se garantir que a continuidade do cuidado ao paciente seja mantida dentro do seu percurso na RAS, garantindo o acesso e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2022).

O tabagismo é uma doença com muitas variáveis envolvidas e que causa prejuízo desde o nível individual/familiar ao nível de Estado Nacional, por isso, é fundamental implantar políticas públicas eficazes de controle do fumo a fim de atenuar os custos humanos e sociais da pandemia do tabaco e construir ambientes mais saudáveis (FIOCRUZ, Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil, 2022).

A escolaridade, as condições socioeconômicas e a intensidade de dependência à nicotina são algumas das condições associadas com maior prevalência do tabagismo e com a dificuldade de cessação da dependência. O tabagismo é maior entre os grupos com baixo nível socioeconômico no Brasil e em outros países. Além disso, as tentativas individuais para interromper a dependência registram baixas taxas de sucesso em países desenvolvidos, e a cessação é rara nos países de renda média e baixa (IGLESIAS, 2007).

Seabra, Faria e Santos (2011) destacam que há uma grande associação entre patologias psiquiátricas e o hábito de fumar. Portanto, no planejamento das ações terapêuticas, para o tratamento do tabagismo, é importante contemplar as características de ordem psíquicas, destacando a importância da abordagem integral proporcionada pelo trabalho em equipe na atenção à saúde.

O estudo de Peuker e Araújo (2015) mostra que 79% dos ex-fumantes participante da pesquisa fizeram, pelo menos, três tentativas anteriores. Grande número de fumantes busca assistência para o processo de interrupção ao tabagismo em função da preocupação com a saúde (41%), cheiro desagradável do cigarro (17,6%), gravidez (11,8%), conselhos de familiares/amigos (7,8%) e conselho médico.

A nicotina, potente alcaloide presente na folhas de tabaco, é a substância que produz a dependência do tabaco e a síndrome de abstinência. A força da dependência de nicotina relaciona-se com a fissura ou craving, um forte impulso para usar a substância, e com a tolerância (necessidade crescente da substância para atingir o efeito desejado). A cessação do uso de nicotina produz uma síndrome de abstinência, que inclui quatro ou mais dos seguintes sintomas: humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade; ansiedade; dificuldade de concentração; inquietação ou impaciência; bradicardia; aumento do apetite ou ganho de peso (NUNES et al., 2011, p. 41).

As recaídas podem ser desencadeadas devido aos sintomas de abstinência e isso dificulta o processo de cessação ao tabaco (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996 *apud* LUPPI *et al.*, 2008).

Transtornos do cérebro podem resultar em sintomas comportamentais altamente complexos, pois o cérebro produz comportamentos e pensamentos. A dependência do tabaco envolve a dependência física (causada pela nicotina), dependência comportamental e dependência psicológica (fatores relacionados às expressões emocionais) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

O instrumento mais utilizado mundialmente para avaliar a dependência física à nicotina é o *Fagerström Teste for Nicotine Dependence* (FTND - Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina), elaborado por Fagerström *et al.* em 1991 e validado no Brasil por Carmo & Pueyo. É um questionário de seis perguntas pontuadas, no qual, a soma dos pontos permite ajudar a definir a melhor estratégia para quem quer abandonar o cigarro (MENEZES-GAYA *et al.*, 2009).

Considerando a dificuldade da cessação do hábito de fumar, torna-se importante discutir os fatores que podem influenciar a decisão do abandono do hábito tabágico, entre os quais se destaca a motivação (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). Tendo por base a relevância da compreensão dos mecanismos motivacionais envolvidos no processo de tomada de decisão, Prochaska e DiClemente (1982) descreveram um modelo transteórico de estágios de prontidão para a mudança, o qual discrimina as seguintes etapas:

1) Pré-contemplação: o indivíduo sequer considera a mudança, uma vez que não encara seu comportamento como problemático. Há uma valorização dos benefícios do comportamento e uma minimização dos efeitos negativos.

2) Contemplação: o indivíduo percebe relações entre seu comportamento e os problemas associados a ele, faz uma avaliação de custo-benefício mais realista e já considera a possibilidade de mudança, mas ainda está em forte ambivalência.

3) Preparação: nesse estágio, o indivíduo está pronto para tentar a mudança de comportamento, e é necessário que se sinta ativo na construção da mudança.

4) Ação: o indivíduo se engaja em ações específicas para alcançar a mudança pretendida.

5) Manutenção: consiste em integrar o novo comportamento à vida, empreendendo medidas para prevenir um retorno do comportamento (prevenção da recaída).

O modelo de "estágios de mudança" foi descrito como um modelo em espiral visto que os pacientes frequentemente apresentam recaídas e reentram no ciclo, passando algumas vezes pelos estágios até permanecerem longos períodos no estágio de manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982).

A motivação do tabagista se modifica com o tempo e é influenciada pelo ambiente

em que ele se encontra (WEST, 2004). O **profissional de saúde** pode influenciar a motivação do tabagista para procura e encaminhamento para tratamento. Destaca-se, assim, o **papel do profissional de saúde** na adaptação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico direcionado, a fim de estimular mudanças compatíveis com o estado motivacional do paciente aumentando as chances de procura e adesão ao tratamento (RUSSO; AZEVEDO, 2010; WEST, 2004).

O tratamento do tabagista na APS é encarregado aos profissionais de nível superior capacitados na abordagem ao fumante (BRASIL, 2020). O processo de cessação do tabagismo pode ser realizado individualmente ou em grupo, por remédios e/ou por intervenção psicossocial não-medicamentosa (GIGLIOTTI; LARANJEIRA; 1999; BRASIL, 2020). Entretanto, independente da abordagem escolhida, é extremamente importante se estabelecer uma aliança terapêutica por meio de uma relação profissional-paciente sem julgamento e empatia para que o usuário sintam-se confortável para falar de seu desejo de fumar, seus medos e até de seus lapsos e recaídas (SEABRA; FARIA; SANTOS; 2011).

A proposta do INCA (BRASIL, 2020), por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, orienta que o ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados. O aconselhamento estruturado é feito em quatro sessões iniciais, preferencialmente semanais. Se houver indicação de farmacoterapia para tratar a dependência à nicotina, a associação dos tratamentos não medicamentosos e medicamentosos é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.

Inicialmente, a ficha de anamnese clínica para o tratamento do tabagismo (BRASIL, 2020) deve ser preenchida, a qual aborda variáveis sociodemográficas e econômicas dos tabagistas, identifica condições de saúde autorreferidas, aponta uso de álcool associado ao hábito tabagista, descreve características do tabagista (idade que iniciou o uso do tabaco, tipo de tabaco, quantidade consumo/dia), identifica o estágio motivacional ou estágio de prontidão para mudança (pré-contemplação, contemplação, ação ou recaída) dos usuários no momento que a ficha de anamnese foi preenchida e também classifica o grau de dependência de nicotina de acordo com o questionário de Dependência de Nicotina de Fargeström.

A entrevista individual possibilita verificar se o tabagista se enquadra nos critérios de grupo ou tratamento individual e também se há indicação de farmacoterapia (SEABRA; FARIA; SANTOS; 2011).

O ambiente do grupo torna possível uma troca de experiências entre os participantes e a construção de uma rede de apoio social extremamente importante durante e após o

processo de cessação do tabagismo, auxiliando no fortalecimento dos recursos de enfrentamento do indivíduo (LOPES; PEUKER; BIZARRO; 2013).

Nesse sentido, o profissional de saúde, como coordenador do cuidado, deve entender que ao invés de realizar atendimentos estruturados pouco flexíveis há que se exercitar a partir do processo de escuta comprometida com a acolhida e amparo das pessoas. Isso não significa ausência de intencionalidade ou rumo, mas sim a construção partilhada dos passos a serem dados bem como das finalidades a serem alcançadas (MANDÚ, 2004).

3.5 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E INTEGRALIDADE

Conforme a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009).

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde, diversos e em constante incremento de novas tecnologias, exige que haja uma formação para além da oferecida pela graduação, que possa tornar os profissionais sempre capazes a atuarem de maneira que garanta a integralidade do cuidado, resolubilidade do sistema e a segurança do trabalhador e dos usuários. Nesse processo de exigências diárias, envolvendo múltiplas determinações e relações, é essencial que as instituições de serviço de saúde contribuam para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Para tanto, há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Segundo Merhy (2015) a educação continuada se baseia na exposição de conhecimentos a priori para se preparar para a ação, enquanto a educação permanente considera que o mundo do trabalho é uma escola em formação e que nos afeta como uma escola permanente.

Na educação na saúde deve ser enfatizada a educação permanente em saúde, de maneira a buscar nas lacunas de conhecimento dos profissionais, ações direcionadas a qualificação dos processos de trabalho em saúde considerando as especificidades locais e as necessidades do trabalho real (FALKENBERG *et al.*, 2014).

Para o alcance dos objetivos do modelo terapêutico do PNCT, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo ressalta que é fundamental a capacitação de

profissionais da saúde de nível superior. Essa tem sido uma demanda trazida pelos próprios profissionais e gestores da saúde, devido à ausência desta formação na maioria dos cursos de graduação (BRASIL, 2020).

Conforme se observou, o tabagismo é um problema de saúde pública complexo, com necessidade de intervenções articuladas tanto intersetorialmente quanto nos vários níveis de gestão do SUS. Portanto, o desenvolvimento dos trabalhadores, que realizarão o tratamento do tabagismo nas unidades de saúde prestadoras do SUS, é crucial para transformar os processos de trabalho e as práticas de saúde, corroborando com Ceccim (2005, p. 165) que diz:

Ao analisarmos um problema institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, descobrimos a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas. As capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas – tanto de gestão, como de atenção e de controle social – por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos. A Educação Permanente em Saúde pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Tradicionalmente, para a implantação de “programas” propõe-se uma linha de capacitações, isto é, uma linha de prescrições de trabalho aos profissionais, nas quais se desdobram em cursos, treinamentos e protocolos (CECCIM, 2005). A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como estratégia para qualificação profissional a fim de superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005).

Em 2004, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, formalizou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como política de educação do SUS (BRASIL, 2009). O desafio da PNEPS é superar o histórico de educação continuada dos trabalhadores em saúde, baseados nas demandas individuais em detrimento às ações de EPS, e romper com a lógica de compra e pagamento de cursos que rotineiramente não correspondem às reais necessidades dos profissionais e/ou usuários dos serviços de saúde (MERHY, 2015).

Para Freire (1987) o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto, é sujeito de sua formação e se desenvolve por meio de reflexões da sua realidade. Nessa lógica pedagógica, a educação permanente em saúde é uma política de reconhecimento e cooperação na qual se destaca a riqueza do encontro com o outro, a troca de modos de agir e saberes entre trabalhadores, profissionais da saúde e usuários: não há diploma que elimine esse processo

(MERHY, 2015).

A proposta da PNEPS vai de encontro com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde trabalha com a ideia de rede articulada, reconhecendo os contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009).

A EPS é uma atividade contínua que visa à transformação do processo de trabalho, cuja prática educativa se orienta pelo cotidiano dos serviços e representa o esforço de transformar o SUS em um espaço de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. (BRASIL, 2009; CECCIM, 2005).

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

O SUS, espaço de produção de cuidado, é um lugar privilegiado para o ensino e a aprendizagem, pois concentra o encontro criativo entre trabalhadores e usuários. Educar “no” e “para o” trabalho é o pressuposto da proposta de educação permanente em saúde. (FRANCO, 2007).

Assim, o processo de Educação Permanente em Saúde contribui para melhorar a qualificação e atuação dos profissionais em termos de integralidade do cuidado, educação em saúde e organização do atendimento dos usuários inseridos em “programas”. Isso ocorre, uma vez que, o espaço da aprendizagem é deslocado para o ambiente de serviço e é considerado também como fonte de conhecimento, no qual ação-reflexão-ação são concebidas ao mesmo tempo (CECCIM, 2005; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo se caracteriza por ser exploratório (GIL, 2007), de abordagem quantitativa e qualitativa. Importante que se reconheça a pesquisa como uma investigação-ação, quando se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a

respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no decorrer do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005).

Para desenvolver uma metodologia participativa é necessária uma mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, pois todos são coautores do processo de diagnóstico da situação e da construção de caminhos para as questões de saúde. Por ser um processo contínuo, vai transformando os sujeitos e demandando desdobramentos de práticas e relações entre os participantes (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1983).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO: DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DOS PARTICIPANTES

A cidade de Sapucaia do Sul é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, sendo estimada para 2020, conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 141.808 pessoas (IBGE, 2021). O município apresenta os três níveis de atenção à saúde: primária, secundária e terciária.

A Atenção Primária contém trinta e três (33) equipes sendo: uma (1) equipe no Presídio Municipal, cinco (5) em Unidades Básicas de Saúde, vinte e três (23) Equipes de Saúde da Família e quatro (4) Equipes de Atenção Primária (eAP). A Atenção Primária conta ainda com o apoio de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) e o Programa de Atenção Domiciliar (PAD). No município há vinte e sete (27) consultórios odontológicos com um descritivo territorial que contempla toda a população.

A rede de saúde municipal conta com três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo eles: um CAPS-II Bem Estar, um CAPS-AD (Álcool e drogas) e um CAPSij (Infantojuvenil). Apresenta uma Clínica em Saúde da Mulher (CLISAM), um ambulatório de Infectologia e uma Unidade de Referência da Tuberculose (URTB). O município tem um ambulatório de Especialidades com 24 especialidades e, portanto, a presença de uma regulação de especialidades e exames. O apoio diagnóstico é realizado pelos laboratórios conveniados. Tem ainda uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Hospital Municipal Getúlio Vargas, ambos gerenciados pela Fundação Hospitalar Municipal Getúlio Vargas.

Por enquanto, o tratamento do tabagismo no município de Sapucaia do Sul é ofertado

somente pela Atenção Básica. No 3º quadrimestre de 2021, 27 equipes da Atenção Primária se encontravam habilitadas para realizar o tratamento do usuário tabagista, totalizando 54 profissionais de saúde que passaram pela capacitação inicial, conforme orientação do INCA, para atuar no Programa de Tratamento do Tabagismo.

Foram convidados para este estudo todos os trabalhadores das Unidades de Saúde da APS (SUS) do município de Sapucaia do Sul/RS que fizeram a capacitação inicial para realizar o Tratamento do Tabagista até a data de 26 de abril de 2022.

Como participantes foram considerados somente profissionais de saúde, de nível superior, vinculados às Unidades de Saúde da APS do município de Sapucaia do Sul/RS, com 18 anos ou mais e que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

4.3.1 ETAPA QUANTITATIVA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta e levantamento de dados do perfil dos trabalhadores foi utilizado formulário eletrônico (APÊNDICE A) para todos os trabalhadores da saúde que se encaixaram nos critérios de inclusão do estudo. Para convidar os participantes foi elaborado um texto resumo da pesquisa e enviado a todos os profissionais elegíveis com um e-mail para os profissionais interessados se comunicarem com a pesquisadora (APÊNDICE B). Todos que responderam o questionário aceitaram participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

A coleta de dados foi realizada, de 26 de abril de 2022 a 26 de agosto de 2022, por meio de formulário eletrônico online *google forms*- no qual os participantes responderam às perguntas abertas e fechadas relacionadas aos objetivos da pesquisa (APÊNDICE A).

Aqueles profissionais que tiveram interesse em participar da pesquisa, enviaram sua manifestação individual em resposta ao e-mail da pesquisadora e para estes, e individualmente, foi enviado o TCLE assinado, e solicitado resposta por e-mail sobre o seu recebimento e a concordância em participar do estudo, bem como a orientação de que guarde em seus arquivos o documento. Nesta mesma ocasião, foi enviado o *link* do questionário da pesquisa com as orientações sobre o seu preenchimento. A pesquisadora responsável armazenou os registros da concordância dos participantes, recebidos pelo e-mail da pesquisa.

4.3.2 ETAPA QUALITATIVA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os participantes que responderam ao questionário da etapa quantitativa foram convidados para roda de conversa organizada no auditório da Secretaria Municipal de Saúde em horário adequado para eles. Para convidar os participantes foi elaborado um texto resumo da pesquisa e enviado a todos os profissionais elegíveis com um e-mail para os interessados se comunicarem com a pesquisadora (APÊNDICE D).

Os profissionais que tiveram interesse em participar da pesquisa receberam, na ocasião da roda de conversa, o TCLE para a etapa qualitativa (APÊNDICE E) o qual foi assinado confirmando a concordância em participar desta etapa do estudo, bem como a orientação de guardar esse documento e o outro a pesquisadora responsável armazenou consigo como registro da concordância dos participantes.

Foi utilizado um roteiro para abordar as questões pertinentes aos objetivos do estudo e que serviu como um disparador do debate de ideias entre os participantes (APÊNDICE F) abordando os temas: Programa de Controle do Tabagismo, educação e saúde: articulação de saberes, cuidado integral em saúde e ação interprofissional e práticas colaborativas.

Enquanto instrumento de pesquisa, as rodas de conversa conservam um ambiente propício para o diálogo, onde todos possam se sentir à vontade para partilhar e escutar. Nas rodas de conversa, o diálogo é um momento singular de partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores, e os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala. As colocações de cada participante são construídas por meio da interação com o outro, Conversar, nessa acepção, significa compreender com mais profundidade, refletir mais e ponderar, no sentido de compartilhar (WARSCHAUER, 2001).

A roda de conversa é uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão. É, na verdade, um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexões sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo mediado pela interação com os pares, através de diálogos internos e no silêncio observador e reflexivo (MOURA; LIMA, 2014, p. 99).

A realização dos contatos telefônicos e convite de participação foram realizados unicamente pela pesquisadora Núbia Duarte, mestranda e cirurgiã-dentista com vínculo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS.

Para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade, a roda de conversa foi gravada (áudio) e posteriormente o material foi transcrito. As etapas de identificação dos possíveis participantes e as transcrições foram feitas pelas pesquisadoras e armazenadas no computador pessoal da mestrande (protegido por senhas de acesso, tanto o arquivo quanto o computador) e ficarão sob sua guarda.

O diário de campo foi utilizado pela pesquisadora para anotar percepções e vivências importantes que surgiram no transcorrer do estudo. Diário de campo ou anotações de campo, conforme denominado por Trivinus (1987), refere-se às observações e reflexões realizadas pelo pesquisador, podendo ocorrer durante as rodas de conversa ou em momentos de observação livre do estudo. São observações sobre as ações dos sujeitos da pesquisa e sobre as expressões verbais que foram descritas e analisadas.

A partir da coleta e levantamento de dados do perfil dos trabalhadores por meio do formulário eletrônico, foi realizada a análise quantitativa descritiva simples. Os dados foram acomodados em planilhas do software Excel.

A partir da produção de dados da etapa qualitativa, por meio da roda de conversa, foi realizada a análise com base nos fundamentos da Análise do Discurso. Os dados de cada roda de conversa foram organizados, o que além de prover material descritivo e narrativo, tornou possível trabalhar o sentido e não apenas o conteúdo do texto. Um sentido que não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Na Análise do Discurso (AD) a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística e compreendida como uma produção própria a determinadas conjunturas históricas e sociais, de contornos instáveis e que produz sentido para os sujeitos inscritos em estratégias de interlocução (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014).

Nesta análise, cabe ressaltar o movimento de compreender que palavras e coisas dizem respeito a fatos e enunciados que, a rigor, são “raros”, isto é, não são óbvios, estão para além das “coisas dadas”; fatos e enunciados referem-se basicamente as práticas discursivas e não discursivas, as quais constituem matéria-prima das investigações, seja em que campo estas se concentre, e dizem respeito sempre a relações de poder e a modos de constituição dos sujeitos individuais e sociais e, finalmente, a atitude de entrega do pesquisador a modos de pensamento que aceitem o inesperado, especialmente aqueles que se diferenciam do que ele próprio pensa (FISCHER, 2003).

5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Aos participantes que preencheram os critérios de inclusão no estudo, trabalhadores vinculados ao trabalho nas Unidades de Saúde atuantes na APS no município de Sapucaia do Sul/RS, que tivessem realizado alguma Capacitação do PNCT e desejaram participar do estudo, foram apresentados os objetivos da pesquisa. Estes tiveram tempo adequado para leitura do TCLE e esclarecimentos de dúvidas. Só participaram aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido concordando com a sua participação na pesquisa. O participante ficou com uma das vias do TCLE. Além disso, a responsável pela área de Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS assinou o termo de ciência e autorização (ANEXO A) permitindo a realização da pesquisa no município, assim como a realização da roda de conversa no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde.

Esse projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Número do Parecer: 5.235.312) (ANEXO B), por meio da Plataforma Brasil, a fim de cumprir e garantir a adequação dos procedimentos éticos, conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

É importante ressaltar que, de acordo com a Resolução 466/2012, toda pesquisa com seres humanos pode envolver riscos. Esta pesquisa envolveu **riscos** como: constrangimentos na participação das rodas de conversas, vergonha ao falar no grupo ou sobre seu trabalho. Por isso, assegurou-se o direito do participante sair da roda de conversa a qualquer momento e, em nenhuma situação, sua participação ou recusa ou desistência acarretou prejuízo em seu ambiente de trabalho ou na sua vida pessoal. Tendo em vista a necessidade de suporte para os participantes frente a possíveis situações de desconforto (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros), foram oferecidos o acolhimento destes sentimentos pelas pesquisadoras e a possibilidade de atendimento em saúde mental pelo Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador. Adicionalmente, responder um questionário online tem os mesmos riscos de acessos à internet em geral; para diminuir este risco, as pesquisadoras asseguraram que informações não fornecidas pelo participante (por exemplo, IP) não serão acessadas.

Em relação aos **benefícios**, os resultados encontrados promoveram a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e podem servir de alicerce para propostas de intervenção nos serviços de saúde, como possíveis estratégias de qualificação do cuidado ao usuário tabagista.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e análises serão apresentados de acordo com cada etapa do estudo (quantitativa e qualitativa).

6.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DESCRITIVA SIMPLES

Os questionários foram enviados entre abril e agosto de 2022. Responderam ao questionário on-line 42 profissionais do município de Sapucaia do Sul/RS, respeitando-se os critérios do estudo.

Os resultados estão apresentados a partir das cinco dimensões que integram o instrumento de pesquisa: 1 - Perfil do profissional que fez Capacitação para Tratamento do tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS; 2 - Comportamento e interesse dos Profissionais de Saúde face ao tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS; 3 - Percepção, conhecimentos e práticas dos Profissionais de Saúde frente ao Tratamento do Tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS; 4 - Conhecimento e uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 (INCA) pelos Profissionais de Saúde do município de Sapucaia do Sul/RS; 5 - Opinião sobre qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco e comentários e sugestões para o Programa de Controle do Tabagismo.

6.1.1 PERFIL DO PROFISSIONAL QUE FEZ CAPACITAÇÃO PARA TRATAMENTO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022.

Os 42 participantes do estudo declaram idades entre 25 e 52 anos e a maior parte foram mulheres (n=31). A residência/especialização foi o tipo de pós-graduação mais frequente representando 87,8% das respostas. Dos cursos de pós-graduação a área com maior representatividade foi a Saúde Pública e/ou Coletiva, juntamente com Saúde da Família ou Comunidade. O vínculo empregatício mais observado foi o estatutário (n=19) seguido por prestador de serviço (n=18), como apresentado na Tabela 1.

Quadro 1 – Perfil do profissional que fez Capacitação para Tratamento do tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS, 2022.

Variáveis	n	%
Sexo		

Feminino	31	73,8
Masculino	11	26,2
Idade (anos)		
25 a 34 anos	17	40,5
35 a 44 anos	20	47,6
45 a 52 anos	05	11,9
Graduação		
Médico	13	30,9
Enfermeiro	17	40,5
Cirurgião-dentista	10	23,8
Nutricionista	01	2,4
Educador físico	01	2,4
Tipo de pós-graduação concluída		
Residência/Especialização	36	85,7
Mestrado	07	16,7
Doutorado	00	0
Não realizou nenhum curso de pós-graduação	03	7,1
Área da pós-graduação		
Saúde Coletiva	07	16,7
Saúde da Família	20	47,6
Saúde Comunitária	01	2,4
Saúde Pública	05	11,9
Atenção Básica	04	9,5
Vigilância Sanitária	01	2,4
Saúde do Trabalhador	01	2,4
Urgência e emergência	01	2,4
Enfermagem do trabalho	02	4,8
Gestão Hospitalar	01	2,4
Gestão em Saúde	03	7,1
Psiquiatria	01	2,4
Mestrado em Saúde da Família	01	2,4
Mestrado em Epidemiologia	01	2,4
Mestrado em Ciências da Nutrição	01	2,4

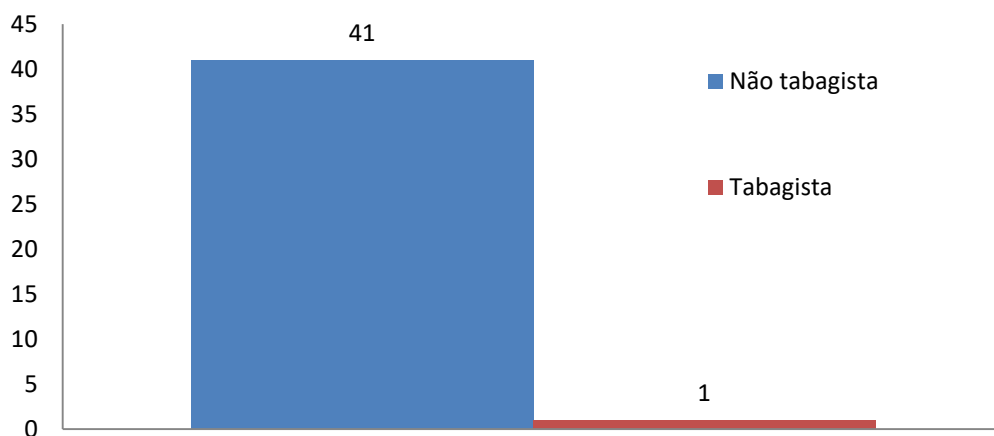
Administração em Saúde	01	2,4
Odontopediatria	01	2,4
Acupuntura	01	2,4
Obstetrícia	01	2,4
Tipo de vínculo empregatício		
Estatutário	19	45,2
Celetista	01	2,4
Prestadores de serviço - RPA	18	42,9
Programa Mais Médicos	04	9,5

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

6.1.2 COMPORTAMENTO E INTERESSE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022.

Dos 42 participantes do estudo, um profissional declarou ser tabagista (Fig. 1).

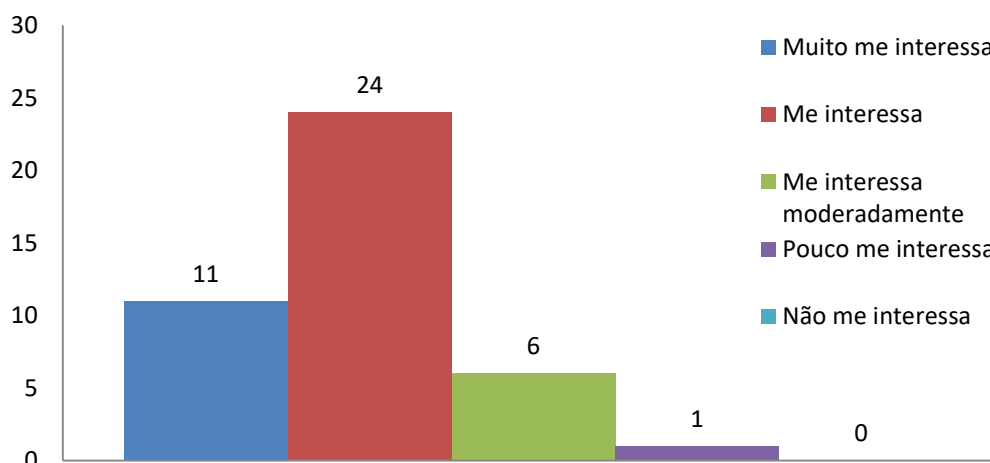
Figura 1 – Prevalência do uso de tabaco na amostra (N=42).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Em uma escala do tipo Likert, quando perguntados sobre o interesse dos trabalhadores pelo tema tabagismo, 24 responderam “me interessa” e 11 responderam “muito me interessa” (Fig. 2).

Figura 2 – Interesse pelo tema tabagismo na amostra (N=42).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

6.1.3 PERCEPÇÃO, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE AO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022.

Dentre os participantes, 73,8% avaliaram a capacitação inicial recebida como boa (n=22) e ótima (n=09) e se consideram um profissional muito capacitado (n=02) e capacitado (n=31) para tratar o usuário tabagista. Com relação à participação em alguma Educação Permanente após a capacitação inicial, 25 profissionais não participaram e destes 21 realizam o tratamento do tabagista há 4 anos ou menos. Embora tenham realizado a capacitação inicial, 08 participantes ainda não haviam acompanhado o tratamento aos usuários. Trinta e um (31) profissionais trabalham no PNCT com outro profissional da equipe de saúde e 01 trabalha sozinho. Quanto à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), 21 profissionais não ofertam esse tratamento aos usuários e 18 ofertam. A auriculoterapia (n=16) é a PICS mais ofertada. Referente à prescrição de medicamentos pelos profissionais, 19 prescrevem, 19 não prescrevem e 02 prescrevem às vezes. O medicamento mais prescrito é o adesivo, seguido da bupropiona e da goma de mascar e 28 profissionais realizam acompanhamento de abstinência com os usuários, conforme apresentado na tabela abaixo (Tabela 2):

Quadro 2 – Percepção, conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde frente ao Tratamento do Tabagismo no município de Sapucaia do Sul/RS, 2022.

Variáveis	n	%
Avaliação da capacitação inicial		
Ótima	09	21,4
Boa	22	52,4
Indiferente	01	2,4
Ruim	10	23,8
Péssima	00	0
Se considera um profissional capacitado para tratar o fumante		
Muito capacitado	02	4,8
Capacitado	31	73,8
Indiferente	01	2,4
Pouco capacitado	08	19
Não capacitado	00	0
Participou de alguma educação permanente sobre tabagismo depois da capacitação inicial		
Sim	17	40,5
Não	25	59,5
Há quanto tempo já realiza o tratamento de tabagismo		
Ainda não realizou	08	19,1
Até 1 ano	11	26,2
De 2 anos a 4 anos	10	23,8
De 5 anos a 9 anos	05	11,9
10 anos ou mais	05	11,9
Não respondeu	03	7,1
Algum colega da equipe auxilia no Programa de Controle do Tabagismo		
Sim	31	73,8
Não	09	21,4
Não respondeu	02	4,8
Quantos profissionais da equipe atuam no Programa de Controle do Tabagismo		
Até 2 profissionais diferente	16	38,1
3 ou mais profissionais diferente	15	35,7
Trabalha sozinho	01	2,4
Não respondeu	10	23,8
Oferta de PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) no tratamento do tabagista na Unidade de Saúde		
Sim	18	42,9
Não	21	50
Não respondeu	03	7,1
Qual PICS é ofertada nas equipes		
Auriculoterapia	16	38,1
Acupuntura	01	2,4
Terapia manual	01	2,4
Práticas corporais	01	2,4
Prescreve medicações		
Sim	19	45,2
Não	19	45,2
Às vezes	02	4,8
Não respondeu	02	4,8

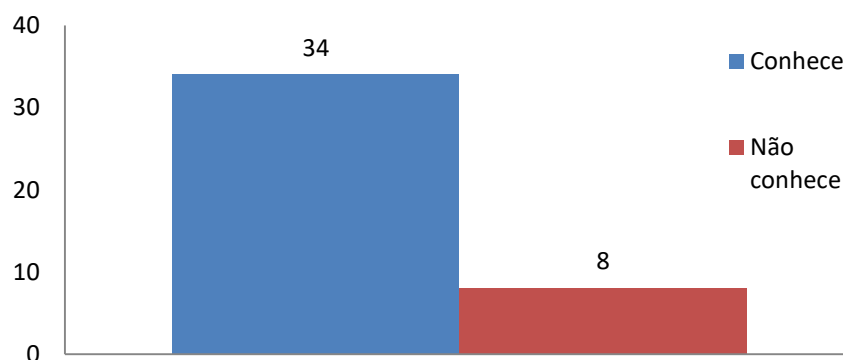
Qual(is) medicações prescritas pelos profissionais		
Adesivo	21	50
Bupropiona	15	35,7
Goma de mascar	14	33,3
Não se aplica	01	2,4
Antidepressivos	01	2,4
Fluoxetina	01	2,4
Ansiolítico	01	2,4
Não respondeu	13	31
Realiza grupo ou acompanhamento de manutenção de abstinência com os usuários		
Sim	28	66,6
Não	12	28,6
Não respondeu	02	4,8
Por quanto tempo após a conclusão das 4 sessões estruturadas acompanha os usuários		
Não acompanha	13	31
1-3 meses	10	23,8
4-6 meses	07	16,6
7-12 meses	04	9,5
Mais de 12 meses	02	4,8
Não respondeu	06	14,3

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

6.1.4 CONHECIMENTO E USO DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO DE 2020 (INCA) PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS, 2022.

Os resultados indicam que 80,95% dos participantes conhecem o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 (INCA) (Fig. 3).

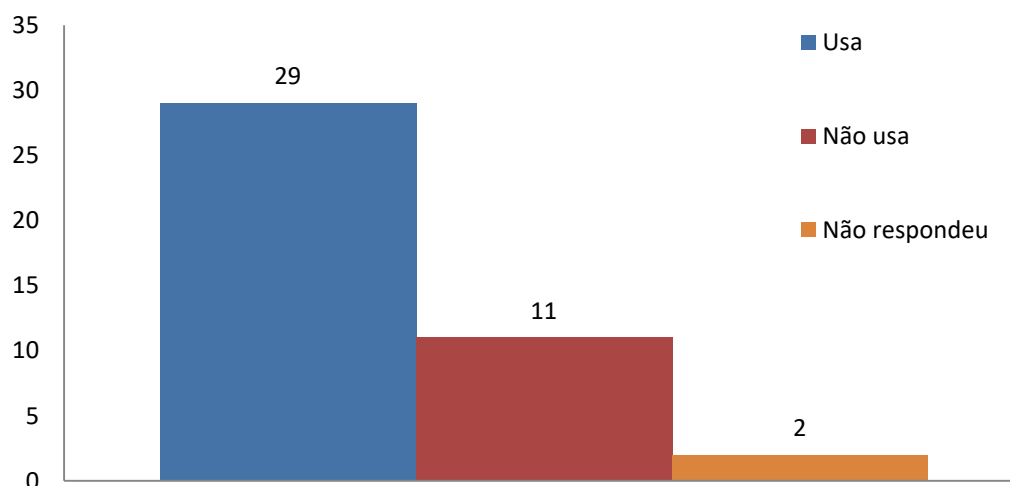
Figura 3 – Conhecimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (INCA, 2020) pelos participantes (n=42).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A tabela a seguir mostra que 69,05% dos participantes usam o Protocolo na sua prática clínica (Fig. 4).

Figura 4 – Uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (INCA, 2020) pelos participantes (n=42).



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

6.1.5 OPINIÃO SOBRE QUAL A MELHOR ABORDAGEM DE TRATAMENTO PARA O USUÁRIO DE TABACO, COMENTÁRIOS E SUGESTÕES PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO.

Foram realizadas duas perguntas abertas: “Na sua opinião, qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco?” e “Deixe aqui seus comentários e sugestões para o Programa de Controle do Tabagismo”. A fim de melhorar a compreensão, as respostas escritas foram separadas por participante, representadas pela letra P e um número (exemplo: P1 = Participante 1). Além disso, logo após o número do participante foi incluída sua graduação.

Para a primeira pergunta: “Na sua opinião, qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco?”, 35 participantes responderam. O quadro a seguir contém as opiniões contextualizadas de cada forma de cuidado, bem como as vinhetas ilustrativas de alguns participantes:

Quadro 3 – Respostas para a questão: “Na sua opinião, qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco?”

	Vinhetas
Tipo de abordagem	<p>Em grupo (P5, enfermeira; P7, médica; P8, enfermeira; P14, cirurgiã-dentista; P23, enfermeira; P27, enfermeira; P40, enfermeiro)</p> <p>Cognitivo comportamental (P6, nutricionista; P7, médica; P10, cirurgiã-dentista; P11, cirurgiã-dentista)</p> <p>Comportamental (P24, enfermeira; P29, enfermeira; P38, enfermeira)</p> <p>Associação de comportamental e medicamentoso (P15, médico; P18, cirurgiã-dentista; P26, enfermeira; P41, médica)</p> <p>Aconselhamento estruturado (P3, cirurgiã-dentista)</p> <p>Medicamentosa (P32, médico)</p>
Tipo de cessação	<p>Cessação abrupta (P4, médico)</p> <p>Forma gradual (P37, enfermeira)</p>
Centrada no usuário	<p>“Abordagem individualizada. Devemos avaliar a melhor abordagem para cada indivíduo a partir das respostas realizadas na abordagem básica, considerando a idade, a existência de comorbidades prévias e outros aspectos, como, por exemplo, uma gestação. A abordagem sempre deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar ou não”. (P1, enfermeira)</p> <p>“Integral e personalizado” (P9, cirurgiã-dentista)</p> <p>“Acredito que a melhor abordagem é a cognitivo-comportamental, com complementação da abordagem medicamentosa e PIC’S, quando indicado. Muitos usuários acreditam que exista uma "pílula mágica" que vai fazê-los abandonar o cigarro e não mais ter vontade de fumar, e faz parte do tratamento esclarecer que a medicação irá apenas atuar na redução dos sintomas de abstinência, e que o tratamento é centrado na abordagem cognitivo-comportamental. Por isso a importância de uma abordagem também centrada na pessoa, que leve em consideração as particularidades que cada indivíduo tem e o que leva cada um a fumar”. (P10, cirurgiã-dentista)</p> <p>“Acolhimento, entender quais as motivações do paciente a utilizar o tabaco para daí sim agir contra as causas e com uso de medicamentos”. (P13, cirurgiã-dentista)</p> <p>“A abordagem penso depender do grau de dependência e entendimentos do paciente... assim como aquela que consigamos manter como serviço, seja ela individual ou em grupo”. (P16, enfermeira)</p> <p>“Dependendo do perfil do paciente” (P18, cirurgiã-dentista; P36,</p>

	<p>médico)</p> <p>“Trabalhar as capacidades dos tabagistas em enfrentar o problema, ajudar o fumante a obter suporte social no tratamento e respeitar as diferenças que cada pessoa tem na sua busca da cessação”. (P20, cirurgião-dentista)</p> <p>“Fazer ciente ao paciente sobre a importância para sua saúde que proporciona o deixar de fumar e lhe explicar que a determinação para tomar a decisão tem que ser dele e baseada na sua decisão serão ofertados recursos e ações para lhe ajudar alcançar o objetivo trazido por ele. Na minha prática tem tido resultados muito positivos”. (P35, médico)</p>
Processo de trabalho	<p>Abordagem multiprofissional (P17, enfermeira)</p> <p>“Abordagem que possa promover a redução de danos” (P25, educador físico)</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Para o segundo questionamento: “Deixe aqui seus comentários e sugestões para o Programa de Controle do Tabagismo”, obteve-se 22 respostas e destas, 9 destacam a necessidade de ações de educação permanente em saúde aos trabalhadores no serviço e apontam que “a capacitação deveria ser estendida aos demais membros da equipe de saúde de nível médio e técnico (não apenas profissionais de nível superior)” e “faltam capacitações mais abrangentes para a rede (nível médio e técnico)” (P7, médica; P19, enfermeira). Também consideram relevante o “modelo de matriciamento para o tratamento medicamentoso ou capacitações direcionadas” (P19, enfermeira).

Os participantes sugerem “... capacitar o máximo possível de profissionais, visto que infelizmente a rotatividade é grande...” (P16, enfermeira) e também “ampliar debates sobre redução de danos e como isso impacta nas tentativas do fumante em parar de fumar” (P11, cirurgiã-dentista).

Os participantes (n=8) mencionaram a necessidade de garantir a oferta dos insumos (medicamentos e materiais). “A falta de insumos (medicamentos) dificulta a adesão dos pacientes” (P42, médica). Uma participante relata que “gostaria de garantia de tratamento medicamentoso completo frente ao INCA, pois no município se lida com falta de medicações que interferem diretamente na adesão ao tratamento” (P31, médica).

O município, no 1º quadrimestre de 2022, não recebeu quantidade suficiente de insumos, do Estado, para atender toda a demanda necessária do município (Diário de campo da pesquisadora, 2022).

Sobre os espaços físicos adequados ao tratamento do usuário tabagista, viu-se que o “espaço físico reduzido... inviabiliza a implementação de grupo de tabagismo” e por isso “as consultas estão sendo feitas individualizadas” (P41, médica).

6.2 RODA DE CONVERSA: ANÁLISE QUALITATIVA

O material produzido na roda de conversa será apresentado por vinhetas que ilustram as análises realizadas. A discussão levará em conta os temas trabalhados na roda de conversa, que foram definidos a partir dos objetivos deste estudo e tiveram 4 eixos norteadores: Programa de Controle do Tabagismo; Educação e saúde: articulação de saberes; Cuidado integral em saúde; e Ação interprofissional e práticas colaborativas. Além disso, serão expostas algumas observações das pesquisadoras e as notas do diário de campo.

Os resultados foram categorizados a partir das falas dos entrevistados, o que compõem as práticas discursivas. São representados, de forma literal, por *vinhetas*¹ selecionadas pelas pesquisadoras. A fim de melhorar a compreensão, as falas foram separadas por participante, representadas pela letra P e um número (exemplo: P1 = Participante 1). Além disso, logo após o número do participante foi incluída sua graduação.

Foi utilizado um roteiro com questões norteadoras, o que não impediu que outras questões emergissem no decorrer da conversa.

A roda de conversa aconteceu no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul/RS, com a presença de sete participantes. Havia quatro cirurgiãs-dentistas, duas enfermeiras e uma nutricionista. O registro do diário de campo da pesquisadora mostra um pouco sobre a adesão dos profissionais a roda:

Eu esperava que tivéssemos mais profissionais presentes na roda de conversa. Planejei fazer três momentos diferentes devido ao número de participantes que preencheram o formulário eletrônico que foram convidados a participar da roda de conversa. Entretanto, dos mais de trinta convidados, treze demonstraram interesse, mas somente sete participaram da conversa. Senti-me grata pela presença dos sete. Percebi que é difícil a adesão voluntária dos profissionais em espaços de educação permanente, e isso é algo que venho vivenciando no município (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022).

Outro trecho do diário de campo mostra como foi a roda:

Éramos um grupo de profissionais interessados pela temática. Antes mesmo de iniciar propriamente a roda de conversa os colegas já estavam conversando entre si sobre o assunto. Me senti confortável em mediar e conduzir esse espaço de conversa aberta e igualitária. Senti todos interessados pelo encontro, seguros e confortáveis

¹ Grifo nosso.

para falar, embora, em alguns momentos, um “silêncio pensante” esteve presente. Observei que a cada eixo abordado pudemos produzir conhecimento coletivo prático a partir da vivência e experiência de cada participante, sendo assim, também, um espaço de ressignificação de saberes. Foi uma roda acolhedora, com pessoas comprometidas com o cuidado ao usuário. Como foi bom poder sentar em roda, conversar pessoalmente, ver os rostos sem as máscaras e poder perceber presencialmente as reações e expressões das emoções dos colegas. O encontro presencial é rico de mensagem verbal e não verbal (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022).

A Roda de Conversa é, além de uma possibilidade metodológica de educação, uma forma de produzir dados na pesquisa qualitativa. Este tipo de abordagem busca o sentido que o grupo social dá ao fenômeno estudado. A Roda de Conversa é uma maneira de debate, sobre um determinado tema, que dá a todos a oportunidade de se expressar, provocada por falas e indagações, na qual todos devem se sentir seguros e confortáveis para expor suas experiências por meio de um diálogo organizado e mediado. O pesquisador, embora se insira no diálogo, não é o centro do processo e sim o mediador do método num espaço de conversa aberta e igualitária. Dessa forma, a roda de conversa privilegia a fala crítica e a escuta sensível, produzindo conhecimentos coletivos e contextualizados, a partir da experiência dos indivíduos, ao mesmo tempo em que traz a oportunidade de aprendizagem por possibilitar a produção e ressignificação de saberes (MOURA; LIMA, 2014; SAMPAIO *et al.*, 2014).

Na roda cada um expôs seus conhecimentos e experiências. Às vezes, elas conversavam todas ao mesmo tempo, concordando ou não com o que a outra estava falando. Não houve melhor ou pior, mas sim pontos de vista e expectativas ora iguais ora diferentes (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022).

A roda de conversa proporcionou aos participantes um momento de reflexão e troca de conhecimentos. Serviu, ainda, como um “atalho” para aprimorar suas habilidades e competências, conforme destacou P1:

“A gente pode ir aprendendo assim... mas, se puder pegar um atalho vai mais rápido né?... a troca de experiência é muito rica mesmo.” (P1, cirurgiã-dentista).

Para contemplar os objetivos do estudo, buscou-se caracterizar o processo de trabalho no tratamento e no acompanhamento do usuário tabagista, identificar e analisar as dificuldades e potencialidades dos profissionais para acompanhar tais usuários e compreender o papel do curso de Capacitação inicial para estes profissionais.

Destaca-se que, na pesquisa qualitativa, a análise do material produzido se dá pelos discursos, pelas histórias e pelos gestos. Sendo assim, enquanto prática discursiva, a quantidade de respostas obtidas não confere qualidade ou critérios de validade.

6.2.1 CURSO DE CAPACITAÇÃO INICIAL PARA O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO (PNCT)

O Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede do SUS define um formato específico que inclui uma consulta de avaliação clínica visando um plano de tratamento e, em seguida, o paciente é encaminhado para sessões cognitivo-comportamentais individuais ou em grupo. O PNCT disponibiliza ainda medicações para o apoio ao tratamento, como o adesivo transdérmico (7mg, 14 mg, 21 mg), goma de mascar (2mg), pastilha (2mg) e o cloridato de bupropiona (150mg) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013; BRASIL, 2020).

O tratamento do usuário tabagista nas Unidades Básicas de Saúde, de acordo com os processos desenhados pelo PNCT, é encarregado aos profissionais de saúde de nível superior, sendo eles: médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo e/ou fonoaudiólogo (BRASIL, 2020). Recrutar e capacitar esses profissionais são de responsabilidade das Coordenações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo nos estados e municípios. Todos os profissionais devem passar pela capacitação inicial antes de dar início a suas atividades no Programa (BRASIL, 2004).

Ao falarem sobre a Capacitação inicial para desenvolverem as atividades do PNCT referente ao tratamento do tabagista, os participantes trazem que, para iniciar a atividade, foi satisfatório.

“... satisfatório, foi para iniciar. Sabe essa capacitação que tu entrar no assunto e discutir, derrubar vários mitos que a gente, às vezes, também como um profissional tem né, para todo esse tratamento.” (P5, nutricionista).

Estudos mostram a importância da capacitação para efetivação de Programas de Saúde, pois melhora a qualificação e desempenho dos profissionais (PORTES *et al.*, 2014; RODRIGUES; VIEIRA; TORRES, 2010).

Segundo PAULINO *et al.* (2012, p. 370)

a construção de um processo educativo, voltado para os profissionais, traduz-se na possibilidade de se oferecer um serviço de melhor qualidade e resolutividade, visão mais abrangente da necessidade do usuário, programação de ações para a saúde, intervenção efetiva em relação aos problemas locais.

Os relatos a seguir demonstram que os profissionais de saúde concordam que a capacitação contextualiza a respeito do conhecimento sobre o tabaco, epidemiologia e dados da doença e foca nas diferentes medicações possíveis de serem usadas como apoio aos usuários de tabaco. Entretanto, os depoimentos também demonstram que a capacitação não os habilitou o suficiente para o desenvolvimento das sessões cognitivo-comportamental, principalmente no manejo dos grupos.

“Eu achei assim, ela interessante em termos de dados, né, da doença, do câncer, do tabagismo, etc, mas como preparação, como suporte para o profissional manter o grupo, eu achei daí fraca. Não me deu pelo menos suporte para essa parte, assim, do programa, que é tão importante...” (P1, cirurgiã-dentista);

“Também era muito voltado pros dados, as informações, e muito pouco também de como fazer grupo em si e como conduzir o que eu acho que é o mais difícil, né?” (P3, cirurgiã-dentista);

“Na época eu lembro que eu não me senti nem um pouco apta a fazer um grupo sozinha e foi bem frustrante, sem a menor condição de fazer um grupo sozinha ou até mesmo um atendimento individual. Eu não tinha coragem de fazer assim. Claro que se tu seguir ali a cartilha é OK, mas não é isso a proposta, não é essa, né? Então não me senti nem um pouco apta.” (P7, cirurgiã-dentista);

“...o programa trata especificamente de um tipo de tratamento grupal que é o cognitivo-comportamental. E em todas as capacitações que eu já fui, se focam muito pouco nisso. E, eu sou enfermeira de formação, tenho formação de grupos na minha faculdade, né? Pouco, não é algo comparado com o da psicologia. Mas é muito raso nesse sentido, porque o que leva ou vai levar ao sucesso do tratamento é essa condução e a maioria dos profissionais não têm essa condução grupal...” (P2, enfermeira);

“... faltou instrumentalizar e poderia bem mais, né?... Principalmente porque poucos, o palestrante, por exemplo, era médico... E focava muito na medicação, né? E boa parte de nós que ali estávamos... nem prescrever prescreveria...” (P6, enfermeira).

Esses relatos vão de encontro com o estudo de Bittencourt, Cruz e Scarinci (2014) no qual 90,1% dos profissionais de saúde participantes dos cursos apresentaram ao menos uma sugestão de melhoria para a Capacitação do PNCT, sendo que a necessidade de mais capacitações e atualizações que complementem a capacitação inicial foram os dois itens mais recomendados pelos participantes (47,2%). Corroborando também com o depoimento a seguir:

“Talvez aí a importância mesmo de ter uma educação permanente e a capacitação seja só para dar um pincelada no que seria o programa e depois teria que ter uma educação permanente na preparação do grupo e de como fazer o grupo.” (P1, cirurgiã-dentista).

Os trabalhadores sugerem a continuidade das capacitações e indicam o uso de metodologias ativas.

“É necessário, né, a continuidade sim das capacitações...Eu acho que precisariam de mais horas de curso, né? Justamente para conseguir ir para prática, assim, de fazer algumas simulações da condução de grupos, situações que aparecem...Então esses detalhes, eu acho que não daria conta, assim, num dia de formação.” (P5, nutricionista).

Esses relatos concordam com o estudo de Bittencourt, Cruz e Scarinci (2014) no qual 21,4% dos participantes sugeriram uma capacitação mais dinâmica e a introdução de novos temas no Programa.

A capacitação realizada permitiu que os profissionais pensassem na possibilidade de procurar novos conhecimentos sobre como conduzir os grupos, mesmo isso não sendo incentivado durante a capacitação conforme se observa nas falas a seguir:

“... nunca foi sequer se orientado... ah então vamos ler literatura tal pra gente poder praticar tal coisa e tal. É muito focado na parte protocolar, o protocolo a gente consulta ele, está disponível. Acho que essa é uma deficiência que eu achei assim nos momentos que eu participei.” (P2, enfermeira);

“... mas para conduzir, né, assumir a condução de grupos aí a gente precisa de mais, né? Estar com pessoas que já fizeram né? Ir pra prática e fazer e conhecer, então.” (P5, nutricionista).

Tais relatos confirmaram os dados da literatura que aponta para a valorização da Educação Permanente em Saúde (EPS), baseada na problematização, na reflexão crítica da realidade e na transformação da prática do trabalho em saúde. A EPS não se atém apenas a treinamentos formais, mas na busca pessoal de novos conhecimentos, por meio da articulação da experiência vivenciada no trabalho, família e sociedade (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; MERHY, 2015).

O MS elegeu a EPS como um importante instrumento para a consolidação do SUS (MELO; ALVARENGA, 2009).

A Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 do MS, destaca que é diretriz de cuidado à pessoa tabagista a formação profissional e educação permanente dos profissionais de saúde para que estes possam adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes 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, 2013).

Os depoimentos seguintes exemplificam como o mundo do trabalho é uma escola em movimento:

“... a desenvoltura de grupo a gente vai pegar na prática, a gente vai aprendendo muito mais trocando com os colegas, pegando informações de pessoas que já fazem grupo a mais tempo do que sair daquela capacitação e se sentir apta para desenvolver grupo. Eu não, daquela Capacitação, não me senti preparada para fazer grupo e eu fui aprender depois com outras pessoas que ajudaram.” (P4, cirurgiã-dentista);

“O aprendizado vem de um grupo mesmo, né? Fazendo ali é que vai dando mais segurança também para o profissional.” (P1, cirurgiã-dentista).

Assim sendo, para além de uma política pública de indução das práticas de educação em saúde é fundamental que se reconheça a produção viva de práticas e saberes no cotidiano do trabalho. Essa dinâmica grupal, no cotidiano do mundo do trabalho em saúde, permite muitas formas de viver uma mesma situação onde se aprende a lidar com as adversidades que surgem e aproxima os profissionais de saúde das reais necessidades da população (MERHY, 2015).

6.2.2 PROCESSO DE TRABALHO NO TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO TABAGISTA

A Atenção Primária à Saúde (APS) se configura como cenário oportuno para a execução das ações em prol da cessação do hábito de fumar (PORTES; MACHADO; TURCI, 2018). Mas, é importante que, para além do acesso à oferta do serviço, seja garantida a possibilidade de que pessoas “cheguem” aos serviços. O acesso seria a maneira como as pessoas sentem a acessibilidade (STARFIELD, 2002).

O PNCT indica que o usuário seja encaminhado, nas sessões cognitivo-comportamentais, individuais ou em grupo, para 4 encontros semanais estruturados, 2 encontros quinzenais de manutenção e 8 encontros mensais de manutenção, ou seja, pelo menos um 1 ano de acompanhamento (BRASIL 2020).

Conforme se observa nas vinhetas a seguir, quando algum usuário tabagista demonstra interesse em parar de fumar, as equipes costumam ter uma lista de espera na recepção para formar os grupos. O fato dos usuários procurarem o serviço sugere que a população adscrita tem acesso à informação sobre a disponibilidade da oferta deste serviço.

“A gente lá tem uma lista de espera, normalmente quem vai para a lista de espera já tem mais ou menos uma noção de como se desenvolve, né, todo o procedimento... todo o programa, né? Aí a gente inicia o grupo e depois a gente segue com esse paciente em manutenção.” (P4, cirurgiã-dentista);

“A gente também trabalha com essa espera. E aí o próprio paciente deixa na recepção, assim, quem quiser né? Mas as agentes de saúde sabem disso e facilita também, né? A agente de saúde oferece para os pacientes, e aí, com essa lista de espera, a gente marca o grupo zero, né? E convida todo mundo daí, sei lá, de 30 vão 10, né? No grupo zero daí se explica como é que vai funcionar.” (P6, enfermeira);

“É... lá no (NOME DA UNIDADE DE SAÚDE) a gente fez dois até agora. Também com lista de espera. E temos esse encontro inicial que seria para explicar o grupo e depois se faz o grupo.” (P1, cirurgiã-dentista).

O estudo de Portes *et al.* (2014), realizado entre maio e julho de 2011, mostra que 77,3% das Unidades de Saúde que ofertam o tratamento para tabagistas fazem o cadastro dos usuários que têm interesse em parar de fumar no momento em que estes procuram a Unidade.

Entretanto, apesar dos esforços de alguns, observa-se dificuldade em fazerem o

acompanhamento nas sessões de manutenção após a conclusão das quatro sessões estruturadas, nota-se, ainda, que o acompanhamento varia conforme a organização dos profissionais de saúde.

“A gente não tem o grupo de manutenção mensal, eu não consegui colocar na equipe ainda. Eu costumo fazer aí no próximo quadrimestre quando eu abro outro grupo, eu chamo alguns do grupo anterior para manutenção e daí também para dar um relato para os outros, né, acho que ajuda, de quem conseguiu parar de fumar e eu tento acompanhar até completar um ano. É difícil! Na outra unidade eu consegui acompanhar, lembro que consegui uma ou duas pessoas...” (P4, cirurgiã-dentista);

“eu também não faço os grupos em manutenção mensais fixos, mas é uma população que eu conheço, então eu, eu... como tem agora o tele atendimento, me facilita. Então eu entro em contato com eles, quando eu tô no início, eu entro em contato toda semana. Aí depois, eu já, de tempos em tempos, eu mando mensagem para ver como é que está, se tem ou está em desequilíbrio assim, aí eu marco uma consulta individual. Eu marco individual, dessa forma a minha manutenção, não com grupo, mas individual e eu utilizo muito o telefone para perguntar: como estão? Se tem alguma dúvida...Eu sempre mando assim de tempos em tempos eu mando mensagem ou se ver eles na unidade, eu também faço acolhimento, então fica mais fácil. Se eu ver, pergunto sobre isso, se é uma recaída assim, aí é uma consulta.” (P3, cirurgiã-dentista);

“Essa parte da manutenção a gente tá bem fraca” (P1, cirurgiã-dentista);

“... e aí com o fechamento das seções se faz um grupo de manutenção, a gente não consegue fazer esse segmento assim, né? De quem manteve... quem... mas tem muito disso de a gente no acolhimento perguntar ou quando está fazendo VD pergunta: “Como é que vai seu Fulano? Continua sem fumar ou não conseguiu parar”? Enfim... mas basicamente, é assim que a gente faz.” (P6, enfermeira);

“E acho bom padronizar também pra ficar mais fácil porque daí se troca algum pessoal da equipe.” (P1, cirurgiã-dentista).

Esses relatos alinham-se com o estudo de Pires *et al.* (2022), que aponta uma ausência de sistematização das sessões de manutenção e falta na periodicidade destas para que ocorram conforme previsto pelos protocolos que embasam a prática do PNCT. Assim como se observa nas vinhetas acima, o estudo de Pires *et al.* (2022) destaca, também, que não há uma organização da APS para a oferta das sessões de manutenção, podendo acontecer na forma de

grupo, consulta individual e contato telefônico ou ainda que cada equipe defina o tipo de abordagem a ser adotada, o período de ocorrência e até mesmo se será realizada ou não.

Esses dados expõem a fragilidade na longitudinalidade do tratamento ofertado ao usuário tabagista na APS apontando para a necessidade de se investir em possibilidades de cuidado, ampliando o escopo das ações, trazendo para o desenho inicial (as sessões iniciais, o grupo, as consultas para manutenção) outras abordagens que reforcem o vínculo e o diálogo do usuário que busca tratamento para o tabagismo com a equipe de saúde. Novos processos e também novos percursos podem otimizar o cuidado e, em alguma medida, terem efeitos na organização tanto das sessões de manutenção quanto para outras abordagens (PICS, para usar um exemplo) e potencializar a continuidade do cuidado.

Diante desse contexto, torna-se primordial que a APS não só contemple o tratamento do tabagismo durante a rotina de atendimento, mas também amplie e priorize estratégias que garantam a longitudinalidade do cuidado aos usuários, assegurando o vínculo e a responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tratamento, bem como permitindo o acompanhamento dos efeitos das intervenções recebidas e a garantia da continuidade do tratamento (PIRES *et al.*, 2022, p. 6).

Seguindo o Protocolo do PNCT (BRASIL, 2020), no município de Sapucaia do Sul/RS a capacitação para a abordagem intensiva restringiu-se apenas para os profissionais de nível superior. Não foi realizada nenhuma capacitação para os demais profissionais de saúde sobre o tema. A vinheta abaixo mostra a importância dos demais integrantes da equipe de saúde passarem por um momento de capacitação, incluindo e ampliando possibilidades para o cuidado ao usuário tabagista. Por certo, qualificar os trabalhadores, prioritariamente por ações de EPS, pode melhorar o desempenho da equipe multiprofissional no cuidado desse usuário no território de abrangência da equipe de saúde.

“Na Unidade que trabalhei, a gente fazia lista de espera e agora a gente faz convites e faz o convite, divulga e tal assim para o grupo zero. A maioria, nesse último que foi feito, dois últimos, a maioria não veio pela equipe captando, veio por divulgação no WhatsApp, divulgação no Facebook. Então a gente está, por exemplo, com a maioria dos nossos pacientes no grupo agora são pacientes de outras unidades e vieram da divulgação. Entende? Como sempre, eu acho que a equipe tinha que está engajada. Não é um tema.....isso é uma coisa interessante da capacitação, que ela é muito para introduzir as pessoas no tema. Só que aí só fazem capacitação específica para o profissional com nível superior... e a equipe acaba não ficando motivada, não achando um tema importante...” (P2, enfermeira).

Tal relato corrobora com Ferreira *et al.* (2019) que destacam que um profissional bem capacitado, interessado e que deseje, de fato, contribuir para uma melhora da qualidade de vida do usuário do território adstrito poderá agir de forma significativa para o empoderamento deste usuário com relação ao seu autocuidado e com uma atenção primária à saúde mais resolutiva.

O estudo de Bornstein e Stotz (2008) sugere que a ampliação da capacitação para profissionais de nível médio para a abordagem intensiva poderia representar uma ferramenta a mais para o PNCT.

As Diretrizes para Implementação do Artigo 14 da Convenção-Quadro da OMS (BRASIL, 2016) recomenda que todos os profissionais da saúde sejam qualificados para a abordagem breve/mínima (PAAP, sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar) que consiste em perguntar sobre o uso do tabaco, dar breves conselhos sobre o abandono de fumar e encaminhar os usuários tabagistas para o tratamento disponível localmente. Ressalta ainda que a abordagem breve deve ser implementada como um componente essencial do protocolo de atuação na área da saúde.

A fim de desenvolver o tratamento do tabagismo de forma mais rápida e com menor custo, devem ser usados ao máximo possível os recursos e infraestruturas existentes e garantir que os usuários de tabaco recebam pelo menos um aconselhamento breve em todo o SUS (BRASIL, 2020).

Essa recomendação é ainda mais relevante se considerado o potencial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

“É difícil, assim, manter as manutenções, agora eu percebo que na ESF é bem mais fácil, né?... Mas antes quando eu trabalhava em uma UBS, muito difícil manter paciente por 1 ano. Não tinha como buscar ele né?” (P4, cirurgiã-dentista);

“Mas as agentes de saúde sabem disso e facilita também, né? A agente de saúde oferece para os pacientes...” (P6, enfermeira);

“O agente de saúde vai meio que, né, de vez em quando perguntando se, né, se tá e tal...” (P1, cirurgiã-dentista).

Portes *et al.* (2014) e Ferreira *et al.* (2019) consideram importante a participação do agente comunitário de saúde (ACS) em ações de controle do tabagismo por exercerem um papel de mediadores entre usuários, equipe e Unidade de Saúde como modo de facilitar o

acesso da população ao serviço de saúde, por meio da busca ativa e também ressaltam o papel fundamental do ACS na divulgação das ações de controle do tabagismo no território de abrangência da Unidade de Saúde. Esse protagonismo é essencial para o profissional fazer a sua parte como integrante de uma equipe multiprofissional. Os autores ressaltam, também, que é importante que os demais profissionais de saúde deem retorno aos ACS sobre se o participante conseguiu, ou não, cessar o uso do tabaco, já que essa informação pode ser essencial para que o trabalho junto ao usuário não pare no momento em que este procura o serviço de saúde e que a forma como uma orientação é transmitida pelo ACS poderá influenciar a tomada de decisão do usuário sobre continuar, ou não, com a dependência do tabaco.

O debate em torno do processo de trabalho tem-se mostrado extremamente importante devido seu potencial transformador. No modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para se concentrar no profissional médico. Contudo, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços (MERHY *et al.*, 2005).

6.2.3 DIFICULDADES E POTENCIALIDADES PARA TRATAR O USUÁRIO TABAGISTA

Na roda de conversa foi possível identificar e compreender as dificuldades e potencialidades dos profissionais para tratar usuários tabagistas.

O registro do diário de campo da pesquisadora mostra um pouco sobre como estava a roda já se passado cerca de 40 minutos de conversa.

Quando estávamos conversando sobre o processo de trabalho, os participantes começaram a se lembrar de fatores que dificultavam para realizar o Programa. Nesse momento aproveitei para iniciar e fazer um link com a próxima pergunta do roteiro da roda de conversa, ou seja, fiz um direcionamento da conversa para o objetivo que o espaço se propunha. Na ocasião os participantes foram se lembrando das situações. Conversar é recordar! Nessa hora do "bate-papo", contei com a colaboração de uma colega da Secretaria de Saúde que trouxe um café, conforme havíamos combinado previamente. Servimos café, cuca e bolo à vontade. A roda estava num momento leve e descontraído e a conversa não foi interrompida mesmo durante a refeição. A conversação fluiu naturalmente. Estávamos tão envolvidas na conversa que ninguém se lembrou de registrar o momento com uma foto do grupo (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022).

Sobre o processo de trabalho, os participantes mencionaram questões administrativas referentes à organização do trabalho e gerenciamento. Destacam o preenchimento das planilhas de coleta de Informações do Tratamento do Tabagismo, instituída pela Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 (BRASIL, 2013), e a organização da coordenação municipal quanto a solicitação dos insumos para o Programa. Demonstram que questões administrativas, aparentemente silenciosas no trabalho em saúde, influenciam o cotidiano organizacional das equipes e que é visto, pelos trabalhadores, como uma dificuldade para realização do trabalho.

P6, enfermeira: *“... porque tem uma coisa do processo de trabalho do tabagismo que eu me lembro que era a função administrativa, que era o que mais...porque só para eu fazer um grupo, tudo certo! Agora sentar e colocar na planilha, naquele troço, meu Deus!”*

P1, cirurgiã-dentista: *“De preencher a planilha”.*

P6, enfermeira: *“Quem é que parou? Não parou? Quantos adesivos eu dei? Quantos adesivos eu não dei? Aí, será que eu dei pra Fulano? Será que eu não...”.*

P1, cirurgiã-dentista: *“Ah, se não anotou aí...”.*

P6, enfermeira: *“Aí eu não anotei, eu sou péssima com anotação. Eu não, não dou conta. E aí porque a colega que fazia antes... ela era muito mais metódica... lançando, “seu fulano tantos adesivos”. Eu não, eu, por algum motivo perdia, e aí eu, enfim... mas assim, é essa parte também do processo de trabalho é bem puxado, assim, do troço da planilha e aí tem que alimentar aquela planilha e a gente esquece, e não sei o que tem que dar tal dia. Enfim, é isso”.*

P3, cirurgiã-dentista: *“E aí tem que pedir a medicação”.*

P6, enfermeira: *“Isso, e aí tem que pedir a medicação. E, meu Deus, o grupo é hoje, não tem carro para trazer o livrinho e aí não tem um livrinho, então é essa função assim... porque isso também requer uma organização, outra, porque daí assim, bom, não é só fazer o grupo, é toda organização, né? E alimentação da planilha, e isso requer um tempo assim também, né? Então... é uma organização”.*

P3, cirurgiã-dentista: *“E não é só isso”.*

P6, enfermeira: *“É, não, não, não é. Então, tem todo um background assim”.*

O monitoramento do tratamento ao usuário tabagista, realizado por cada equipe que oferta esse tratamento, cria indicadores de cessação do uso e de adesão ou abandono do tratamento que auxiliam na avaliação, nos diferentes níveis de atenção do SUS, fornecendo, inclusive, informações que subsidiarão a estimativa de medicamentos necessários para o

tratamento da população tabagista assistida (BRASIL, 2020; BRASIL, 2013). O cuidado ao usuário tabagista requer ampliação de escopo, pois engloba ações que costumam a interprofissionalidade, a infra-estrutura dos serviços, o acolhimento e o vínculo para além do protocolo da PNCT.

Merhy *et al.* (2005, p. 282) ressaltam que:

... a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas).

Sobre o espaço físico, em diferentes momentos fica explícito que nem todas as Unidades de Saúde tem estrutura física adequada para realizar o grupo de acompanhamento aos usuários tabagistas. Os participantes também ressaltam que a falta de sala de reunião pode causar algum transtorno no trabalho a ser realizado pelo outro colega. Destacam ainda que uma alternativa é procurar parceria junto à comunidade (espaços em outras instituições, como salão paroquial ou em templos, salão da associação de moradores...).

“Ah é... espaço físico gente! Espaço físico, na unidade não, lá não tem sala de grupo.” (P6, enfermeira);

“É lá a gente não tem. A associação não é no território, é longe, relativamente longe, então a gente faz na sala das agentes, barra, sala de almoço, barra, a sala de... enfim, sala de tudo (Todas riem). E aí é isso, o pessoal tem que liberar sala. Para que agora vai ter grupo! Né? E gera um momento que se daqui a pouco está chovendo ou alguma coisa as agentes não vão poder fazer digitação ali, né?” (P6, enfermeira);

“A gente lá usa a Associação.” (P1, cirurgiã-dentista);

“A gente tem sala de reuniões.” (P3, cirurgiã-dentista);

“A nossa melhor, a nossa maior sala, é da dentista.” (P2, enfermeira).

O uso de espaços externos às unidades de saúde, como associações de moradores nos bairros, igrejas e escolas, pode desestimular o trabalho das equipes:

(...) estrutura deficiente pode contribuir para que haja desestímulo na execução do trabalho, ações ineficientes ou até mesmo a sua não realização. Além disso, compromete profundamente as ações de caráter educativo, resultando em baixa oferta de tais ações nos serviços e consequente focalização nas ações de caráter curativo, de abordagem individual.

A busca pela parceria com estabelecimentos de outros setores demonstrou-se como uma alternativa para muitas unidades que não apresentam espaço adequado para a realização dos grupos de tratamento do tabagismo. É premente avançar para o desenvolvimento de projetos intersetoriais, trazendo de fato o compromisso com ações de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida para a lógica da corresponsabilização, articulando saúde, usuários e outros setores das políticas públicas. No entanto, não é satisfatório que a aproximação com os demais setores ocorra estritamente pelo fato de haver fragilidades na estrutura das UAPS (PORTES *et al.*, 2014, p. 443).

A partir das falas de P4, P6 e P1 é possível entender a necessidade de oferecer horários compatíveis com a rotina dos usuários.

“Uma dificuldade que eu me lembrei. Eu, por exemplo, a pessoa que trabalha, disponibilidade dela semanal do horário. Às vezes aquela pessoa mais jovem que quer, não consegue em função da disponibilidade de horário, né?” (P4, cirurgiã-dentista);

“... seria bem interessante a gente poder ofertar esses grupos noturnos, né? Porque muita gente trabalha e mesmo a questão do atestado, dependendo da empresa (...)... se tu coloca um atestado perde a cesta básica, se coloca atestado perde, não sei o quê. Então para os pacientes é... é muitas vezes assim: eu consigo chegar aqui umas 5 e meia, bah, não posso, não é? A gente não tem como ofertar pra esse...” (P6, enfermeira);

“Pensando no terceiro turno, pensando também em aumentar os profissionais que vão pra isso. Que não vai dar para a equipe que está no terceiro turno, abraçar mais isso, né?” (P1, cirurgiã-dentista).

Em estudo de Almeida, Rodrigues e Freire (2013), realizado com usuários que já haviam participado de grupos de tabagismo em Unidade de Atenção Primária à Saúde, os resultados apontam a necessidade que cada Unidade de Saúde tenha não apenas um dia e horário reservado para a realização do Grupo para Abandono do Tabagismo. Os entrevistados do estudo de Rodrigues e Freire (2013) sugerem a adequação dos horários às possibilidades de cada grupo para que possam participar de todos os momentos, já que cada sessão é essencial. Alguns entraves igualmente precisam ser considerados, como o número limitado de profissionais, o que dificulta a realização de mais grupos em dias ou horários diferentes.

Os participantes apontam falta de colaboração dos profissionais da equipe. Algumas equipes, embora tenham mais de um profissional que realizou a capacitação inicial do tabagismo, não se envolvem com o Programa. Há um descontentamento pela falta de engajamento dos colegas da equipe, gerando sobrecarga de trabalho com o complexo processo de planejar e conduzir os cuidados:

“... Eu falo eu, porque é só eu que faço.” (P4, cirurgiã-dentista);

“E eu acho que é muito, é difícil a gente ficar, a gente tem que ficar dizendo: coleguinha ajuda, ajuda... ter que ficar toda hora, tem que cobrar, então eu prefiro fazer sozinha, porque é mais fácil. O meu desgaste emocional, é mais...é menor do que eu ficar: “Olha só, me ajuda, tá? Me ajuda.” (P3, cirurgiã-dentista).

O trabalho em equipe não se resume em reunir diversos trabalhadores num mesmo espaço, atribuir a eles tarefas que se entrecruzam, estabelecer normativas que se deve trabalhar em equipe e lhes reservar um tempo para reuniões (MERHY *et al.* (2019). O trabalho em equipe multiprofissional é um trabalho coletivo construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de áreas distintas, estabelecendo, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2001).

Sobre o potencial que os profissionais têm para o cuidado em saúde do usuário tabagista, os participantes destacam o apoio das equipes de matriciamento. O apoio matricial em saúde tem por objetivo garantir retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde por oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011). Vale ressaltar que o município de Sapucaia do Sul/RS conta com uma equipe de NASF-AB e uma equipe de AMENT, com trabalhadores capacitados para o PNCT.

“Sou profissional que não está na equipe mínima, né? Não por ali, no dia a dia das estratégias, que sou apoio matricial. Então a minha inserção acaba sendo um pouco diferente né? E se dá muito a partir das equipes, de como elas estão organizadas. Porque a equipe de apoio matricial se coloca à disposição das equipes, né, que matricia. E aí, pra conseguir contribuir de formas bastante diferentes nos grupos, então, ou a gente se insere bastante, todo o processo do grupo e aí participa em cada um dos encontros juntos, né? Tem colegas

que já fizeram isso. Ou então, pensando em cada grupo profissional que compõe a equipe, a gente estar pontualmente, em algum momento, pensando nas etapas, né?” (P5, nutricionista);

“Eu acho que a gente usa pouco as equipes de matriciamento, sabe?” (P2, enfermeira);

“Só de sentar para organizar ou de algumas vezes para discutir algum caso de algum paciente específico, não precisa atender um paciente, sabe? Eu acho que tem que ser essa a intenção. Mas de poder ter uma pessoa pra poder discutir aquele caso difícil, né?” (P2, enfermeira);

“Dá suporte na capacitação que a gente não vai conseguir especificamente numa capacitação, né? Isso é uma formação inteira de um profissional.” (P2, enfermeira).

Campos e Domitti (2007) descrevem o apoiador matricial como um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil diferente daquele dos profissionais de referência que pode acrescentar recursos de saber, por meio da comunicação ativa entre profissionais de referência e apoiadores, contribuindo com a capacidade resolutiva da equipe de saúde responsável pelo caso.

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais:

a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;

b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;

c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 401).

O apoio matricial e equipe de referência são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que aumenta a possibilidade de realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os participantes da roda de conversa, como integrantes da APS e coordenadores do cuidado em saúde, apontam a facilidade de acessarem os demais profissionais de saúde na

Rede de Atenção como uma característica com grande potencial de articulação do cuidado no município de Sapucaia do Sul/RS. As vinhetas indicam que a produção do cuidado acontece sempre em rede, quer dentro da equipe quer fora dela:

“A gente precisa valorizar a potencialidade que a gente tem em rede assim, né?... a gestão do serviço precisa organizar algumas coisas, então faz referências, né? Uma equipe para tais unidades, outra equipe para as outras, mas só que isso é uma coisa bem durinha, mas que a gente, né, enquanto rede pode estabelecer os contatos assim, né, fazer novas conexões sem prejudicar a organização.” (P5, nutricionista);

“E eu acho que aqui em Sapucaia a gente tem muito isso. Eu acho que é uma potencialidade não só para os grupos de tabagismo, mas como pra todas as outras coisas. Eu acho que isso é muito bom. A gente tem contato com toda a rede se a gente quiser. Eu acho que aqui no município isso é bem forte.” (P3, cirurgiã-dentista);

“Eu acho que é a maior qualidade do município a interação dos profissionais.” (P2, enfermeira);

“... acionar a equipe de apoio, a chamar o colega, né. Então, não necessariamente a gente vai conseguir dar conta de tudo, né? E acho que o apoio acontece e, às vezes, inclusive com outros colegas da gente que tem mais experiência, não necessariamente da equipe de apoio assim, né?” (P6, enfermeira).

Franco (2006) observa que as redes de cuidado do SUS trabalham comunicando-se mutuamente entre as diversas unidades, seja da equipe de saúde da família, unidades básicas, serviços de especialidades, rede hospitalar e mesmo o atendimento pré-hospitalar. Diz, ainda, que as equipes e/ou trabalhadores de saúde, de uma unidade de saúde, quando em atividade processam também uma rede entre si, que amplia o esforço da produção do cuidado.

Pelo fato de os trabalhadores de saúde em atividade abrirem espaços de fala e de escuta entre si, estes espaços relacionais vão mediando seu processo de trabalho. Revelam para nós que “estabelecer relações” é um saber intrínseco à atividade laboral. É como se não existisse uma auto-suficiência no trabalho em saúde, ou seja, nenhum trabalhador poderia dizer que sozinho consegue ter uma resolutividade que seja satisfatória, do ponto de vista da realização de um projeto terapêutico centrado nas necessidades dos usuários. A rede que se forma e as ações assistenciais fazem com que uns encontrem potência em outros (FRANCO, 2006, p. 463).

Como potencial também foi apontado a questão do território da ESF.

Quando falaram do território todas conversaram ao mesmo tempo sobre a potência da Estratégia Saúde da Família. Percebo que é um assunto que as motiva a falar. Todas as integrantes são de Equipe de Saúde da Família. Não tivemos na roda nenhum representante de uma equipe de Atenção Primária sem a figura do ACS. Entretanto, havia experiência relatada por uma participante da roda que trabalhou anteriormente em uma UBS. Ela considerou uma boa experiência devido ao engajamento de toda a equipe em realizar o grupo. (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022)

“Acho que é outra potencialidade é a questão do território assim. Para quem trabalha na ESF, fazer um grupo tem essa questão do território muito forte assim, né? Então pra gente circular, de fazer uma VD, de fazer uma caminhada no território e encontrar as pessoas assim, acho que isso é muito potente assim pro tratamento do tabagismo” (P6, enfermeira);

“Às vezes é um vínculo com a gente.” (P4, cirurgiã-dentista).

Tais relatos apoiam a literatura que afirma que a noção de território é central e norteadora para a organização dos serviços de saúde por proporcionar uma melhor possibilidade de promover a coordenação do cuidado, a continuidade, integração das ações e as relações de vínculos. A Atenção Básica, no Brasil, tem como fundamento e diretriz ter território adstrito de forma a permitir o planejamento, a descentralização e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes de saúde das coletividades que compõem o território (SILVA *et al.*, 2016).

Por fim, outro potencial lembrado foram os espaços de educação permanente. No município de Sapucaia do Sul/RS, a cada fechamento de quadrimestre do Programa, é realizada uma reunião com os profissionais envolvidos no cuidado ao usuário tabagista. Esse espaço é usado para discutir dados do fechamento do quadrimestre, entrega de insumos remanescentes, atualização sobre o tema e troca de experiências entre as equipes e profissionais.

“Dá para botar também como potencialidade, é isso, que a gente está fazendo agora, né? As capacitações mais frequentes. Acho que potencialidade que a gente tem muito espaço para educação permanente. Os nossos encontros, né, por semestre. Eu acho que a gente podia utilizar mais também, como a educação permanente, que a gente troca, né?” (P3, cirurgiã-dentista);

“E foi bem legal porque tinha umas meninas que estavam começando, então também trouxeram o que quê elas sentiam... Então acho que a gente tem esses espaços, né,

disponíveis e ocupar mais esses espaços.” (P3, cirurgiã-dentista).

Os dados da pesquisa confirmam dados da literatura sobre a potencialidade da EPS na transformação da prática do trabalho em saúde, por meio da articulação da experiência vivenciada no trabalho, família e sociedade (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; MERHY, 2015). Para construir ações de EPS é importante pensar nas múltiplas possibilidades no cotidiano do trabalho e ter a aprendizagem como algo que acontece na relação com e entre pessoas e acontecimentos, cuidando para que não se institucionalize a EPS em espaços vinculados a uma metodologia tradicional de aquisição de conhecimentos, pois *“nada está pronto ou saturado e que o conhecimento não se aplica, mas vive-se, experimenta-se, e, ao viver, conhecemos, sentimos e nos movemos para outras direções”*. (DOS SANTOS LEITE; ROCHA, 2017, pg. 212).

6.2.4 CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

Ao se conversar sobre o que é cuidado em saúde, os profissionais trazem a importância da escuta como ferramenta fundamental no encontro com o outro.

“Às vezes precisa de uma escuta, de um acolhimento de alguém só ali entender o que ela precisa, porque às vezes ela diz, o que ela está dizendo, não é realmente o que ela precisa, o que ela quer dizer, né? Acho que é mais nesse sentido assim, e é uma troca, né? Cuidado acho que é uma troca.” (P4, cirurgiã-dentista).

Para Carnut (2017), o acolhimento é uma estratégia de humanização que apoia a prática integral sendo entendido como agasalhamento, recebimento, acomodamento, acalento, ou seja, promove um encontro diferenciado, permeado de contato e afeto.

Para Santos *et al.* (2007), só há acolhimento quando existe diálogo, escuta e comprometimento com a queixa do outro e busca pela resolução dos problemas apresentados pelos usuários, sendo impreterível a corresponsabilização e procura pelo melhor cuidado:

“Porque assim, às vezes, o que acontece, muitas vezes o paciente se acha no direito que o outro faça por ele. Vai lá porque: ‘minha receita venceu e eu quero hoje’. Não, mas ela venceu que dia? Aquela coisa assim, né? De ele também entender, se responsabilizar, ter

responsabilidade, né? Que não é a gente toda hora querendo resolver os problemas que ele poderia não ter...” (P1, cirurgiã-dentista).

Pensar no cuidado como prática sanitária já é, em si, ter o outro como um todo. Os profissionais que escolhem a área da saúde, em algum momento, pensam o quanto de suas vidas precisarão dedicar a um ‘outro’, que não conhecerão previamente e que, portanto, será alvo do seu altruísmo, como prática profissional e de vida.

Ver o outro na sua cosmovisão é, em outras palavras, vê-lo como um ser integral. Na saúde, a palavra ‘integral’ (e sua substantivação ‘integralidade’) vem sendo a tônica da prestação dos serviços de saúde, que a advogam como objetivo a ser alcançado na produção de um novo cuidar (CARNUT, 2017, p. 1178).

É desejável que os profissionais que compõem as equipes de atenção primária tenham um olhar e práticas de cuidado ampliadas, para garantir direito ao acesso à saúde integral como um dos fundamentos básicos do SUS. Os serviços e espaços de práticas clínica em saúde devem estar estruturados para valorizar e ressignificar a figura do sujeito e da intersubjetividade nas intervenções preventivas e/ou curativas, tendo como objeto e objetivo o cuidado integral e a autonomia das pessoas (LIMA *et al.*, 2013; FAVORETO, 2008).

Para os participantes da roda de conversa, o cuidado está relacionado com ampliar o olhar para o usuário a fim de que ele seja protagonista do seu cuidado. Isso se evidencia nas vinhetas a seguir:

“Precisa do outro ali também, não adianta querer cuidar de alguém se o outro não quer ser cuidado, por exemplo, né, não adianta o paciente lá com a pressão 16 por 9, a gente falando que tem que consultar ou tem que...né? E ele: ah não, não. Não adianta. O cuidado é uma oferta e o outro tem que entender que precisa, né?” (P1, cirurgiã-dentista);

“E às vezes, a gente vai oferecendo o nosso serviço, nosso protocolo lá bonitinho, né, é uma coisa que a gente faz todo dia. Mas a gente tá na verdade para auxiliar, o cuidado é auxiliar para o que a pessoa deseja...” (P2, enfermeira).

O trabalho de Bub *et al.* (2006) discute sobre a importância do cuidado do profissional de saúde com o usuário, especialmente quando se constata a corresponsabilização do paciente no sucesso ou fracasso da ação terapêutica. Os autores destacam que o autocuidado representava aquilo que o profissional de saúde desejava que o paciente fizesse em sua ausência, e não basicamente o que o paciente podia e queria fazer. Para Carnut (2017),

as discussões sobre o autocuidado mudaram para o termo cuidado de si

como forma de revisitar a subjetividade envolvida na relação clínica profissional-usuário, e como o sujeito que recebe o cuidado também deve ser produtor de bem-estar, em função dos desejos que o conduzem nas suas experiências de vida. Portanto, o cuidado de si trabalha a ideia de conversão, ou converter-se a partir do que é bom para si. Seria, assim, um ‘pertencer a si mesmo’, ou, em síntese, um aprender a ser ‘seu’ (CARNUT, 2017, p. 1179).

Sobre as formas de cuidado em saúde os profissionais relataram: **a escuta terapêutica, grupos, atividade física, meditação, exercício de respiração, auriculoterapia e reiki (PICS).**

“Lá a gente fazia, quando eu fazia o grupo, eu fazia um grupo e depois atendia com auriculoterapia. E alguns pacientes do grupo viravam meus de escuta terapêutica.” (P6, enfermeira);

“Eu tinha um colega médico na outra equipe que fazia reiki. É por isso que foi tão boa a experiência lá na UBS. E tu via que as pessoas se engajavam, daí elas se sentiam tão bem cuidadas, é necessário porque é para além do protocolo do tabagismo, é a gente está ali ouvindo. A gente tá mexendo ali, né, mexendo na orelha...” (P4, cirurgiã-dentista).

Os participantes destacam o uso de tecnologias leves em saúde. Para Merhy *et al.* (2019) as tecnologias podem ser divididas em: *leve* — correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro (escuta, empatia, reconhecimento, porosidade e conhecimentos produzidos a partir da experiência do encontro), entre outros; *leve-dura* — que, em parte, são duras, porque são produzidas e disponibilizadas a priori, mas, em parte, são leves porque podem ser usadas de modo singular a depender da situação e do encontro; e *dura* — a utilização de instrumentos, normas e equipamentos tecnológicos.

A escuta terapêutica e os grupos são exemplos de tecnologia leve utilizados pelos participantes na condução do tratamento do tabagista. Conforme se observa na fala de P4, o grupo é um recurso terapêutico no qual o acolhimento e as relações/interações humanas são importantes.

“A gente acaba vendo na prática, assim, que o que mais vincula as pessoas é justamente isso, né, é o vínculo com o grupo. Não só com o profissional, mas com o grupo em si, né? Tem muito mais sucesso que usar medicação. Além do protocolo né, aquele ambiente ali, aquelas pessoas que estão ali, essa troca, é o profissional se colocar ali. Eu lembro que

eu e meu colega, tipo eu sentava aqui, aí os usuários, ele sentava tipo ali, sabe? A gente se sentava assim entre os usuários e a gente também contava coisas pessoais da nossa vida, sabe? A gente se deixava vulnerável também. E acho que isso, no fim das contas, é o que fazia mais diferença.” (P4, cirurgiã-dentista).

A pesquisa de Silva, Alvim e Figueiredo (2008) cita a interação/comunicação/conexão interpessoal no cuidado, atributos da relação humana, como expressão tecnológica leve que favorece o desempenho profissional no ato de cuidar.

A relação de ajuda pode se dar por expressões de afeto, interesse, aceitação e respeito pelo cliente; compreendendo o sentido que ele atribui às suas vivências, ouvindo-o com sensibilidade, percebendo suas expressões em palavras e gestos. O cliente sente necessidade de simpatia, de conforto e de segurança. Assim, dependendo da relação que se estabeleça com o enfermeiro, ele passa a compreender que é aceito, respeitado e amado. Quando descobre que as suas dúvidas e problemas são discutidos e que deixaram de lhe causar, em certo grau, sofrimento, insegurança ou ansiedade, sente-se motivado e confiante na sua própria capacidade de restabelecimento físico e emocional (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p. 296).

O reconhecimento da narrativa do usuário deve estar integrado à clínica não apenas como uma ferramenta diagnóstica, mas principalmente como um instrumento para o projeto terapêutico e de resgate da autonomia, favorecendo a aproximação do saber popular e, conseqüentemente, reestruturando novas formas e normas de vida, saúde e prazer (FAVORETO, 2008).

Sobre o cuidar em saúde os participantes ressaltam o quanto os processos educativos ocorrem ao longo da vida e os novos conhecimentos podem vir de muitas formas e em diferentes situações: pelas relações familiares, na escola, na Universidade, na pós-graduação, no ambiente de trabalho e com os usuários.

“Na família. Começa ali. É o primeiro cuidado. Acho que, de toda a família, começou muitas vezes com a mãe.” (P2, enfermeira);

“Eu acho que, eu pelo menos pensando na minha vida profissional, eu aprendi muito na residência, né? Vendo outros profissionais. Eu acho que é também importante. É a residência, estar e passar por ali, que muitas vezes a gente sair cru da faculdade.” (P3,

cirurgiã-dentista);

“Tanto que a gente aprendeu com um colega, a gente aprendeu na residência, a gente aprende com o colega de saúde mental...” (P2, enfermeira);

“E para aprender, e eu pensando em atenção básica, é ver os outros profissionais diferentes, sabe?” (P3, cirurgiã-dentista);

“... não aconteceu no primeiro grupo, porque a gente aprende com os outros, né?” (P2, enfermeira);

“Eu aprendi a escutar muito dos pacientes. Assim, eu tenho pacientes que coloca a gente no lugarzinho, sabe. Tipo dá uma segurada assim: “dá uma segurada”, “tu não está me ouvindo”, “tu não está entendendo o que eu estou te falando”, né? Então eu também fui aprendendo. Acho que tem inclinação, tem humildade assim: “olha, não sei, não sei te responder, me desculpa”. Tem que ter uma humildade para cuidar, eu acho, é prior, sabe, porque a gente não sabe tudo.” (P6, enfermeira).

A educação e o trabalho são práticas sociais e, no caso dos trabalhadores de saúde inseridos em serviços, a educação é parte do trabalho em saúde e amplia as possibilidades de resposta para além do normatizado (SILVA; PEDUZZI, 2011).

Segundo Franco (2007), há uma linha de produção pedagógica no SUS já que o trabalho em saúde é nuclear à ação pedagógica e a ação produtiva é duplamente transformadora, onde ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado e muda a realidade, produz a si mesmo como sujeito.

O que faz com que o trabalhador aja de uma forma ou de outra é a sua subjetividade, estruturada com base na sua história de vida, das suas experiências, dos valores que adquiriu e que vão determinar uma certa forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Contribui para isso sua implicação com o objeto, isto é, o problema de saúde do usuário com o qual se relaciona. A subjetividade e a implicação não aparecem nos manuais de ensino e aprendizagem, mas está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e da saúde (FRANCO, 2007, p. 431).

6.2.5 AÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS

O modelo proposto para estruturação da APS contempla equipes multiprofissionais

com enfermeiros, cirurgiões-dentistas, médicos, técnicos de enfermagem, ACS e outros profissionais (BRASIL, 2011). O trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo que se estabelece na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de pessoas de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001). Para assegurar a integralidade da atenção à saúde, a segurança e satisfação dos pacientes e profissionais, o trabalho em equipe interprofissional colaborativo é considerado fundamental (BRANDT *et al.*, 2014).

Quando perguntados sobre o que entendiam por ação interprofissional, os participantes apontaram a interação, a prática colaborativa entre profissionais de áreas distintas e uma relação com trabalho em equipe.

Pesquisadora pergunta para grupo: *“O quê vocês entendem por ação interprofissional?”.*

P1, cirurgião-dentista: *Os dois profissionais ou ação que se interliga entre duas áreas. Eu acho que, pensando em grupo, por exemplo, dá um conforto para gente se tem um outro colega junto, e se der alguma coisa ali, mesmo que não dê, mas parece que tem alguém junto, fica mais tranquilo assim, do que está sozinha conduzindo um grupo.*

P3, cirurgião-dentista: *E é dividir mesmo né?*

P1, cirurgião-dentista: *E as visões também né?*

P3, cirurgião-dentista: *Somar conhecimento.*

P4, cirurgião-dentista: *É isso. Eu sei uma coisa, ela sabe outra. Enfim, acho que é uma coisa que eu talvez não saiba abordar da melhor forma o outro sabe.*

Conforme se observa nas vinhetas acima, os trabalhadores referem articular ações e saberes com profissionais de outras áreas para resolver problemas de saúde dos usuários. Os relatos mostraram que reconhecem os limites das profissões e que há necessidade de complementaridade e interdependência para o cuidado. Reconhecem que o tabagismo é um problema de saúde pública complexo, que requer uma abordagem igualmente complexa, com necessidade de intervenções articuladas entre profissionais, usuários e a rede pessoal, como amigos e família:

“A gente não sabe tudo gente. A gente não tem resposta para tudo e a atenção básica está cada vez mais complexa. Porque o cara não fuma só, o cara, ele tem 25 mil problemas, é

isso.” (P6, enfermeira).

Para Merhy *et al.* (2005) o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo já que não há trabalhador de saúde que consiga, sozinho, dar conta do mundo das necessidades de saúde. O trabalho em equipe multiprofissional pode ser considerado uma condição da integralidade, uma vez que requer a articulação de diversos saberes em um processo de trabalho aberto com novas possibilidades de construção, contemplando atividades e rotinas não previstas ou prescritas em protocolos (RAMOS, 2009).

É importante destacar que a integralidade, como eixo norteador das ações de qualificação profissional em saúde, permite a articulação dos saberes e práticas interprofissionais por ampliar o conceito de saúde e levar em consideração a subjetividade do usuário, garantindo o acolhimento e a corresponsabilidade entre os profissionais (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para Aguiar (2013), ações interprofissionais permitem que a prática de um profissional reconstrua-se na prática de outro e ambos são transformados para intervenção na realidade em que estão inseridos.

Outro ponto importante e identificado no estudo, que contribui para interprofissionalidade, é a presença de estudantes de pós-graduação na Unidade de Saúde:

“É outra coisa também que eu acho assim, o (NOME DA EQUIPE DE SAÚDE) tem residência faz 2 anos e muda totalmente... a residência, né? Que dá um outro ar, outro gás, né? Porque precisa ter a residência, tem que estar...nossa... Eles fazem diferença.” (P1, cirurgiã-dentista).

A literatura aponta que a presença de estudantes em Unidades de Saúde potencializa e atua como força motriz para ações interprofissionais no território (CARNUT, 2017).

As vinhetas abaixo permitem identificar o desafio para as equipes operarem como coletivo, possibilitando que a relação trabalhador-trabalhador produza uma interação interprofissional:

“Que todos os profissionais se abram para isso também né? Desde que todos queiram... porque tem uns que... não querem.” (P7, cirurgiã-dentista);

“Às vezes tem aquela zona de conforto, né? Tá ali naquele mundo, daquele jeito, a quanto tempo e não quer sair dali também, prefere continuar desse jeito. É porque dá trabalho também.” (P1, cirurgiã-dentista);

“Com o colega ninguém quer fazer mais o esforço, de tentar motivar o colega, de tentar explicar o colega: olha tô precisando de ajuda! Com o colega a gente não quer mais, com o colega, a gente desistiu.” (P2, enfermeira);

“Com o colega a gente espera que ele já saiba.” (P6, enfermeira).

Estudo de Aguiar (2013) indica que a prática colaborativa requer que os profissionais estejam dispostos a desenvolver atividades compartilhadas e para isso a comunicação entre eles é essencial.

Se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum e para tal os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre esses e os usuários.

Quando consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações bio-psico-sociais da saúde/doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151).

Para que o princípio da integralidade se efetive no sistema de saúde, se pressupõe mudança na prática do profissional de saúde que deve desenvolver um olhar novo para o usuário, para o colega de trabalho e para si mesmo, por estabelecer espaços de encontros e de trocas que fortaleçam a articulação da ação e integração entre eles (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Um trabalho em equipe articulado “provoca” a escuta do outro e o estabelecimento de um canal de comunicação, na busca do consenso, é elemento imprescindível no desenvolvimento de uma prática comunicativa (ARAÚJO; ROCHA, 2007). A comunicação atravessa os demais atributos do trabalho em equipe e é capaz de construir confiança, vínculo, respeito mútuo, reconhecimento do trabalho do outro e colaboração (SOUZA *et al.*, 2016).

As vinhetas apontam para a ideia de que a estruturação do trabalho em equipes multiprofissionais, como ocorre na atenção primária, não garante por si só uma dinâmica de trabalho que gere uma ação interprofissional e colaborativa, o que pode comprometer o cuidado integral do usuário.

“A gente... e a gente faz o esforço para não trabalhar em equipe, a gente sobrecarrega, tu leva serviço pra casa pra não precisar trabalhar em equipe. Com o paciente a gente faz o esforço contrário. Sério, acho que essa parte dos afetos, não são as profissões, são as pessoas. (...) Nada flui porque a gente não tem o afeto. E às vezes a gente não tá, tô falando de mim, a gente não está disponível, afim de fazer uma tentativa de coisas que pode dar frutos muito bons. Mas a gente prefere fazer aquela coisa difícil, pra fazer sozinho.” (P2, enfermeira).

Nesse sentido, Araújo e Rocha (2007) destacam a importância de repensar a formação dos trabalhadores em saúde para que o trabalho em equipe, no contexto da APS, tenha a dimensão da divisão de responsabilidades no cuidado ao usuário e que todos os profissionais participem com suas especificidades e contribuam para a qualidade da prestação das ações de saúde. Para essa transformação do profissional, e consequentemente do processo de trabalho, faz-se necessário o desenvolvimento de um processo de formação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos capaz de transformar o processo de trabalho por transformar os trabalhadores (CECCIM, 2005).

A EPS vislumbra estratégias para problematizar e revisitar o espaço cotidiano dos profissionais que apresentam resistências e insegurança às mudanças dos processos de trabalho. A EPS é capaz de levá-los a revisar seu modo de atuar, de acolher certas demandas ou mesmo seu próprio conhecimento técnico, provoca desacomodação, desterritorializando o instituído e questionando as posturas cristalizadas (DOS SANTOS LEITE; ROCHA, 2017).

7 PRODUTOS TÉCNICOS DIDÁTICOS

A partir do que foi vivenciado pelas pesquisadoras durante essa pesquisa, foram desenvolvidos três produtos técnicos.

7.1 CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

7.1.1 1ª EDIÇÃO DO CURSO: CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

O produto 1ª edição do Curso: Capacitação em Abordagem e Tratamento do Tabagismo vem de encontro à necessidade de ter mais profissionais que ofertassem o tratamento do

tabagismo nas Unidades de Saúde do município e a baixa frequência e pouco número de vagas na oferta dessa capacitação por parte do Estado ou do próprio INCA.

Após autorização do Estado para realização da Capacitação pelo próprio município, foi criado um grupo de trabalho com profissionais da rede que já realizavam o tratamento ao usuário tabagista. Assim, junto à Vigilância Epidemiológica, que faz a coordenação do programa no município, esse grupo de trabalho realizou 3 (três) encontros para organização e elaboração do curso.

O Curso teve como objetivo capacitar profissionais da saúde de nível superior para abordagem e tratamento do tabagismo nas Unidades de Saúde da Atenção Primária, prestadoras do SUS de Sapucaia do Sul-RS, sendo eles: médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo e/ou fonoaudiólogo.

As inscrições foram abertas para os profissionais do município mediante o envio de e-mail para as equipes de saúde já indicando quais profissionais estavam convidados para participar. Nessa 1ª edição os residentes do município não foram convidados a participar devido ao limitado espaço físico do local de realização do evento visto que ainda tínhamos restrições quanto à pandemia da covid-19.

Foi realizado na data de 19 de novembro de 2021, com carga horária de 8 horas, no Auditório da Praça do CEU – Estação Cidadania e Cultura (Avenida Valdemiro Rodrigues Machado, s/n, Bairro Vargas, Sapucaia do Sul-RS).

Figura 5 – Momentos da 1ª edição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2021.



Fonte: Arquivo da pesquisa

O Curso foi ministrado pelos servidores municipais que compõem o Grupo de Trabalho do Tabagismo contendo representantes da enfermagem, odontologia, medicina e psicologia.

O grupo de trabalho elaborou um Curso tendo como referencial o modelo terapêutico do tabagismo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, conforme preconiza a Secretaria

Estadual de Saúde a qual reconheceu o Curso e forneceu o certificado (ANEXO C). O certificado foi enviado por e-mail tanto para os profissionais que participaram quanto para os que ministraram o Curso.

Participaram do Curso 23 profissionais de saúde da rede de Atenção Primária do município de Sapucaia do Sul/RS sendo: 11 enfermeiros, 9 médicos, 1 cirurgiã-dentista, 1 nutricionista e 1 educador físico.

7.1.2 2ª EDIÇÃO DO CURSO: CAPACITAÇÃO EM ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

Após a grande repercussão positiva da 1ª edição do Curso, o grupo de trabalho se organizou para realizar uma 2ª edição municipal. Ao solicitar autorização e reconhecimento da Secretaria Estadual de Saúde a mesma convida o grupo de trabalho de Sapucaia do Sul/RS a fazer uma 2ª edição na qual se ofereça vagas para os profissionais dos municípios da 1ª Coordenadora Regional de Saúde (CRS). O desafio foi aceito!

Para a 2ª edição os pré-requisitos se mantiveram e as inscrições foram abertas para os profissionais da saúde de nível superior do SUS, sendo eles: médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo e/ou fonoaudiólogo. Entretanto, dessa vez foram oferecidas mais vagas para o máximo de profissionais da Atenção Primária, incluindo as equipes de apoio matricial NASF-AB e AMENT do município de Sapucaia do Sul/RS. Nessa 2ª edição, os residentes do município foram convidados a participar. As inscrições foram abertas para os profissionais do município mediante o envio de e-mail para as equipes de saúde já indicando quais profissionais/residentes estavam convidados a participar.

Foram disponibilizadas 125 vagas ao Estado que ficou responsável pela oferta e inscrições dos profissionais de saúde dos municípios da 1ª CRS. Foi feito um card para divulgação do Curso informando data, local, carga horária e cronograma (fig. 6).

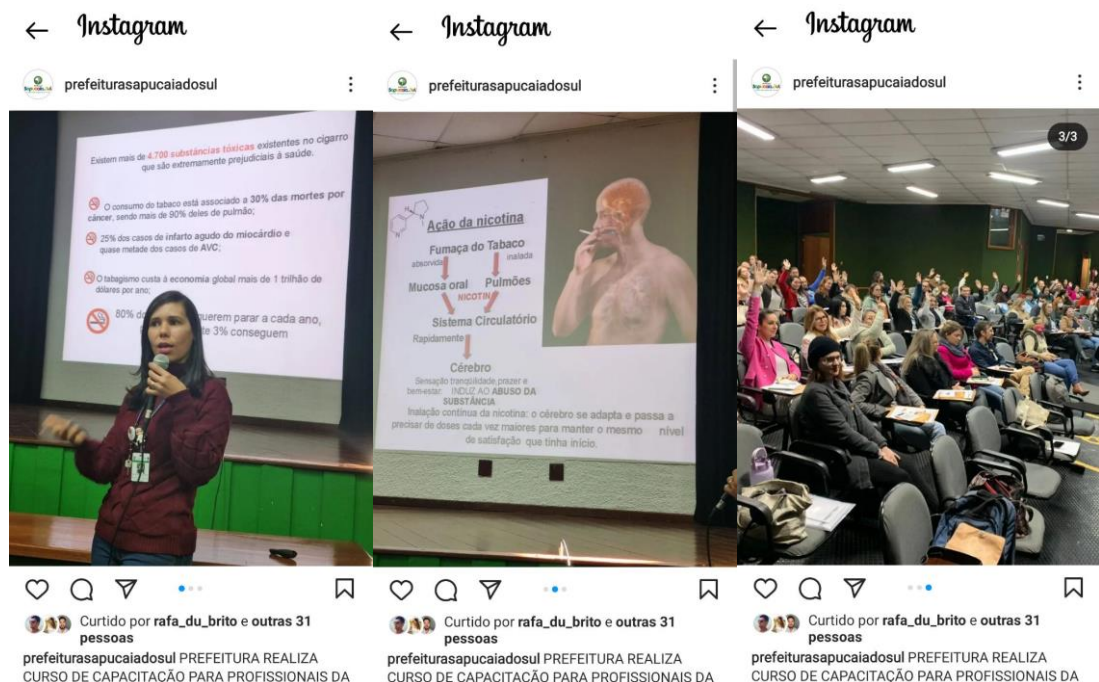
Figura 6 – Card para divulgação do Curso: Abordagem e Tratamento do Tabagismo para a 1ª CRS, Sapucaia do Sul/RS, 2022.



Fonte: Elaborado pelo grupo de trabalho da 2ª edição e setor de Comunicação da Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul/RS, 2022.

O Curso foi realizado na data de 23 de setembro de 2022, com carga horária de 8 horas, no Auditório Grande do IFSUL – Campus Sapucaia do Sul (Avenida Copacabana, s/n, Bairro Piratini). A figura 7 ilustra momentos da atividade.

Figura 7 – Momentos da 2ª edição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2022.



Fonte: Instagram (prefeiturasapucaiaidosul).

Participaram do Curso 128 profissionais de saúde de 21 municípios sendo 55 enfermeiros, 34 médicos, 13 cirurgiões-dentistas, 10 psicólogos, 6 farmacêuticos, 3 nutricionistas, 3 assistentes sociais, 3 fisioterapeutas e 1 fonoaudiólogo.

Quadro 4 – Municípios, número de profissionais e núcleo de graduação capacitados na 2ª edição do Curso Abordagem e Tratamento do Tabagismo, Sapucaia do Sul/RS, 2022.

Município	Número profissionais	Núcleo de graduação
Barra do Ribeiro	2	2 enfermeiros
Cachoeirinha	9	5 enfermeiro, 2 cirurgião-dentista* e 2 médico
Camaquã	4	3 enfermeiros e 1 psicólogo
Charqueadas	4	2 enfermeiros, 1 médico e 1 cirurgião-dentista
Cristal	3	1 enfermeiro, 1 médico e 1 nutricionista
Eldorado do Sul	2	2 médicos
Estancia Velha	6	4 enfermeiros, 1 médico e 1 psicólogo
Gravataí	3	1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista e 1 médico
Igrejinha	3	1 enfermeiro, 1 cirurgião-dentista* e 1 médico
Maratá	2	1 enfermeiro e 1 psicólogo
Minas do Leão	3	1 enfermeiro, 1 fonoaudiólogo e 1 psicólogo
Nova Hartz	6	4 enfermeiros e 2 médicos
Nova Santa Rita	3	2 médicos, 1 enfermeiro
Novo Hamburgo	7	3 médicos, 2 farmacêuticos, 1 cirurgião-dentista e 1 enfermeiro
Parobé	9	5 médicos, 2 enfermeiros, 1 psicólogo e 1 farmacêutico
Pinto Bandeira	1	1 enfermeiro
São José do Sul	2	1 farmacêutico e 1 psicólogo
Sapucaia do Sul	56	22 enfermeiros, 13 médicos, 8 cirurgiões-dentistas, 4 psicólogos, 3 assistentes sociais, 3 fisioterapeutas, 2 nutricionistas e 1 farmacêutica
Sentinela do Sul	1	1 enfermeiro
Tapes	1	1 enfermeiro

Tupandi	2	1 enfermeiro e 1 farmacêutico
21 municípios	128*	

Fonte: Registro da pesquisa, elaborado pelas autoras.

*1 profissional trabalha em 2 municípios.

Dos 56 profissionais de saúde de Sapucaia do Sul/RS 10 são profissionais que fazem residência no município.

A Secretaria Estadual de Saúde deu como contrapartida para a realização do evento: 200 envelopes, 200 canetas, 200 folhas de ofício, 200 fichas de anamnese clínica para avaliação inicial do tabagista (Anamnese Clínica para o Tratamento do Tabagismo – ANEXO D) e 200 livros de cada sessão estruturada (sessão 1, 2, 3 e 4) totalizando 800 livros. A Secretaria Estadual de Saúde forneceu também o certificado físico (ANEXO E).

O certificado foi entregue mediante participação comprovada em lista de presença no turno da manhã e tarde. A lista de presença foi disponibilizada no intervalo do turno da manhã e da tarde mediante QR-CODE. O uso desse recurso tecnológico foi fundamental devido ao elevado número de participantes.

7.2 CARTILHA 1: GUIA PARA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO

O produto Cartilha: Guia para abordagem e tratamento do tabagismo (APÊNDICE G), foi elaborado como produto do Curso de formação profissional visando instrumentalizar os profissionais que trabalham na Atenção Primária para identificação, o tratamento e o acompanhamento dos usuários tabagistas no escopo do PNCT. O conteúdo dessa cartilha se baseia, principalmente, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo publicado em 2020 pelo Ministério da Saúde, nos materiais de apoio do INCA, manual de registro do e-SUS e em experiências exitosas dos profissionais que ministraram o Curso no município de Sapucaia do Sul/RS 2021/2022.

O endereço eletrônico para o acesso à cartilha é https://drive.google.com/file/d/12dQeGninpCdDwhYzGEd53lH7gYi6ieha/view?usp=share_link.

7.3 CARTILHA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA O TRABALHO E PARA O CUIDADO AO USUÁRIO TABAGISTA

O produto Cartilha: Educação permanente em saúde: perspectivas para o trabalho e para o cuidado ao usuário tabagista (APÊNDICE H) foi elaborado como tecnologia educacional em saúde para apoiar a gestão e os profissionais que trabalham nas Unidades de Atenção Primária (UAP). O objetivo é qualificar as ações em saúde e os processos de trabalho para as equipes que cuidam de usuários tabagistas. Considerando a EPS como estratégia de problematização do cotidiano, capaz de transformar os processos de trabalho e os profissionais de saúde numa lógica acolhedora e da clínica ampliada, e visando o cuidado integral do usuário, este material educativo foi desenvolvido para estimular os trabalhadores a criarem e desenvolverem suas ações de EPS, com processos de fala e escuta que, em diferentes níveis, podem auxiliar na qualificação do trabalho, do cuidado e, como objetivo maior, na qualidade de vida dos usuários.

O endereço eletrônico para o acesso à cartilha é https://drive.google.com/file/d/1GI70q1UyRSKvkqmjNmtbx8G5wmywnYKT/view?usp=share_link.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o cuidado ao usuário tabagista é desafiador, pois requer, dos profissionais de saúde e também das pesquisadoras, desvincular-se dos protocolos do Ministério da Saúde e adentrar no terreno das tecnologias leves, como escuta, acolhimento, vínculo e negociação entre partes e apoio na e da rede pessoal de cada usuário. Este movimento requer, igualmente, um distanciamento de convicções sobre o tabagismo, sobre o vício ou sobre a doença pois traz o protagonismo do usuário para o centro do cuidado e não mais a aplicação das etapas descritas no PNCT. O estudo traz dados para que se possa compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da APS do município de Sapucaia do Sul/RS para o cuidado ao usuário tabagista.

A complexidade do cuidado em saúde do usuário tabagista requer, por parte de toda a equipe de saúde, a capacidade de pensar criticamente os processos de trabalho. Os resultados obtidos sinalizaram a importância da EPS como recurso capaz de avançar em relação à atenção e cuidado que os profissionais das equipes precisam realizar no cotidiano dos serviços de saúde.

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e

processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem as práticas de saúde.

A necessidade de investimento na EPS como recurso capaz de provocar mudanças nos processos de trabalho é um ponto central da análise dos resultados deste estudo. De forma inequívoca, a EPS tem potência para conduzir processos de educação junto e com os trabalhadores de saúde e, então, se diminui o risco do cuidado em saúde ser um ato protocolar e repetitivo, mas sim singular, respeitoso, contextualizado e que leva em consideração o sujeito com suas perspectivas, possibilidades e interesses. A EPS se embasa nos princípios do SUS, no potencial do trabalho interprofissional e nas diretrizes norteadoras da PNEPS.

O cuidado em saúde, que traz a assunção do sujeito do trabalho como forma de produção de si, transforma os espaços de saúde, os serviços e, de certa maneira, gera novos e melhores efeitos na relação entre as equipes de saúde e os usuários. É nesta perspectiva que o cuidado ao usuário tabagista pode se reconstruir e ultrapassar engessados protocolos que, muitas vezes, pouco dialogam com trabalhadores e usuários no cotidiano intenso e complexo das Unidades da Atenção Primária em Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. **Atuação do enfermeiro de Atenção Básica no âmbito da articulação da prática interprofissional**. 2013. Dissertação (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-17072014-145203/publico/Carla_Aguiar_dissertacao_corrigida22_01.pdf. Acesso em: 06 jan. 2023.
- ALBURQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 28-38, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75FZRG9JnnVB7qdqtHTyYPC/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2021.
- ALMEIDA, G.; RODRIGUES, J.; FREIRE, M. Acessibilidade dos usuários ao Programa de Controle do Tabagismo. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 3 e 4, p. 45-50, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1900/2154-12864-1-pb.pdf> Acesso em: 25/12/22. Acesso em 23 dez. 2022.
- ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bqN34YBzZFfbTz5YRw8t58C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for treatment of patients with nicotine dependence. **Am. J. Psychiatr.**, v. 153, p. 1-31, out. 1996 *apud* LUPPI, C. H. B. *et al.* Perfil tabágico segundo teste de dependência em nicotina. **Rev. Ciênc. Ext.**, v. 4, n. 1, p. 95, 2008. Disponível em: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/18/8. Acesso em: 19 de dez. 2020.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez. 2004. Disponível em: www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 12/10/2021.
- BERTUSSI, D. C. et al. Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In: FEUERWERKER, L. C. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v. 2., p. 354-365, 2016. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do>

[cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes](#). Acesso em: 12 out. 2021.

BITTENCOURT, L.; CRUZ, R. C.; SCARINCI, I. C. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 645-654, dez. 2014. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a06.pdf>. Acesso em 19 dez. 2022.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 457-480, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/HXZkfKw3YhMmhx8Ywgy4Pv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 dez. 2022.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção Primária à Saúde e Coordenação do Cuidado nas Regiões de Saúde: Perspectiva de Gestores e Usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRANDT, B. *et al.* A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393-399, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.3109/13561820.2014.906391?needAccess=true&role=button>. Acesso em: 05 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2001. 38 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-e-tratamento-do-fumante-consenso>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para Implementação do Artigo 14 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco** – Medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do consumo do tabaco. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/971846/diretrizes-para-implementacao-do-artigo-14.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado – Tabagismo, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, 01 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS nº 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 17 de agosto de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 05 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 04 jul. 2022.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 1996.

BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/LP6Z97VFMXBTRKkHqwyJQBj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2023.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2022.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 679-684, 2006.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em 28 dez. 2022.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev Psiquiatr Clin.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 283-300, out. 2005. Disponível em: www.scielo.br/j/rpc/a/qfTsDPcjGpb5WLPQ3PpJbWw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 ago. 2021.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem / Hucitec, 2004. p. 346-390.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2005.v9n16/161-168/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 08 dez. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out. 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v20n5/36.pdf. Acesso em: 05 jan. 2023.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2014.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, out. 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142570/000992554.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 ago. 2021.

CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10398/1/2222222.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 27 dez. 2022.

DOS SANTOS LEITE, L.; ROCHA, K. B. Educação permanente em saúde: como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 203-213, abr-jun. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/261/26155062009.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2023.

DROPE, J. *et al.* **The Tobacco Atlas**. 6. ed. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323734563_The_Tobacco_Atlas_Sixth_Edition. Acesso em: 19 dez. 2020.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n3/847-852/pt>. Acesso em: 09 dez. 2022.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan-mar. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14181/7678>. Acesso em: 31 dez. 2022.

FERREIRA, M.C. *et al.* Protagonismo do Agente Comunitário de Saúde no combate ao tabagismo. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 13, n. 1, p. 371-377, fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236443/31334>. Acesso em 23 dez. 2022.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório da OMS sobre tabaco destaca Brasil**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-oms-sobre-tabaco-destaca-brasil>. Acesso em: 27 jun. 2022.

FISCHER, R. M. B. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 371-389, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/9717/8984>. Acesso em: 20 ago. 2021.

FONTES, B.; MARTINS, P. H. **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Universitária da UFPE, 2006.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-473. Disponível em: http://uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf. Acesso em 27 dez 2022.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/v11n23/a03v1123.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

GIGLIOTTI, A.; LARANJEIRA, R. Terapêutica do tabagismo. **J Bras Med**, Rio de Janeiro, v. 77, p. 66-78, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/sapucaia-do-sul.html. Acesso em: 21 set. 2021.

IGLESIAS, R. *et al.* **Controle do Tabagismo no Brasil**. Washington: Banco Mundial, 2007.

Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/202_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf. Acesso em: 20 ago. 2021.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Dados e números da prevalência do tabagismo.** Disponível em: www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo. Acesso em: 21 set. 2021.

INCA- Instituto Nacional de Câncer. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Política Nacional.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional>. Acesso em: 25 jun. 2022.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Saúde desenvolve estratégias para conter queda em procura por tratamento contra o tabagismo na pandemia.** Disponível em: www.inca.gov.br/noticias/saude-desenvolve-estrategias-para-conter-queda-em-procura-por-tratamento-contr-o-tabagismo. Acesso em: 21 set. 2021.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. **Tabagismo.** Disponível em: www.inca.gov.br/tabagismo. Acesso em: 21 set. 2021.

LEVY, D.; ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. **PLOS Medicine**, v. 9, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001336>. Acesso em: 21 set. 2021.

LIMA, A. I. O. *et al.* O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013. <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751531005.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2022.

Linha de Cuidado do Tabagismo deve facilitar o trânsito do paciente entre os diversos componentes do sistema de saúde, aponta especialista. IATS - Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.iats.com.br/linha-de-cuidado-do-tabagismo-deve-facilitar-o-transito-do-paciente-entre-os-diversos-componentes-do-sistema-de-saude-aponta-especialista/>. Acesso em: 20 set. 2021.

LOPES, F. M.; PEUKER, A. C.; BIZARRO, L. Aplicação de um programa de cessação do tabagismo com rodoviários urbanos **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 2, p. 490-499, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/BHmXjjzt3rMn57yjDDgHkxf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2023.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 665- 675, jul-ago. 2004. Disponível em: www.scielo.br/j/rlae/a/N8xBx67GG5N54hxm7XKx3Bz/. Acesso em: 20 set. 2021.

MEIRELLES, B. H. **Redes sociais em saúde:** desafio para uma nova prática em saúde e Enfermagem. 2004. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004 *apud* HÖRNER, G. M. M. L.; MEIRELLES, B. S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a

enfermagem. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012. Disponível em: www.scielo.br/j/ape/a/p3v9fWnhbYMzTZQVRFTTr3Yp/?format=pdf&lang=pt. Acessado em: 19 set.2021.

MELO, T. M.; ALVARENGA, K. F. Capacitação de profissionais da saúde na área de saúde auditiva: revisão sistemática. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 14, n. 2, p. 280-286, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/V8LRZzQKb3mkBGgmvh3WhQv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 dez. 2022.

MENDES, E. V. A modelagem das redes de atenção à saúde. 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe6, p. 70-83, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2022.

MERHY, E. E. *et al.* Trabalho em saúde. **Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ**, 2005. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em 24 dez. 2022.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, v. 23, n. 1, p.95-103, 2014.

NUNES, S. O. V. *et al.* A dependência do tabaco. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (org.). **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: Eduel, 2011. p. 41-54. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf#page=41>. Acesso em 13 jan. 2023.

OLIVEIRA, M. D; OLIVEIRA, R. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C. R. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliens, 1983. p. 17-33.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas [tradução Fábio Corregiari]. 1ª ed. São Paulo: Roca, 2006. Disponível em: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/42666/2/9788572416665_por.pdf. Acesso em 18 jan. 2023.

PALACIOS, A. *et al.* A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil. **Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária**, Buenos Aires, dez. 2020. Disponível em:

<https://actbr.org.br/uploads/arquivos/IECS-2021.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2021.

PAULINO, V. C. P. *et al.* Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, jul./set. 2012. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/15890>. Acesso em 20 dez 2022.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 dez. 2022.

PEUKER, A. C. W. B.; ARAUJO, L. B. Características do processo de cessação do tabagismo na abstinência prolongada. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 87-98, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/151217> Acesso em 09 jan. 2023.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

PINTO, M. M. P. S.; COUTINHO, S. E. D.; COLLET, N. Doença Crônica na Infância e a Atenção dos Serviços de Saúde. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 498-506, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28575/18065>. Acesso em: 04 mai. 2021.

PIRES, G. A. R. *et al.* Longitudinalidade do tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde: pesquisa avaliativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 04, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/T9wb4FSc3VB3NDdDRVVKSvR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 dez. 2022.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/VMYTVdnQb8hPBGVSzgfN8Xx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2023.

PORTES, L. H. *et al.* Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-48, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200439&script=sci_arttext. Acesso em: 30 jan. 2021.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-20, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hKXp8XMQnZfCXrkt4rHptYG/?format=pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.

PORTUGAL, S. Para uma abordagem reticular do cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3137-3139, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/QZMmpmtJVbMHxFr6fGtC5DM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 19 set. 2021.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: theory, research and practice**, v. 19, n. 3, p. 276-288, jan. 1982. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change. Acesso em 18 jan. 2023.

RAMOS, M. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 55-59, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/h3jKbb6SbHgDMJqSxwvyCvb/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 05 jan. 2023.

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/JtYLzkMnFNPRCMtXyQPNM6M/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 09 dez. 2022.

ROMERO, L.; SILVA, V. C. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a Atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. **Ver. Bras. Cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 305-314, 2011. Disponível em:

<https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/659>. Acesso em: 30 jan. 2021.

RONDINA, R. C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/4dnqCRBQwKWSrZnR6z5kdfG/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 set. 2021.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 5, p. 603-611, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/FHMbzwBtsKf4gD3C8V8vYYz/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 9 jan. 2020.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 18, p. 1299-1312, 2014.

SANTOS, A. M. *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, jan. 2007. Disponível em:

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v23n1/08.pdf. Acesso em 31 dez. 2022.

SEABRA, C. R.; FARIA, H. M. C.; SANTOS, F. R. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. **CES Revista**, Juiz de Fora, v. 25, p. 321-336, 2011. Disponível em:

<http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cesRevista/article/view/658>. Acesso em: 20 set.

2021.

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 de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Xp7WTjHpdgvZVqr5fCJ44qw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2023.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-1032, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7yYwDRVv7dYgGvKkhHM6cYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SILVA, K. L. *et al.* Sobre e sob o território: entre a delimitação e a desterritorialização na produção do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em Saúde. Surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 91-95. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Politicase-Cuidados-em-Saude-Livro-1-%E2%80%93-Avaliacao-Compartilhada-do-Cuidado-em-Saude-Surpreendendo-o-Instituido-nas-Redes.pdf#page=50>. Acesso em 31 dez. 2022.

SOARES, T. A. B. **Cigarro e outras formas de tabaco**: investigação de conhecimento, atitudes e percepção de risco em estudantes de Medicina. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-17102018-160831/publico/TATIANADEABREUBRAGASOARES.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2022.

SOUZA, G. C. *et al.* Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 642-649, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002784685>. Acesso em: 05 jan. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2020.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

TRIVINUS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WARSCHAUER, C. **Rodas em rede: oportunidades formativas na escola e fora dela**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

WEST, R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. **Bmj**, v. 328, n. 7435, p. 338-339, 2004.

WHO – World Health Organization. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e**

Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão, 2019. Disponível em:
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F17.2>. Acesso em: 25 set. 2021.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO (FORMULÁRIO ON-LINE)

1. Idade _____
2. Gênero _____
3. Graduação
 Médico Enfermeiro Cirurgião-dentista Outro _____
4. Você cursou e concluiu alguma das pós-graduações abaixo (pode marcar mais de uma alternativa)
 Residência/especialização Mestrado Doutorado Nenhuma
5. Em qual área você fez sua pós-graduação: _____
6. Qual seu vínculo profissional
 Estatutário Celetista Prestação de serviço -RPA Outro _____
7. Você fuma TABACO?
 Sim Não Tabagista em abstinência
8. Se fuma, você fuma publicamente ou no local de trabalho?
 Sim Não Não se aplica
9. Você se interessa pelo tema tabagismo?
 Muito me interessa
 Me interessa
 Me interessa moderadamente
 Pouco me interessa
 Não me interessa
10. Como avalia a capacitação inicial que recebeu?
 Ótima
 Boa
 Indiferente
 Ruim
 Péssima
11. Você se considera um profissional habilitado para tratar o usuário fumante?
 Muito capacitado
 Capacitado
 Indiferente
 Pouco capacitado
 Não capacitado
12. Participou de alguma educação permanente sobre tabagismo depois da capacitação inicial?
 Sim Não
13. Há quanto tempo já realiza o tratamento de tabagismo? _____
14. Tem algum colega que te auxilia no Programa de Controle do Tabagismo na sua equipe?
 Sim Não
15. Se respondeu sim à pergunta anterior, quantos e qual formação? _____

16. Você oferta PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no tratamento do tabagista na sua Unidade de Saúde?
 Sim Não
17. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual (is)? _____
18. Você prescreve medicação?
 Sim Não Às vezes
19. Se respondeu sim à pergunta anterior, qual (is)?
 Adesivo Bupropiona Goma de mascar Outro _____
 Não se aplica
20. Você realiza grupo ou acompanhamento individual de Manutenção de Abstinência com os usuários?
 Sim Não
21. Você acompanha os usuários por quanto tempo após a conclusão das 4 sessões estruturadas?
 Não acompanho 1-3 meses 4-6 meses 7-12 meses mais de 12
22. Você conhece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 publicado pelo INCA?
 Sim Não
23. Você usa o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 publicado pelo INCA na sua prática?
 Sim Não
24. Na sua opinião qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco? _____
25. Deixe aqui seus comentários e sugestões para o Programa de Controle do Tabagismo? _____

APÊNDICE B – TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA COLETA DE DADOS POR MEIO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO

Prezada(o) profissional de saúde de Sapucaia do Sul,

Meu nome é Fabiana Schneider Pires, sou Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Modalidade Mestrado Profissional Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, juntamente com a mestranda sob minha orientação, Núbia Eleutério, gostaríamos de apresentar o nosso projeto de pesquisa **“QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”** e convidá-lo (a) a participar.

A pesquisa tem o objetivo de identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao participar do estudo, você será convidado a preencher um questionário on-line com perguntas de escolha simples, múltipla escolha e perguntas livres sobre seu perfil profissional, alguns comportamentos durante o trabalho, conhecimento sobre o tabagismo, interesse, atividades realizadas e dificuldades enfrentadas por você no seu trabalho e que estão relacionadas ao tema de pesquisa. É previsto em torno de 3 a 4 minutos para o preenchimento do questionário.

A sua participação é fundamental para aprimorarmos a qualidade do atendimento ao fumante na rede de Atenção à Saúde do SUS no município de Sapucaia do Sul.

Caso tenha interesse em participar da pesquisa esclarecemos que antes de responder às perguntas (formulário eletrônico), será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e somente após o aceite nesta página inicial do formulário você poderá inserir suas respostas. Saiba que a qualquer momento e sem nenhum prejuízo você pode realizar a retirada do consentimento de utilização dos seus dados na pesquisa.

Para acessar o TCLE e em sequência o questionário basta clicar no link abaixo:

https://docs.google.com/forms/d/1velLXrAXyBpJM3UJWoKAamvwwK3sh5KXW1TwwZmO_U/edit

Desde já agradecemos a sua atenção!

Atenciosamente,

Fabiana Schneider Pires e Núbia Eleutério

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FORMULÁRIO ELETRÔNICO ON-LINE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FORMULÁRIO ELETRÔNICO ON-LINE

PESQUISA: QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA
EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa Qualificação do tratamento do tabagista pela educação permanente dos profissionais de saúde.

Por favor, leia atentamente as informações a seguir. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações deste texto e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa, marque (X) ACEITO disponível ao final da página. Se você tiver alguma dúvida, pode esclarecê-la com as responsáveis pela pesquisa.

A presente pesquisa tem o objetivo identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao participar do estudo, você preencherá um questionário on-line com perguntas de escolha simples, múltipla escolha e perguntas livres sobre seu perfil profissional, alguns comportamentos durante o trabalho, conhecimento, interesse, atividades realizadas e dificuldades enfrentadas por você no seu trabalho e que estão relacionadas ao tema de pesquisa. É previsto em torno de 3 a 4 minutos para o preenchimento do questionário.

Esta pesquisa envolve riscos como: constrangimentos ou vergonha ao responder perguntas sobre seu trabalho e sobre suas ações no trabalho. Por isso, é seu direito não responder qualquer pergunta que lhe cause mal-estar, vergonha, preocupação ou, a qualquer momento, desistir de responder. Sua participação ou recusa ou desistência não acarretará prejuízo em seu ambiente de trabalho e a recusa ou desistência, em nenhuma situação, acarretará prejuízo para futuros ou atuais atendimentos de saúde. Se você precisar de suporte para enfrentar as possíveis situações de desconforto (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros), entre em contato com pesquisadoras para uma conversa que acolha seus sentimentos ou para que possa ser providenciado um atendimento em saúde mental nas unidades de saúde do município. Esclarecemos que responder um questionário online tem os mesmos riscos de qualquer acesso à internet; para diminuir este risco, as pesquisadoras asseguram que informações não fornecidas pelo participante (por exemplo, IP) não serão acessadas pelas pesquisadoras.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa será a produção de conhecimento sobre o tema, identificando as principais fragilidades e potencialidades associadas, colaborando com a elaboração de um plano de educação permanente em saúde sobre o assunto. Espera-se que promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações preventivas, em situações, nas quais, as doenças interfiram na qualidade de vida dos usuários.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa lhe identificar será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome ou outra informação que possibilite a identificação. Para proteger sua identificação, os dados originais da pesquisa serão armazenados em arquivos digitais e utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, sempre garantindo privacidade e anonimato. Os dados poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por

CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e com seu re-consentimento.

Você pode recusar o convite marcando () NÃO ACEITO. Neste caso, o formulário de pesquisa não estará disponível e este texto de esclarecimento será deletado da nuvem de armazenamento, garantindo a exclusão de qualquer dado.

É muito importante que você guarde em seus arquivos uma cópia desse documento eletrônico. Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professora Fabiana Schneider Pires (pesquisadora responsável), no telefone (51) 99115 7777, com a pesquisadora Núbia Barbosa Eleutério Duarte no telefone (51) 98224-8601, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232. É importante esclarecer que este projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição, CEP UFRGS. Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060, telefone: +55 51 3308 3738, E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h. Durante a pandemia o atendimento será realizado apenas por e-mail.

_____, _____, _____
(local, dia, mês)

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE D – TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA RODA DE CONVERSA

Prezada(o) profissional de saúde de Sapucaia do Sul,

Meu nome é Fabiana Schneider Pires, sou Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação Modalidade Mestrado Profissional Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, juntamente com a mestranda sob minha orientação, Núbia Eleutério, gostaríamos de apresentar o nosso projeto de pesquisa **“QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”** e convidá-lo (a) a participar.

A pesquisa tem o objetivo de identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao concordar em fazer parte deste estudo você participará de uma roda de conversa a ser marcada em um horário adequado para todos os participantes e que será realizada nas unidades de saúde ou outros espaços públicos da administração da secretaria municipal de saúde. Esta roda de conversa será gravada e posteriormente as falas serão analisadas. Você receberá orientações e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no dia da roda de conversa e somente após o aceite você participará. Saiba que a qualquer momento e sem nenhum prejuízo você pode realizar a retirada do consentimento de utilização dos seus dados na pesquisa.

A sua participação é fundamental para aprimorarmos a qualidade do atendimento ao fumante na Rede de Atenção à Saúde do SUS no município de Sapucaia do Sul.

Caso tenha interesse em participar da pesquisa, basta responder este e-mail confirmando o seu recebimento.

Desde já agradecemos a sua atenção!

Atenciosamente,

Fabiana Schneider Pires e Núbia Eleutério

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RODA DE CONVERSA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RODA DE CONVERSA

PESQUISA: QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário, da pesquisa *Qualificação do tratamento do tabagista pela educação permanente dos profissionais de saúde*.

Por favor leia atentamente as informações a seguir. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações deste texto e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento. Se você tiver alguma dúvida, pode esclarecê-la com a responsável pela pesquisa.

A presente pesquisa tem o objetivo identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo. Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao concordar em fazer parte deste estudo você participará de uma roda de conversa a ser marcada em um horário adequado e que será realizada nas unidades de saúde ou outros espaços públicos da administração da Secretaria Municipal de Saúde. Esta roda de conversa será filmada e gravada e posteriormente as falas serão analisadas. Esta pesquisa envolve **riscos** como: constrangimentos ou vergonha ao responder pergunta sobre seu trabalho e sobre suas ações no trabalho. Por isso, é seu direito não responder qualquer pergunta que lhe cause mal-estar, vergonha, preocupação ou, a qualquer momento, desistir de participar. Sua participação ou recusa ou desistência não acarretará prejuízo em seu ambiente de trabalho e a recusa ou desistência, em nenhuma situação, acarretará prejuízo para futuros ou atuais atendimentos de saúde. Se você precisar de suporte para enfrentar as possíveis situações de desconforto (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros), entre em contato com pesquisadoras para uma conversa que acolha seus sentimentos ou para que possa ser providenciada um atendimento em saúde mental nas unidades de saúde do município.

O benefício esperado com os resultados da pesquisa será a produção de conhecimento sobre o tema, identificando as principais fragilidades e potencialidades associadas, colaborando com a elaboração de um plano de educação permanente em saúde sobre o assunto. Espera-se que promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de desenvolver ações preventivas, em situações, nas quais, as doenças interfiram na qualidade de vida dos usuários.

Para proteger sua identificação, os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade, sigilo e o anonimato. Os dados poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e com seu re-consentimento. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem e os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Qualquer dado que possa lhe identificar será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome ou outra informação que possibilite a identificação. Para proteger sua identificação, os dados originais da pesquisa serão armazenados em arquivos digitais e utilizados somente pelas pesquisadoras envolvidas no estudo, sempre garantindo privacidade e anonimato. Os dados poderão ser utilizados em outros projetos, desde que devidamente aprovados por CEPs (Comitês de Ética em Pesquisa) e com seu re-consentimento.

Serão respeitados os protocolos para evitar contaminação pelo vírus da Covid-19 de acordo com as exigências sanitárias no momento epidemiológico da realização das rodas de conversa que

podem incluir: distanciamento social, uso de máscara e uso de álcool em gel 70% para higienização (fornecidos pelas pesquisadoras e descritos na seção recursos físicos e orçamento). Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professora Fabiana Schneider Pires (pesquisadora responsável), no telefone (51) 99115 7777, com a pesquisadora Núbia Barbosa Eleutério Duarte no telefone (51) 98224-8601, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232.

É muito importante que você guarde a via assinada deste documento. Caso você tenha novas perguntas sobre este estudo, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar com a professora Fabiana Schneider Pires (pesquisadora responsável), no telefone (51) 99115 7777, com a pesquisadora Núbia Barbosa Eleutério Duarte no telefone (51) 98224-8601, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232. É importante esclarecer que este projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição, CEP UFRGS. Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060, telefone: +55 51 3308 3738, E-mail: etica@propeq.ufrgs.br, Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h. Durante a pandemia o atendimento será realizado apenas por e-mail.

_____, _____
(local, data)

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

APÊNDICE F – ROTEIRO DAS RODAS DE CONVERSAS - PLANEJAMENTO DOS EIXOS NORTEADORES

Os temas trabalhados em cada roda de conversa foram definidos a partir dos objetivos deste estudo e terão quatro eixos norteadores:

1. Programa de Controle do Tabagismo;
2. Educação e saúde: articulação de saberes;
2. Cuidado Integral em Saúde;
3. Ação interprofissional e práticas colaborativas.

PARA COMEÇO DE CONVERSA: PREPARANDO A RODA

- Data, hora, lugar. Convite será feito por meio de e-mail.
- Fala inicial: No primeiro momento das rodas será explicado aos participantes sobre a pesquisa e o que se pretende com ela. Depois dessa explicação poderão se sentir à vontade em assinar o TCLE, concordando ou não em participar da pesquisa. Será explicado que a ideia do encontro é conversar sobre as práticas em saúde e sobre as experiências de cada um com tratamento do usuário de tabaco. Será falado que o encontro será gravado, mediante a autorização deles, para registro desse momento possibilitando a transcrição e análise dos dados levantados. Além de dizer que caso queiram, o gravador será desligado, para que falem e que não serão prejudicados caso isso aconteça. Será dito para que fiquem à vontade para não responderem o que não quiseram e que poderão fazer perguntas ou se não entenderem alguma questão poderão ficar à vontade para questionar e esclarecê-la. Será explicado sobre a garantia de sigilo dos dados.

- Acolhida: Além disso, esse será um momento de entrosamento, de conhecer um ao outro, entender um pouquinho da história de cada um, estimular a participação de cada um por meio de falas, narrativas, contação de histórias e demais dispositivos que possam surgir ao longo da roda. Além disso, poderá ser utilizado algum dispositivo para dar início a roda de conversa.

DESENNROLAR DA RODA DE CONVERSA

- Nesse momento, será explicado os temas a serem conversados e será realizado a leitura de algumas perguntas que poderão dar andamento aos diálogos. Perguntas como:

1. Você acha que a capacitação inicial dos profissionais para o Programa de Controle do Tabagismo é satisfatória para preparar o profissional para tratar o paciente tabagista? Fale sobre sua opinião

2. Conte como é o seu processo de trabalho no tratamento e no acompanhamento do tabagista?
3. Qual sua maior dificuldade para tratar paciente tabagista?
4. Quais suas potencialidades para tratar paciente tabagista?
5. O que vocês entendem por cuidado? (Caso seja necessário, aprofundar no cuidado em saúde)
6. Quais práticas vocês costumam utilizar, como forma de cuidado da saúde, que não é o medicamento farmacêutico? Poderiam citar algumas delas se houver?
7. Como e com quem vocês aprenderam esses cuidados? (Características dos processos educativos da prática de cuidar).
8. O que vocês entendem por ação interprofissional? (Caso seja necessário, aprofundar na interprofissionalidade)
9. O que vocês entendem por prática colaborativa?

FINALIZANDO A RODA

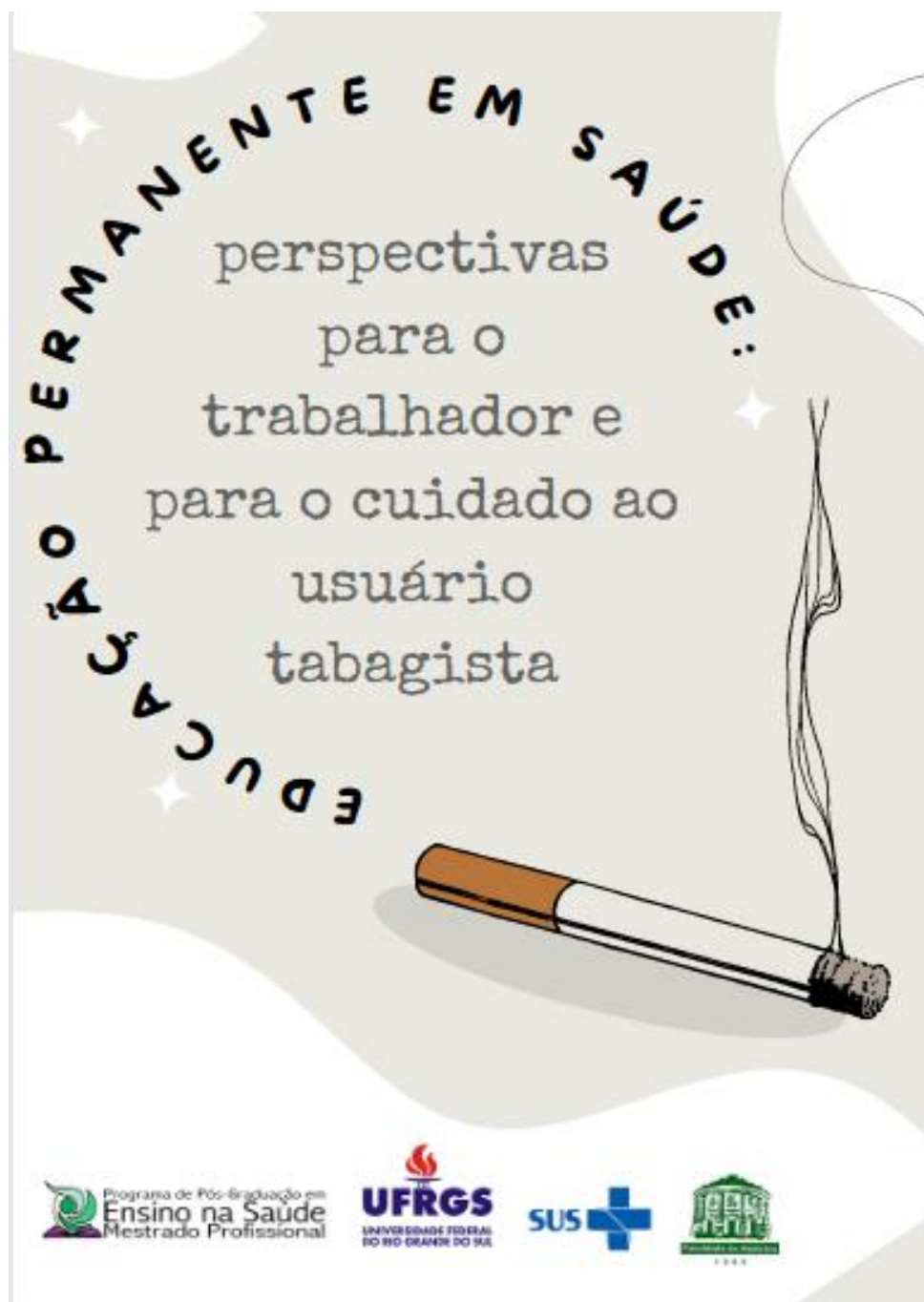
- Falas finais: Perguntar se gostariam de dizer mais alguma coisa sobre os temas que conversamos? Gostariam de falar sobre algo que não conversamos?

- Para finalizar: Será agradecido pela participação de todos. E será combinado que assim que o trabalho estiver finalizado poderemos agendar um dia para conversarmos sobre os resultados.

APÊNDICE G – CARTILHA 1 : GUIA PARA ABORDAGEM E TRATAMENTO DO
TABAGISMO



**APÊNDICE H – CARTILHA 2: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:
PERSPECTIVAS PARA O TRABALHADOR E PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
TABAGISTA**



ANEXO A – TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO MUNICIPAL



Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul
Secretaria Municipal de Saúde

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Venho por meio desta autorizar a pesquisadora, Fabiana Schneider Pires (pesquisadora responsável) e Núbia Barbosa Eleutério Duarte (mestranda) da instituição Faculdade de Medicina da UFRGSa realizar a pesquisa intitulada “QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, que tem como objetivo identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo.

A coleta de dados está prevista para os meses de Abril a Agosto de 2022 e serão realizados todos os procedimentos para a manutenção do sigilo, tanto em relação à identificação do(s) serviço(s) de saúde participante(s) da pesquisa, quanto às informações dos profissionais e usuários.

A coleta de dados será iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino referida, conforme as Resoluções 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Os dados serão coletados no horário de funcionamento do serviço sem trazer prejuízo ao desempenho das atividades e a coleta de dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser divulgados em publicações e eventos científicos, sendo preservada a identidade dos sujeitos de pesquisa. Após concluir o trabalho, o pesquisador realizará a devolução dos resultados ao NUMESC e aos serviços de saúde envolvidos.

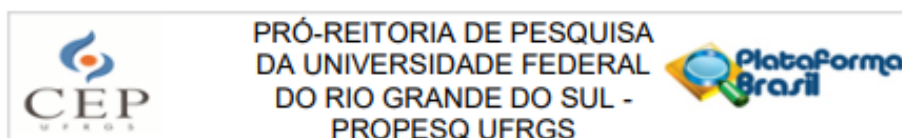
Caso seja necessária alguma informação adicional referente à pesquisa, estou ciente de que poderei realizar contato com a pesquisadora responsável, Fabiana Schneider Pires no telefone (51) 99115 7777, com a pesquisadora Núbia Barbosa Eleutério Duarte no telefone (51) 98224-8601, na Faculdade de Medicina da UFRGS - R. Ramiro Barcelos, 2400 - Floresta, Porto Alegre - RS, 90035-002, no telefone: (51) 3308-5232 ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS no telefone (51) 3308-3738.

Karla Poersch
Karla Poersch
Apoiadora Institucional
SMS Sapucaia do Sul
Matrícula 6530

Sapucaia do Sul, 30 de novembro de 2021

Gabrieli Machado/Karla Poersch
Comissão de Integração Ensino-Serviço Municipal
Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul

ANEXO B - PARECER PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: fabiana schneider pires

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55270122.3.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

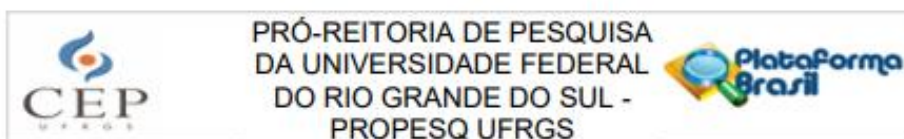
Número do Parecer: 5.271.591

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Fabiana Schneider Pires, intitulado "QUALIFICAÇÃO DO TRATAMENTO DO TABAGISTA PELA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE" a ser executado de 04/2022 a 07/2023 e que pretende "Identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo".

Foi apresentada uma fundamentação teórica bem estruturada, considerando aspectos relativos ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que tem como uma das principais metas implantar o Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde. O PNCT inclui a abordagem cognitivo-comportamental, em grupo ou individual, associada ou não à farmacoterapia como método mais eficaz para o tratamento do fumante. Sendo assim, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial para efetivação do Programa. A Estratégia Saúde da Família, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial e como o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, deve ter profissionais aptos para a abordagem de tratamento ao tabagismo.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrowpilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 5.271.591

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo será identificar e compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde do município de Sapucaia do Sul-RS para a execução do Programa de Controle do Tabagismo.

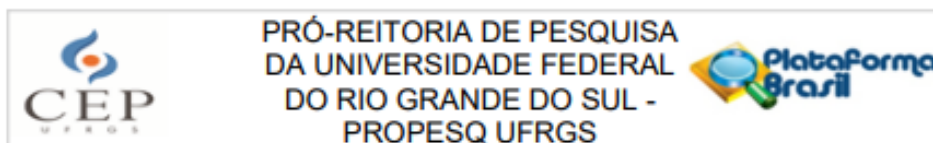
Como objetivos específicos são apresentados:

- Identificar o perfil dos trabalhadores de saúde que realizam o tratamento e abordagem do fumante no município;
- Caracterizar o processo de trabalho no tratamento e no acompanhamento do tabagista, contribuindo para estudos sobre o tema;
- Identificar e analisar as dificuldades e potencialidades dos profissionais para acompanhar os usuários tabagistas;
- Analisar os conhecimentos dos profissionais sobre o curso de Capacitação inicial para o Programa de Tratamento do Tabagista;
- Dimensionar o conhecimento dos profissionais sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 lançado pelo INCA;
- Proporcionar aos profissionais da saúde momentos de reflexão e troca de conhecimentos, a fim de aprimorar suas habilidades e competências no âmbito do Programa de Controle do Tabagismo no município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos, os pesquisadores informam que esta pesquisa envolve riscos como: constrangimentos na participação das rodas de conversas, vergonha ao falar no grupo ou sobre seu trabalho. Por isso, assegura-se o direito do participante sair da roda de conversa a qualquer momento, e em nenhuma situação, sua participação ou recusa ou desistência acarretará prejuízo em seu ambiente de trabalho ou na sua vida pessoal. Tendo em vista a necessidade de suporte para os participantes frente a possíveis situações de desconforto (timidez, ansiedade, medos,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 5.271.591

vergonha, entre outros), serão oferecidos o acolhimento destes sentimentos pelas pesquisadoras e a possibilidade de atendimento em saúde mental nas unidades de saúde do município. Todas as opiniões e saberes serão de máxima importância e valor ao estudo e nenhuma discriminação ocorrerá. Adicionalmente, responder um questionário online tem os mesmos riscos de acessos à internet em geral; para diminuir este risco, as pesquisadoras asseguram que informações não fornecidas pelo participante (por exemplo, IP) não serão acessadas.

Como benefícios, os pesquisadores relatam que espera-se que os resultados encontrados promovam a reflexão sobre novos dispositivos de cuidado na saúde, em atendimentos individuais ou coletivos nos serviços de saúde e que sirvam de alicerce para propostas de intervenção no sentido de qualificar ações no combate ao tabagismo, desenvolvendo estratégias cada vez mais eficazes e potentes para enfrentar as doenças que interferem na qualidade de vida dos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se caracteriza por ser exploratório de abordagem quantitativa e qualitativa. O seu delineamento é de uma pesquisa-intervenção. O estudo será realizado em Sapucaia do Sul, RS.

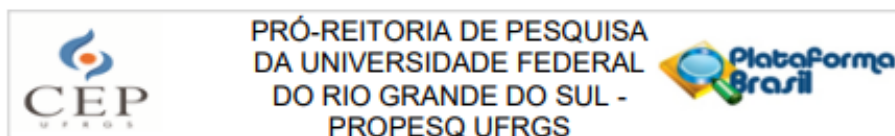
A Atenção Primária do município contém trinta e três equipes. Atualmente, o tratamento do tabagismo é ofertado somente pela Atenção Básica, totalizando 54 profissionais de saúde que passaram pela capacitação oferecida pelo Estado para atuar no Programa de Tratamento do Tabagismo.

Serão convidados para este estudo todos os trabalhadores de nível superior vinculados às Unidades de Saúde da APS (SUS) do município de Sapucaia do Sul/RS que fizeram a capacitação inicial para realizar o Tratamento do Tabagista conforme preconiza o MS e INCA.

- Etapa quantitativa:

A coleta de dados será realizada por meio de formulário eletrônico online google forms. Para convidar os participantes será elaborado um texto resumo da pesquisa para serem enviados a todos os profissionais elegíveis onde constará um e-mail para os profissionais interessados se comunicarem com a pesquisadora. Aqueles profissionais que tiverem interesse em participar da pesquisa, enviarão sua manifestação individual para o e-mail da pesquisadora informado e para estes, e individualmente, se enviará o TCLE assinado, e se solicitará a resposta por e-mail sobre o

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.271.591

seu recebimento e a concordância em participar do estudo, bem como a orientação de que guarde em seus arquivos este documento. Nesta mesma ocasião será enviado o link do questionário da pesquisa, com as orientações sobre o seu preenchimento. A pesquisadora responsável armazenará os registros da concordância dos participantes, recebidos pelo e-mail da pesquisa.

- Etapa qualitativa:

Os mesmos participantes da etapa quantitativa serão convidados para rodas de conversa a serem organizadas nas unidades de saúde ou outros espaços públicos da administração da Secretaria de Saúde em horário.

Para convidar os participantes será elaborado um texto resumo da pesquisa para serem enviados a todos os profissionais elegíveis onde constará um e-mail para os profissionais interessados se comunicarem com a pesquisadora. Aqueles profissionais que tiverem interesse em participar da pesquisa receberão, na ocasião da roda de conversa, o TCLE para a etapa qualitativa. Será utilizado um roteiro para abordar as questões pertinentes aos objetivos e que servirá como um disparador do debate de ideias entre os participantes

As pesquisadoras utilizarão também de diário de campo para anotar percepções e vivências que podem surgir no transcorrer do estudo.

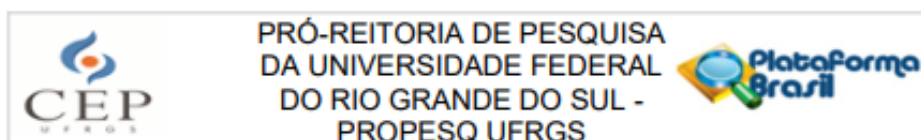
Serão respeitados os protocolos para evitar contaminação pelo vírus da Covid-19 de acordo com as exigências sanitárias no momento epidemiológico.

Como instrumento serão realizadas rodas de conversa com 12 a 15 participantes a partir do roteiro, abordando os temas: Programa de Controle do Tabagismo, educação em saúde, cuidado integral em saúde e ação interprofissional e práticas colaborativas.

As rodas de conversa serão gravadas (áudio) para posterior transcrição e análise dos discursos dos participantes. As etapas de identificação dos possíveis participantes, realização dos contatos telefônicos e convite de participação será realizado unicamente pela pesquisadora Núbia Duarte, mestranda e cirurgiã-dentista com vínculo de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul.

Para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade, as transcrições serão feitas pelas pesquisadoras e armazenadas no computador pessoal da mestranda (protegido por senhas de acesso, tanto o arquivo quanto o computador) e ficarão sob sua guarda. Após a realização da pesquisa as transcrições serão armazenadas com uso de ferramentas específicas, pelo uso de programas como o AxCrypt que funciona como uma ferramenta para a criptografia de arquivos

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.271.591

individuais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada - apresentado
- Projeto de Pesquisa na íntegra - apresentado
- Documento para Consentimento do Participante:
 - o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – para etapa quantitativa - apresentado
 - o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – para etapa qualitativa - apresentado
- Instrumentos de coleta de dados – apresentado - apresentado
- Termo de anuência da instituição – documento apresentado e assinado pela Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Sapucaia do Sul
- Cronograma. apresentado - coleta de dados a iniciar em 01/04/22
- Orçamento. apresentado - informado no valor de R\$ 5.939,00
- Materiais de divulgação para os participantes de pesquisa: - apresentado (TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA COLETA DE DADOS POR MEIO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO e TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA RODA DE CONVERSA)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu as pendências encaminhadas em parecer anterior, como segue:

QUESTÕES ENCAMINHADAS EM PARECER ANTERIOR:

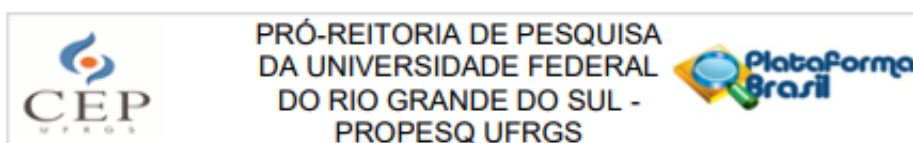
1. A folha de rosto deve ser assinada pela pesquisadora principal: Profa. Fabiana Schneider Pires.

PENDÊNCIA ATENDIDA. A folha de rosto foi alterada e assinada pela pesquisadora principal.

2. Em relação aos TCLEs:

a. Sugerimos escrever que "O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição, CEP UFRGS. Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060, telefone: +55 51 3308 3738, E-mail: etica@propesq.ufrgs.br, Horário de Funcionamento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00h. Durante a pandemia o atendimento será realizado apenas por e-mail."

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.271.591

PENDÊNCIA ATENDIDA. O texto foi acrescentado nos dois TCLEs.

b. Para as entrevistas que forem realizadas de forma virtual, ressalta-se que, para pesquisas em ambientes virtuais deve ser observado o ofício circular: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf, quanto a orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

PENDÊNCIA ATENDIDA. As orientações foram acrescentadas ao projeto de maneira muito detalhada.

c. Os riscos relativos à pesquisa devem estar descritos nos TCLEs, além da descrição no projeto.

PENDÊNCIA ATENDIDA. O TCLE para os participantes da etapa quantitativa foi reescrito para ficar adequado ao propósito de um questionário eletrônico e respeitando ao OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, bem como salientando-se os riscos em relação às entrevistas em ambiente virtual.

d. Acrescentar tanto no TCLE quando no projeto na íntegra, os riscos em relação às entrevistas em ambiente virtual. E acrescentar no TCLE (etapa presencial), riscos pertinentes em relação à biossegurança.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Foram adicionadas tanto no TCLE quando no projeto na íntegra, os riscos em relação às entrevistas em ambiente virtual e também, adicionado riscos pertinentes em relação à biossegurança.

e. Endereço e data de nascimento do participante não devem ser solicitados no TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Endereço e data de nascimento retirados de ambos TCLEs.

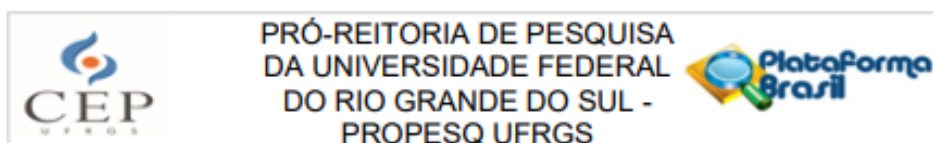
f. Assinar o TCLE não é considerado critério de inclusão (remover esta afirmação do projeto).

PENDÊNCIA ATENDIDA. Removido.

3. Critério de exclusão não é o mesmo que critério de não inclusão. Remover o item critério de exclusão do projeto, ou modificá-lo com itens que excluiria o participante, em caso de inclusão.

PENDÊNCIA ATENDIDA. O item foi excluído do projeto.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.271.591

4. Incluir como anexo o texto convite a ser enviado por e-mail aos profissionais e esclarecer como os e-mails e telefones serão disponibilizados.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Foram anexados o TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA RODA DE CONVERSA bem como TEXTO CONVITE PARA PARTICIPAR DA COLETA DE DADOS POR MEIO DE FORMULÁRIO ELETRÔNICO e foi esclarecido como e-mails e telefones serão disponibilizados.

Todas as pendências foram atendidas, estando a presente submissão (versão #2) do projeto de pesquisa em acordo com as resoluções CNS/MS 466/2012 e 510/2016. Pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

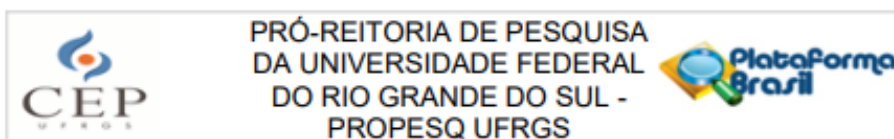
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1886996.pdf	02/03/2022 18:36:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_novo2.pdf	02/03/2022 18:36:14	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_novo1.pdf	02/03/2022 18:34:22	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2_CEP_tabagismo.pdf	02/03/2022 18:32:58	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	cartaresposta_tabagismo.pdf	02/03/2022 18:31:52	fabiana schneider pires	Aceito
Folha de Rosto	folharostotabagismo.pdf	02/03/2022 18:28:44	fabiana schneider pires	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.271.591

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Março de 2022

Assinado por:
Patrícia Daniela Melchioris Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO C – CERTIFICADOS FORNECIDO PELO ESTADO NA 1ª EDIÇÃO DO CURSO

Frente participante:

Certificado

NOME _____

Participou do **Curso de Capacitação para Profissionais de Saúde – Módulo Tratamento do Tabagismo** do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, oferecido na modalidade presencial, com carga horária de 8 horas, durante o dia 19 de novembro de 2021.


 Andréia Novo Volkmer
 Coordenadora NVDANT/RS







Frente quem ministrou:

Certificado

NÚBIA BARBOSA ELEUTÉRIO DUARTE

Ministrou o **Curso de Capacitação para Profissionais de Saúde – Módulo Tratamento do Tabagismo** do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, oferecido na modalidade presencial, com carga horária de 8 horas, durante o dia 19 de novembro de 2021.


 Andréia Novo Volkmer
 Coordenadora NVDANT/RS







ANEXO D – FICHA DE ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Frente

MINISTÉRIO DA SAÚDE www.inca.gov.br
<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>

INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

ANAMNESE CLÍNICA PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº do Prontuário: _____

Nome: _____ Sexo: M F Idade: _____

Endereço: _____ n.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Tel. Fixo: (____) _____ Cel: (____) _____ Escolaridade (última série completa): _____

Como chegou ao Programa? Encaminhamento de profissional de saúde Busca espontânea Indicação de familiar/amigo

Instrução geral para preenchimento deste formulário: marcar apenas uma opção de resposta pode marcar mais de uma opção de resposta

HISTÓRICO PATOLÓGICO

Doenças / Fatores de risco	Tem/teve?	Em tratamento?	Fatores de risco	Atualmente
1. Diabetes melítus	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	15. Prótese dentária móvel [atual]****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. Hipertensão arterial	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	16. Gravidez [atual]****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. Problema cardíaco	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	17. Amamentação [atual]****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
4. Problema pulmonar	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	18. Menores de 18 anos [atual]****	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
5. Alergia respiratória	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	19. Convive com fumantes em casa?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
6. Crises de depressão e/ou ansiedade	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Atenção! Medicação de tratamento à cessação a restringir: *bupropiona ** adesivo *** goma ****total	
7. Tratamento psicológico ou psiquiátrico	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	20. Medicamentos diversos em uso atualmente	
8. Ansiedade nervosa ou bulimia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
9. Crise convulsiva ou epilepsia*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
10. Lesão ou tumor maligno*	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
11. Alergia cutânea**	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
12. Afets, lesões ou sangramento na boca***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
13. Dor no estômago, úlcera ou gastrite***	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	
14. Outra. Qual?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	_____	

21. Em geral, como você avalia sua saúde?
 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

Consumo de álcool atual

22. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica?
 1. Nunca 2. Menos de uma vez por mês 3. Uma vez ou mais por mês → 22.1. Quantos dias por semana? _____

CAGE: Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para alcoolismo.

23. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? ... Sim Não

24. As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber? ... Sim Não

25. Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber? ... Sim Não

26. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ... Sim Não

Saúde mental

27. Já fez uso de alguma medicação para dormir ou se acalmar, mesmo não prescrita por médico? ... Sim Não

PHQ-9: Se some dois pontos for 0; indivíduos em maior risco de episódio depressivo maior (aviso)	Nenhum dia [0]	Menos de uma semana [1]	Uma semana ou mais [2]	Quase todos os dias [3]
28. Nas últimas duas semanas, em quantos dias o(a) sr.(a):				
1) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) teve falta de apetite ou comeu demais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler [jornal] ou ver tv)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) teve lentidão para se movimentar ou falar [a ponto das pessoas perceberem], ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?
 1. Nenhuma dificuldade 2. Pouca dificuldade 3. Muita dificuldade 4. Extrema dificuldade

Verso

MINISTÉRIO DA SAÚDE www.inca.gov.br

HISTÓRIA TABAGÍSTICA

30. Com que idade você começou a fumar? _____

31. O cigarro está associado ao seu dia a dia em quais situações?

1. Ao falar ao telefone 3. Com café 5. No trabalho 7. Ansiedade 9. Nenhum

2. Com bebidas alcoólicas 4. Após refeições 6. Alegria 8. Tristeza 10. Outros: _____

32. Sobre o cigarro que você fuma:

A. Qual a marca?	B. Quanto custa o maço?	C. Nº cigarros por dia	D. Valor por dia (DxV)	E. Valor por mês (DxM)	F. Valor por ano (DxA)
RS _____	R\$ _____	nº _____	RS _____	RS _____	RS _____

33. Usa cigarro com sabor? ... Não Sim → 33.1 Se sim, qual sabor? _____ → 33.2. Desde que idade? _____

34. Você convive com fumantes em casa? ... Não Sim → 34.1 Se sim, qual o parentesco? _____

35. Quantas vezes já tentou parar de fumar? _____

Se ≥ 1 →

35.1. Se já tentou parar de fumar, quais recursos já utilizou?

1. Nenhum 3. Medicação. Qual? _____

2. Profissional de saúde 4. Outro. Qual? _____

35.2. Por que voltou a fumar? _____

35.3. Teve sintoma de abstinência? Qual? _____

36. Quando você pensa em parar de fumar?

1. Sem planos para parar 2. Indeciso 3. Nos próximos 30 dias 4. Nos próximos 6 meses 5. No próximo ano

37. Qual(is) o(s) motivo(s) para você parar de fumar?

1. Tratamento médico atual 4. Gasto financeiro 7. Pressão da família/amigos

2. Está afetando a saúde atualmente 5. Exemplo para filhos/crianças 8. Bem-estar da família

3. Preocupação com saúde futura 6. Restrição de fumar nos ambientes 9. Outro. Qual? _____

38. Qual(is) o(s) seu(s) medo(s) em parar de fumar?

1. Passar mal 2. Não conseguir 3. Ganho de peso 4. Perder meu prazer 5. Outro: _____

39. AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA: TESTE DE FAGERSTROM

1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos - [3] Entre 31-60 minutos - [1]

Entre 6-30 minutos - [2] Após 60 minutos - [0]

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus e etc.?

Sim - [1] Não - [0]

3) Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

O primeiro da manhã - [1] Outros - [0]

4) Quantos cigarros você fuma por dia? nº de cigarros:

Até 10 - [0] De 21 a 30 - [2]

De 11 a 20 - [1] Acima de 30 - [3]

5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim - [1] Não - [0]

6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim - [1] Não - [0]

Conclusão sobre o grau de dependência

Soma dos pontos:

Resultado: (0-2) muito baixo (3-4) baixo (5) médio (6-7) elevado (8-10) muito elevado

40. TESTE DO MONOXÍMETRO 1. Não realizado por falta do aparelho 2. Não realizado por falta de profissional

Hora: _____ CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro? _____

AVALIAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Avaliação do estágio de motivação para cessação do tabagismo

1. Pré-contemplativo: fumando, não pensa em parar e nem tem motivação para deixar o fumo.

2. Contemplativo: motivado a parar de fumar algum dia na vida, porém sem data estipulada nos próximos dias.

3. Pronto para ação: pensando em marcar uma data de parada, porém sem data definida.

4. Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês.

Observações: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do profissional de saúde _____

**ANEXO E – CERTIFICADOS FORNECIDO PELO ESTADO NA 2ª EDIÇÃO DO
CURSO**

Frente participante:



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Certificamos que

participou da **Capacitação em Abordagem e Tratamento do
Tabagismo**, realizada no dia 23 de setembro de 2022, em
Sapucaia do Sul/RS, com carga horária de 8 horas.





Andréia Novo Volkmer
Coordenadora NVDANT



Frente palestrante:



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Certificamos que

Núbia Barbosa Eleutério Duarte
participou como palestrante da **Capacitação em
Abordagem e Tratamento do Tabagismo**, realizada
no dia 23 de setembro de 2022, em Sapucaia do Sul/RS.





Andréia Novo Volkmer
Coordenadora NVDANT

