

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

Mila Cristian Ferreira

**Representações Sociais de Enfermeiros sobre a Educação Permanente de Agentes
Comunitários de Saúde em ações do Tabagismo**

Juiz de Fora
2020

Mila Cristian Ferreira

**Representações Sociais de Enfermeiros sobre a Educação Permanente de Agentes
Comunitários de Saúde em ações do Tabagismo**

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

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

Juiz de Fora

2020

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

Ferreira, Mila Cristian.

Representações Sociais de Enfermeiros sobre a Educação Permanente de Agentes Comunitários de Saúde em ações do Tabagismo / Mila Cristian Ferreira. -- 2020.
68 f.

Orientador: Geovana Brandão Santana Almeida
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2020.

1. Representação Social. 2. Educação Permanente. 3. Tabagismo. 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Almeida, Geovana Brandão Santana , orient. II. Título.



MILA CRISTIAN FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO
PERMANENTE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM AÇÕES DO
TABAGISMO**

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

Aprovada em: 11/08/2020

Prof^a Dr^a Geovana Brandão Santana Almeida - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Marléa Crescêncio Chagas
Universidade Federal do Rio de Janeiro - 1^o Avaliadora

Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora - 2^o Avaliador

Prof^a Dr^a Rosilene Rocha Palasson
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Suplente Externo

Prof. Dr. Fábio da Costa Carbogim - Suplente Interno
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho a Deus, meu refúgio sempre presente, pois sem ele nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por todas as bênçãos que me foram concedidas, por confiar a mim o dom de cuidar do ser humano, por ter me sustentado em meio a grandes dificuldades e iluminado o meu caminho ao longo dessa jornada.

Agradeço aos meus pais, Leôncio e Cristiane, que são minha base e, em todos os momentos em que eu pensei em desistir, apoiaram-me para que isso não acontecesse.

Ao meu marido, Bruno. Muito obrigada pela paciência, compreensão, pelo apoio e incentivo, os quais também me ajudaram a não desistir!

Às minhas irmãs e ao meu irmão, que muito me ajudaram durante todo esse percurso e com quem compartilho cada conquista minha.

À minha Orientadora, Prof^ª Dr^ª Geovana Brandão, pela paciência, confiança e pelos ensinamentos, que levarei por toda minha vida profissional.

À banca examinadora por aceitar participar deste momento em minha vida e por contribuir para a concretização desse sonho.

“A tarefa não é ver o que ninguém viu ainda, mas pensar aquilo que ninguém pensou a respeito daquilo que todo mundo vê”
(SCHOPENHAUER, 2010, p.157).

RESUMO

Objetivou-se compreender as representações sociais de enfermeiros sobre a educação permanente direcionada a agentes comunitários de saúde em ações de combate ao tabagismo. Pesquisa com abordagem qualitativa, caráter descritivo e exploratório, com o suporte da Teoria das Representações Sociais na visão processual de Denise Jodelet. O cenário da pesquisa foram 14 unidades básicas de saúde do município de Juiz de Fora/MG, com a participação de 21 enfermeiros. A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro a junho de 2019, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora. Utilizou-se um roteiro semiestruturado e um diário de campo para a obtenção dos dados. Para a análise, foram utilizados os recursos do *Word*® 2010, como banco de dados das entrevistas transcritas, que, posteriormente, foram submetidas ao *software OpenLogos*® na versão 2.1 para a edição textual dos dados. Emergiram quatro categorias: inteirando-se da rotina dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS); representações dos enfermeiros sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS); a educação permanente na representação dos enfermeiros e a educação permanente do ACS para as ações de combate ao tabagismo: representações dos enfermeiros. A análise dos dados foi realizada de modo concomitante ao trabalho de campo, seguindo os preceitos da Análise de Conteúdo de Bardin. As representações evidenciadas mostraram que os enfermeiros compreendem ser importante realizar a educação permanente para os ACSs, porém não as realizam especificamente para o tema tabagismo. Os resultados apontam um distanciamento entre os serviços assistenciais e a gestão administrativa com as ações que são preconizadas pela Política Nacional de Combate ao Tabagismo, desvelando-se ser esse um dos dificultadores quando se trata da complexidade e dos malefícios que o uso do tabaco pode trazer. Perde-se a oportunidade de discutir e reforçar as ações nas unidades básicas de saúde. O impacto social do estudo foi auxiliar no fortalecimento das ações preconizadas pela Política Nacional de combate ao tabagismo, destacando-se a relevância em subsidiar aos gestores e profissionais de saúde o desenvolvimento de educações em saúde a fim de direcionar uma ressignificação do cotidiano desses profissionais.

Palavras-chave: Educação Permanente. Agente Comunitário de Saúde. Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The objective was to understand the social representations of nurses about permanent education directed to community health agents in actions to combat smoking. Research with a qualitative approach, descriptive and exploratory, supported by the Theory of Social Representations in the procedural view of Denise Jodelet. The research scenario was 14 basic health units in the city of Juiz de Fora / MG, with the participation of 21 nurses. Data collection took place from February to June 2019, after approval of the project by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Juiz de Fora. A semi-structured script and a field diary were used to obtain the data. For the analysis, the resources of Word® 2010 were used, as a database of the transcribed interviews, which, later, were submitted to the OpenLogos® software in version 2.1 for the textual edition of the data. Four categories emerged: learning about the nurses' routine in Primary Health Care (PHC); representations of nurses about the work process of the community health agent (CHA); permanent education in the representation of nurses and continuing education by the CHA for actions to combat smoking; representations of nurses. Data analysis was carried out concurrently with fieldwork, following the precepts of Bardin's Content Analysis. The evidences shown showed that nurses understand that it is important to carry out permanent education for CHWs, but they do not perform them specifically for the topic of smoking. The results point to a distance between assistance services and administrative management with the actions advocated by the National Policy to Combat Tobacco, revealing that this is one of the difficulties when it comes to the complexity and harm that tobacco use can bring. The opportunity to discuss and reinforce actions in basic health units is lost. The social impact of the study was to assist in strengthening the actions advocated by the National Policy to combat smoking, highlighting the relevance of subsidizing the development of health education to managers and health professionals in order to redirect the daily lives of these professionals.

Key words: Continuing education. Community Health Agent. Smoking. Primary Health Care. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Categorias, subcategorias e códigos das entrevistas	34
Quadro 2 - Características gerais dos enfermeiros	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
APS	Atenção Primária à saúde
CNCT	Comissão Nacional para o Controle do Uso do Tabaco
CONICQ	Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do tabagismo
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ENF	Enfermeiro (a)
ESF	Estratégia Saúde da Família
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SECOPTT	Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 COMO SURTIU O TABACO	18
2.2 EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO PARA O CONTROLE DO TABACO	19
2.3 LEGISLAÇÃO PARA O CONTROLE DO TABACO E A REALIDADE: DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	22
2.4 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	23
2.5 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
3.2 CAMINHO METODOLOGICO	30
3.2.1 Abordagem Qualitativa.....	30
3.2.2 Cenário	31
3.2.3 Participantes	31
3.2.4 Coleta de Dados	32
3.2.5 Aspectos Éticos.....	32
3.2.6 Análise e Interpretação dos Dados.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	35
4.1 CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	35
4.2 INTEIRANDO-SE DA ROTINA DOS ENFERMEIROS NA APS	37
4.3 REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS	40
4.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS	43
4.5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ACS PARA AS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO: REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado.....	63
APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFJF	65
ANEXO B – Autorização e Declaração de Infraestrutura da Unidade de Saúde	69
ANEXO C– Folha de Rosto	70

1 INTRODUÇÃO

Considerado pela Classificação Internacional de Doenças 10 (CID-10: F17.2) e integrando o grupo de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa, o tabagismo é apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a principal causa de morte evitável no mundo (BRASIL, 2016b).

Segundo estatísticas do Instituto Nacional do Câncer (Inca) com pesquisa realizada em 2020, estima-se que mais de 8 milhões de pessoas morrem por ano devido ao uso do tabaco. (INCA, 2020).

A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. O uso do tabaco pode provocar: câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares, úlcera péptica e outras patologias. Torna-se, portanto, importante melhorar as formas de tratamento aos fumantes que queiram parar de fumar e procuram ajuda por não conseguirem alcançar essa meta sozinhos (NUNES; CASTRO, 2011).

Para reverter essa situação, o Ministério da Saúde assumiu através do Instituto Nacional do Câncer, em 1989, o papel de organizar o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), que desenvolve ações diversificadas, visando à redução da prevalência de fumantes no país (ALMEIDA; RODRIGUES; FREIRE, 2013; BRASIL, 2016b; PORTES, 2017).

Nesse sentido, Portes e colaboradores (2014) enfatizam em seu estudo sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), como sendo o nível de atenção à saúde mais adequado para que se desenvolvam ações de controle do tabagismo, considerando que a APS tem como princípios viabilizar o acesso universal e contínuo dos serviços, constitui-se como sendo a porta preferencial de entrada do usuário no serviço de saúde.

As ações que remetem ao tratamento do fumante têm como princípio norteador a capacitação dos profissionais de saúde que se encontram nos níveis da atenção à saúde. A capacitação para o tratamento intensivo de combate ao tabagismo é direcionada aos profissionais de saúde que apresentam nível superior, por incluir ações de intervenções individuais durante as consultas, desenvolvimento de grupos de tabagismo com foco na terapia cognitivo-comportamental e o conhecimento da terapia medicamentosa. Já a capacitação, que requer abordagem breve, é direcionada aos profissionais de nível médio, tendo como base motivar o usuário a parar de fumar (FERREIRA, 2017; PORTES *et al.*, 2014).

O enfermeiro, além de desenvolver suas funções amparadas pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, possui conhecimentos e habilidades técnicas e científicas para

promover ações educativas que apoiem a cessação do hábito de fumar, sendo também capazes de criar medidas legislativas e econômicas para o controle do tabagismo (BRASIL, 1986; CRUZ *et al.*, 2015).

Assim, temos a Educação Permanente como uma das ações executadas pelo enfermeiro com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências profissionais, visando à aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, para interagir e intervir na realidade, minimizando os problemas provenientes da defasagem na formação (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017).

Nesse sentido, com o objetivo de uma reorientação no modelo de atenção básica, conhecido como modelo tradicional, que estivesse focada na prevenção de doenças e promoção da saúde, surge a Estratégia Saúde da família (ESF). Esta tem como objetivo trazer melhorias à qualidade da assistência e um novo modelo assistencial, com a implantação de equipes multiprofissionais, responsáveis por um número determinado de famílias, localizadas em uma delimitada área geográfica. Entre as mudanças que aconteceram com a implantação da ESF, cita-se a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que teve como princípios proporcionar a prevenção de doenças por meio de informações e orientações (AVELAR, 2014; BRASIL, 2001).

Nesse cenário, as ações realizadas no programa são de competência dos agentes comunitários de saúde (ACSs), que são profissionais moradores da comunidade atendida na APS. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) de 2017, o ACS deverá atender até 750 pessoas de acordo com as necessidades locais e realizar atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e comunidades, sob supervisão do enfermeiro da ESF (BRASIL, 2001; BRASIL, 2017).

Após a atualização da Pnab (2017), a atuação dos ACSs passa a ser uma possibilidade de estratégia para a reorganização da atenção básica, servindo como uma oportunidade para a implantação gradual da Estratégia Saúde da Família em unidades que ainda atuam com o modelo tradicional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL, 2017).

No atual modelo de funcionamento da ESF, observa-se que o ACS exerce suas funções apenas com informações básicas e, ao executá-las, vai desenvolvendo as habilidades necessárias. Essas informações iniciais não englobam metodologias ativas de ensino que valorizam os saberes já existentes, tampouco versam sobre conhecimentos técnico-científicos, que são essenciais para uma adequada prática de promoção da saúde (LOPES; VIEIRA; MOURA, 2017).

Nota-se que é essencial a capacitação desses profissionais de forma adequada, visto que as atribuições que exercem são de extrema importância para o controle do tabagismo. O ACS tem o papel de mediador e procura facilitar a relação usuário-equipe com a busca ativa dos usuários. Além disso, desperta o interesse na população de buscar o serviço e facilita o acesso a este (PORTES *et al.*, 2014).

A partir de uma revisão da literatura realizada no mês de abril de 2018 na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), evidenciou-se uma lacuna no conhecimento em relação às publicações que dizem respeito ao desenvolvimento da capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, para que estes possam desenvolver ações educativas e orientações à pessoa que é tabagista, de forma a contribuir para que cesse com o hábito de fumar.

Para realizar a busca *on-line*, foram utilizados os seguintes descritores em português de acordo com o Decs (Descritores em Ciências da Saúde): Educação Permanente, Agente Comunitário de Saúde, Tabagismo e Atenção Primária à Saúde. O resultado obtido foi de 21 artigos, porém se optou por incluir na pesquisa apenas um destes, tendo em vista que 20 dos artigos encontrados apresentavam temas inadequados com os objetivos propostos. Para o refinamento desta revisão, como critérios de inclusão dos artigos, optou-se por artigos nacionais, publicados nos últimos cinco anos.

Com base nesses aspectos e tendo sido verificada a escassez de publicações sobre a temática, emerge a questão norteadora do estudo: Qual a compreensão dos enfermeiros sobre o desenvolvimento da educação permanente dos agentes comunitários de saúde para que estes possam atuar nas ações de combate ao tabagismo? Nesse sentido, esta pesquisa tem como objeto de investigação as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo.

A motivação para o desenvolvimento do presente trabalho ocorreu devido à minha aproximação com as ações de educação permanente durante a graduação e, ao desenvolver o estágio curricular obrigatório, senti a necessidade de direcionar o olhar para a formação dos agentes comunitários de saúde, uma vez que, segundo as propostas da ESF, eles são o primeiro contato entre o serviço de saúde e a população pertencente à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

A inquietação para as ações de educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde se iniciou após a realização do Trabalho de conclusão de curso da graduação, onde foi realizado um estudo sobre a importância do ACS nas ações de combate ao tabagismo. O estudo teve por objetivo verificar como estes profissionais contribuem para o desenvolvimento das ações de combate ao tabagismo no âmbito da APS, desvelando o

protagonismo destes, nas ações propostas pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Como resultados, o estudo mostrou que as ações desenvolvidas pelos ACSs eram satisfatórias, porém, verificou-se a necessidade de desenvolver intervenções na formação destes profissionais, visto que, estava centrada em um atendimento hospitalocêntrico e com isso a dificuldade na inclusão de ações de prevenção e promoção da saúde se fazia presente. Diante disso, ao vivenciar a proposta de educação permanente durante a graduação, vi como uma oportunidade, a fim de trazer à tona, discussões sobre a temática, mostrando outra visão, a visão dos enfermeiros que vivenciam o executar da educação permanente nos seus cotidianos.

Assim, o estudo possui como relevância contribuir com aspectos destacados na Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde, auxiliando no fortalecimento do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e ainda favorecendo a diminuição de gastos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) com base na prevenção, com a extinção do uso do tabaco (BRASIL, 2018a).

1.1 OBJETIVO

- ✓ Compreender as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionadas aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura possibilitou compreender questões relevantes para a construção deste estudo, a seguir estão elencados alguns alicerces históricos, políticos e conceituais que corroboram com o atual cenário para a futura erradicação do Tabaco.

2.1 COMO SURTIU O TABACO

O uso do tabaco teve início na América. Antigamente era costume dos americanos fumar o tabaco em cerimônias religiosas destinadas a afastar espíritos nocivos à vida. O tabaco, no início da civilização, era algo sagrado, sendo de uso exclusivo dos sacerdotes (PELLEGRINI, 2017; ROSEMBERG, 2004). Conhecido também como Rapé, o tabaco poderia ser mastigado ou convertido em pó e cheirado para provável efeito curativo ou ainda como goma de mascar se misturado a cinzas (PELLEGRINI, 2017).

O tabaco foi levado à Europa pelos companheiros de Cristóvão Colombo, tendo ocorrido o primeiro contato com a nicotina no século XVI. A substância chegou ao continente por quatro caminhos: Espanha, Portugal, França e Inglaterra (PELLEGRINI, 2017; ROSEMBERG, 2004).

A chegada das primeiras notícias à Espanha foi por intermédio de Don Rodrigo de Jeres, capitão da tripulação das naves de Colombo, levando para a Corte planta e sementes de tabaco. Para Portugal, o tabaco foi levado através de Luís de Góes, donatário no Brasil em 1542, tendo sido cultivado pela Farmácia Real em Lisboa. À França o tabaco chegou por dois caminhos em 1560 por Damião Góes, ex-embaixador na Flandres e por Jean Nicot, embaixador da França em Portugal, que atribuiu à planta poderes medicinais (vem daí o nome do seu princípio ativo, a nicotina) (PELLEGRINI, 2017; ROSEMBERG, 2004).

O tabaco alastrou-se pela Europa. No século XVII, os ingleses começaram a lucrar, encontrando diversos consumidores. Entre eles estavam soldados, marinheiros, intelectuais e artistas. Cinquenta anos após sua chegada, praticamente se fumava cachimbo ou charutos em todo o continente (PELLEGRINI, 2017; ROSEMBERG, 2004).

Ainda nesse século, iniciaram-se as medidas restritivas e publicações europeias relacionando o tabaco ao câncer de lábio, boca e mucosa nasal. Começaram os relatos de complicações clínicas que apareceram em trabalhos ingleses e chineses. Em 1633, os turcos baixaram uma norma restritiva, seria dada pena de morte para quem fosse pego fumando. Essa norma foi seguida pelos chineses em 1638, quando o imperador decretou decapitação

para os tabagistas. Apesar disso, o tabaco tornou-se, ao longo do século XVIII, uma planta de consumo vulgar, promovendo prazer e diversão. A produção do tabaco se converteu em um grande investimento comercial. O cultivo da planta foi desenvolvido com sucesso, principalmente nos Estados Unidos. A forma comercial da planta foi associada ao *glamour*, à sensualidade e à inofensividade (INCA, 2012).

Em 1950, foram realizados levantamentos epidemiológicos na Inglaterra e nos EUA. Nos anos 60, foi definitivamente estabelecida a relação entre câncer de pulmão e tabagismo. Em 1962, o Governo Britânico ordenou que os produtos derivados do tabaco deveriam ter avisos sobre potenciais riscos à saúde. Em 1964, os EUA tomaram atitude semelhante (INCA, 2012).

Nos anos 70, a definição de substância prejudicial à saúde só crescia, a medicina continuou a demonstrar a associação do tabagismo com outras doenças, como o enfisema pulmonar e outros tipos de câncer (INCA, 2012). E a década de 80 se consagrou pelo surgimento de políticas públicas voltadas para a prevenção e combate ao fumo. O uso foi proibido em locais fechados, transportes públicos, lojas e comércios. Muitos países proibiram a realização de propagandas comerciais que incentivassem a venda de cigarros (INCA, 2012).

No Brasil, em 1986, foi criada a Lei nº 7.488, de 11 de junho, que dispõe sobre o Dia Nacional de Combate ao Fumo, sendo comemorado dia 29 de agosto de cada ano, em todo o território nacional. Durante a semana que antecede a data é realizado uma campanha de âmbito nacional, com o objetivo de alertar a população para os malefícios advindos do uso do tabaco (INCA, 2012).

2.2 EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO PARA O CONTROLE DO TABACO

Com o impacto negativo do tabagismo na saúde pública, as ações para o controle do tabaco no Brasil evoluíram no século XX. Em 1979, foi criado o primeiro programa nacional de combate ao fumo, elaborado por 46 entidades, médicas, universitárias, secretarias de saúde e outras, sob a liderança da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Contudo, somente a partir de 1985, o governo federal participou mais efetivamente junto ao Ministério da Saúde com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, no ano seguinte, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo (BRASIL, 2016b).

A partir de 1989, o controle do tabagismo no Brasil passou a ser realizado pelo Ministério da Saúde junto ao Instituto Nacional de Câncer (Inca), através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (BRASIL, 2016b; PORTES, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, o PNCT tem como objetivo:

Reduzir a prevalência de fumantes e, conseqüentemente, a morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil, seguindo um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, com ações legislativas e econômicas, potencializam-se para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do tabagismo e proteger a população dos riscos do tabagismo passivo, alcançando, assim, o objetivo proposto (BRASIL, 2016b p. 32).

Nesse sentido, em 1999, foi elaborado, durante a 52ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), a Convenção-Quadro para o Controle do tabagismo (CQCT), criada pelo órgão diretor supremo da OMS, que adotou a Resolução WHA 52.18, em 24 de maio de 1999 (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016b; PORTES, 2018).

A CQCT nasceu entre os anos de 1999 e 2003, a partir de “evidências de que o crescimento do mercado global dos produtos de tabaco, em função da liberalização do comércio e investimento do capital estrangeiro, acarretou uma ameaça à saúde pública” (DIAS, 2014, p.35, apud CALVALCANTE, 2005). Sendo assim, a CQCT é reconhecida como o primeiro tratado internacional de saúde pública, contando com a participação de 192 países membros da OMS (BRASIL, 2011; GALIL, 2016).

Os objetivos propostos na CQCT, em seu artigo 3º, são:

Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça (BRASIL, 2011, p. 9).

Em 2000, organizado pelo Inca, deu-se o I Encontro Nacional de Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, visando oferecer orientações sobre condutas a serem aplicadas no tratamento do tabagista no Brasil. Este encontro gerou a publicação do Consenso em Abordagem e Tratamento do Fumante em 2001, em que foram destacadas orientações para a avaliação, acompanhamento, tratamento dos fumantes e informações sobre o tratamento medicamentoso baseado nas evidências científicas para as ações de implantação do tratamento do tabagismo no SUS (BRASIL, 2001, BRASIL, 2016b).

Em 2003, foi instituída a Comissão Nacional para implementação da Convenção-Quadro (CONICQ), com o objetivo de criar e implementar uma agenda governamental e intersetorial para o cumprimento das obrigações da CQCT. Em 2005, ratificou-se a CQCT e, para que houvesse o seguimento das propostas da Convenção, foi criada a Conferência das Partes (COP) (BRASIL, 2016b, PORTES, 2018; GALIL, 2016).

A COP é constituída por todos os países que fazem parte da ratificação e se reúne a cada dois anos. Seu propósito é “tomar decisões necessárias para efetivar a implementação da Convenção, promovendo, facilitando e monitorando todo o processo executado pelos Estados-Parte” (DIAS, 2014, p.36, apud CAVALCANTE, 2005; BRASIL, 2011). A primeira reunião da COP foi em 2006, quando foi estabelecido que os países desenvolvessem métodos para o controle do tabaco, levando em consideração todo o contexto social, político e global da região (GALIL, 2016; BRASIL, 2011).

As medidas apoiadas pela Convenção-Quadro foram ancoradas na redução de demanda e oferta. As medidas de redução da demanda estão relacionadas a preços e impostos, como aplicação de políticas tributárias aos produtos do tabaco e medidas não relativas a preços, como: proteção contra a exposição à fumaça em locais fechados; regulamentação do conteúdo dos produtos de tabaco; regulamentação da divulgação das informações sobre os produtos de tabaco; embalagem e etiquetas de produtos de tabaco; educação, comunicação, treinamento e conscientização do público; publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco (DIAS, 2011; BRASIL, 2011). Já a redução da oferta se refere a medidas que visam diminuir o comércio ilícito, proibir vendas de produtos do tabaco a menores e dar apoio às atividades alternativas economicamente viáveis (DIAS, 2011; BRASIL, 2011).

Dentro desse contexto, a CQCT traz ainda questões relacionadas à proteção ao meio ambiente e à saúde das pessoas, comprometendo-se a adotar medidas legislativas de reponsabilidade penal e civil para que se cumpra com que foi posto na convenção (BRASIL, 2011). Nesse sentido, para que as metas da CQCT ainda dessem continuidade após a criação da COP, foi criado em 2008 pela OMS um plano de políticas apoiado nas propostas da CQCT, denominado MPOWER. Segundo o INCA (2011) citado por Dias (2011), o MPOWER é composto de seis intervenções e cada uma delas representa disposições da CQCT e do Plano de Ação da OMS para Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis (DIAS, 2011).

M – Monitor/**Monitorar** o tabagismo através de dados periódicos nacionais com indicadores-chave do consumo de tabaco entre jovens e adultos;

P – Protect/**Proteger** as populações contra a fumaça do tabaco, promover e fazer cumprir leis 100% livres do fumo em todos os lugares públicos e privados fechados;

O – Offer/**Oferecer ajuda** para cessação, fortalecendo os sistemas de saúde de forma que aconselhem, na Atenção Primária à Saúde, sobre a cessação. Criar linhas telefônicas para ajudar na cessação e garantir o tratamento farmacológico, de fácil acesso e baixo custo, quando cabível;

W – Warn/**Advertir** sobre perigos do tabaco, exigindo advertências eficazes nas embalagens, realizando publicidade antitabagismo e cobertura gratuita de atividades de controle do tabaco pelos meios de comunicação;

E – Enforce/**Fazer cumprir** proibições sobre publicidades, promoção e patrocínio do tabaco;

R – Raise/**Aumentar os impostos** sobre o tabaco (DIAS, 2011, p.37-38).

Diante do exposto, nota-se que, com a criação da Convenção-Quadro e o apoio de todos os países que aderiram à convenção, as medidas de controle do tabagismo se fortaleceram. Hoje o Brasil é considerado referência mundial na implementação da Convenção-Quadro para o controle do Tabaco e, de acordo com a manifestação do Ministro da Saúde na cerimônia de lançamento do sétimo relatório da Organização Mundial da Saúde, em julho de 2019, “O Brasil quer ser o primeiro país do mundo livre do tabaco”, por ter conseguido implementar com excelência o que é proposto pela MPOWER (INCA, 2019).

2.3 LEGISLAÇÃO PARA O CONTROLE DO TABACO E A REALIDADE: DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO

O tema Tabagismo vem sendo discutido há muito tempo, assim também os malefícios gerados pelo seu uso e as Políticas públicas em prol da cessação desse hábito têm sido cada vez mais abordados e atualizados (CAVALCANTE, 2005; MOURA, 2015).

No modelo proposto pelo Ministério da Saúde, juntamente com o Inca, o PNCT vem sendo executado no Brasil com grandes avanços para se tornar referência mundial de país livre do tabaco. Entretanto, mesmo com grandes avanços, estudos relacionados ao programa trouxeram como resultados dificuldades para a implantação e a manutenção do referido programa (INCA, 2019).

Moura (2015) aponta cinco nós críticos em seu estudo que impedem o desenvolvimento dos grupos de tabagismo preconizadas pelo PNTC, sendo eles:

Falta das medicações bupropiona e adesivos de nicotina; falta de disposição dos usuários para a mudança no estilo de vida, com hábitos alimentares saudáveis e atividade física; falta de disposição dos usuários a participação frequente e ativa do grupo; falta de capacitação da equipe multidisciplinar para o trabalho no grupo de combate ao tabagismo; falta de equipe multidisciplinar com psicólogo na organização do grupo (MOURA, 2015, p.34).

Para Figueiredo e colaboradores (2017), embora existam avanços no Brasil para o controle do tabaco, ainda há obstáculos a serem superados para que a política de combate ao fumo seja bem-sucedida. De acordo com os autores, o país enfrenta desafios com o mercado industrial, com falta de manutenção na política de preços e impostos, resistência sobre a influência da indústria e propagação de *marketing* indireto em produtos que despertem o desejo dos jovens, tais como: “narguilé, produtos com sabores característicos incluindo

cigarros que têm cápsulas de sabor nos filtros e dispositivos eletrônicos para fumar como cigarro eletrônico e os dispositivos de tabaco aquecido” (FIGUEIREDO; TURCI; CAMACHO, 2017, p.6).

Dias (2011), em estudo realizado no município de Juiz de Fora sobre o PNCT, apresentou como dificuldades as seguintes: “Financiamento, não valorização da promoção da saúde via atenção básica; ausência de acompanhamento e monitoramento junto às Unidades; limitada capacitação técnica dos gestores que assumem a Secretária” (DIAS, 2011, p.85).

Ainda segundo Dias (2011), a questão relativa ao financiamento se dá como dificultador pelo simples fato de o PNCT não ofertar um incentivo financeiro conforme outros programas fazem, sendo destacado pela autora o interesse político do município por programas que gerem um retorno financeiro ao serem implementados.

Nesse cenário, Portes (2014) e Ferreira (2018), que também realizaram pesquisas no município de Juiz de Fora, destacam que as dificuldades para o desenvolvimento de ações condizentes com o PNCT estão relacionadas à falta de médicos para desenvolver grupos de tabagismo e à rotatividade de profissionais devido a contratos temporários. Para Portes (2014), a estrutura física deficiente em algumas unidades básicas de saúde também é um dificultador, sendo este o potencial para o desestímulo dos profissionais em realizar as ações do programa, tornando estas ineficazes.

De um lado, temos o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo com todas as recomendações para ser um programa que realmente possa erradicar esse hábito e, de outro, a realidade sob a ótica de profissionais e pesquisadores que vivenciam o executar do programa, mostrando que o PNCT no dia a dia precisa ser mais bem discutido e trabalhado em todas as esferas governamentais.

2.4 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Nas últimas décadas, a atenção à saúde sofreu diversas transformações, entre elas mudanças na APS. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o intuito de reorientar os serviços de atenção à saúde em prol de uma atenção direcionada às práticas que favorecessem o vínculo entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidades. Pouco a pouco, o PSF foi ganhando espaço e se tornando o principal modelo de atenção à saúde, sendo considerado um modelo mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário (PINTO; GIOVANELLA, 2018; BRASIL, 2000).

Em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que apresenta a mudança de nomenclatura de Programa Saúde da família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF), que, posteriormente, foi revisada, em 2011 e 2017 (PINTO; GIOVANELLA, 2018; BRASIL, 2012).

A Pnab define atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012 p.19).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é formada por equipes multidisciplinares, contando com a participação de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde (ACSs). Podem agregar outros profissionais, como dentistas, auxiliares de saúde bucal ou técnicos de saúde bucal e agentes de combate a endemias (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, segundo Barbiani *et al.*, com a mudança no modelo assistencial ocasionada pela implantação da ESF, a atuação do enfermeiro se interliga a dois momentos: no primeiro, atuando na assistência e gestão e, no segundo momento, protagonizando a promoção da saúde, reorganizando as práticas do dia a dia com educações para a população e profissionais (BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016; BRASIL, 2000).

Sendo assim, não é possível reorganizar as práticas de atenção à saúde, sem que ocorra um investimento em uma política de formação e num processo permanente de capacitação dos profissionais (BRASIL, 2000). Nesse sentido, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), instituída em 2004 como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de seus profissionais e trabalhadores, traz como proposta transformar as práticas do trabalho (BRASIL, 2018b).

Considera-se como Educação Permanente o processo pelo qual ocorre a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são construídos no dia a dia das pessoas e das organizações. É realizada a partir dos problemas encontrados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências prévias pessoais (BRASIL, 2018c).

A educação permanente deve estar associada ao pensar e ao fazer dos profissionais, a fim de que ocorra o seu crescimento pessoal e profissional, contribuindo para a organização do processo de trabalho de maneira inter e multiprofissional (SALUM; PRADO, 2014; ALMEIDA, 2016).

Nessa perspectiva, quando se pensa nos profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família e principalmente na atuação do enfermeiro, vê-se que a educação permanente se torna um método indispensável para desenvolver uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais (BRASIL, 2000; ALMEIDA, 2016).

2.5 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)

Com o processo de consolidação da descentralização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a implantação do PSF, em 1991, também foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que só foi regulamentado em 1997. O programa teve por finalidade aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2001; MOROSINI; FONSECA, 2018).

No início da implantação do Pacs, a exigência de escolaridade restringiu-se a “saber ler e escrever”. A partir da Lei nº 10.507 de 2002, passou-se a exigir o ensino fundamental. Ainda nessa lei, foi determinada a obrigatoriedade de o profissional ser morador da área em que irá atuar e realizar com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Inicialmente as funções exercidas pelos ACSs eram consideradas atividades de baixa complexidade e alto impacto, como orientações a gestantes sobre aleitamento materno e estimulação vacinal. Com o tempo, a classe de ACS passou a ser considerada integrante da equipe multiprofissional, favorecendo e auxiliando ainda mais o trabalho que é realizado pelos demais profissionais da ESF (MOROSINI; FONSECA, 2018).

De acordo com a última atualização da Pnab de 2017, as atribuições do ACS são:

- I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II- Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- III- Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V- Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI- Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I- Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II- Realizar a medição de glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- Aferir temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV- Realizar técnicas limpas de curativos, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida, e

V- Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACSs só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal (BRASIL, 2017, p.37).

As atribuições desses profissionais envolvem a realização de cadastramento/diagnóstico, sendo esta a primeira etapa do trabalho junto à comunidade, registrando na ficha de cadastro informações de cada membro das famílias. A realização do mapeamento, registrando a localização das residências das áreas de risco da comunidade, faz com que o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente se torne mais fácil. Desenvolve-se, junto com o mapeamento, a identificação de microáreas de risco, facilitando assim o seu trabalho na localização de áreas que apresentem algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que moram nesses lugares, como inexistência ou precariedade do tratamento do esgoto sanitário (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Entre as atividades que os ACSs desenvolvem, as visitas domiciliares (VDs) são as que mais se destacam. Estas visam acompanhar as condições de saúde das famílias de sua microárea e realizar a busca ativa de situações específicas detectadas pela equipe de ESF. Dentro das unidades, o ACS participa das ações coletivas com o objetivo de mobilizar a população, sendo estes encontros com grupos diferenciados conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018).

No âmbito da APS, as atividades desenvolvidas pelo ACS têm relação direta com o enfermeiro da ESF. Este, nesse cenário, desempenha o gerenciamento da equipe de

enfermagem, planejamento, coordenação e avaliação das ações em saúde junto com a equipe da ESF; promoção de ações educativas com a população; realização de visitas domiciliares e trabalhos em grupo, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças, além da supervisão do direcionamento da equipe multidisciplinar. Com isso, as atividades que são desenvolvidas pelos ACSs proporcionam ao enfermeiro um melhor envolvimento com a comunidade por serem eles os profissionais que estão inseridos no cenário, além de residirem na área e conhecerem a realidade da população (LANZONI; MEIRELLES, 2013; ALMEIDA; LOPES, 2019).

Em 2016, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o manual de diretrizes e orientações para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado, que visa contribuir para a adequada formação dos profissionais de nível médio da área da saúde. O manual propõe ainda ser um modelo de referência para a rede de escolas técnicas do SUS (Retsus) e outras instituições que capacitam esses profissionais de nível médio para atuar nos serviços do SUS (BRASIL, 2016a).

Vê-se que a formação de ACS teve um avanço, porém esta ainda é um desafio conforme o próprio manual traz. Segundo a atualização da Pnab de 2017 e o referido manual, a capacitação, o acompanhamento e o reconhecimento dos ACSs devem ser realizados por todos os profissionais da equipe de saúde da família de nível superior. Não se pode responsabilizar apenas um profissional para essa função, que tem sido historicamente atribuída ao enfermeiro (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017).

A Convenção-Quadro propõe que as medidas de redução da demanda do tabaco foquem educação, comunicação, treinamentos e conscientização do público. Com base nisso e nas funções que o enfermeiro da ESF já desenvolve em coletivo com o ACS, no sentido de educar a população e trazer subsídios para que a cessação do hábito de fumar aconteça, somados ao papel que o enfermeiro desenvolve como líder e educador de sua equipe, salienta-se que é de extrema importância que ocorra a capacitação dos profissionais de nível médio para que possam auxiliar no processo de cessação do hábito de fumar. Um profissional bem capacitado, interessado e que entenda sobre a importância de erradicar esse hábito poderá agir de forma significativa para a conscientização dos usuários de tabaco (LANZONI; MEIRELLES, 2013; ROECKER; MARCON, 2011; FERREIRA *et al.*, 2019).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

“Sempre temos necessidade de saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca. É necessário ajustar-se, conduzir-se, localizar-se física e intelectualmente. Identificar e resolver problemas que ele põe. Eis porque construímos representações”(JODELET, 1993 apud MOREIRA et al., 2017, p. 7).

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Serge Moscovici, conhecido como pioneiro da representação social, em 1961, em sua obra *La psychanalyse, son image et son public*, criou a Teoria das Representações Sociais (TRS) após uma releitura crítica da produção de Émile Durkheim. Em 1897, Durkheim divulgou a sua obra “O suicídio”; nela o autor aponta a diferença entre o estudo das representações individuais e o estudo das representações coletivas e ressalta que as representações não poderiam ser formadas individualmente, mas sim construídas coletivamente, dando origem à representação coletiva (FERREIRA, 2017; SANTOS; ICHIKAWA, 2018; CRUSOÉ, 2004).

De acordo com Durkheim, as representações não estão associadas ao consciente do indivíduo, mas sim, da sociedade e sua relação com o mundo. Para ele, as ações coletivas determinam o modo de agir, pensar e sentir das pessoas, sendo essas representações coletivas resultado do coletivo. Durkheim ainda defendia que aquelas pessoas que se encontravam fora dos grupos sociais seriam chamadas de sujeitos isolados (FREITAS, 2014; SANTOS; DIAS, 2015). Moscovici discorda da teoria de Durkheim e realiza críticas pelo fato de este não reconhecer as representações individuais como fundamentais para formação do sujeito e traz como uma alternativa para a compreensão social uma visão diferenciada sobre o individual e o coletivo (SANTOS; DIAS, 2015).

Após a criação da TRS, surgiram três correntes teóricas que corroboraram com o pensamento original de Moscovici, sendo elas: perspectiva processual criada por Denise Jodelet, perspectiva sociológica por Willem Doise e dimensão cognitivo-estrutural por Jean Claude Abric, Claude Flament e Pierre Vergès (FERREIRA, 2017; MOSCOVICI, 2012).

Contradizendo Durkheim, Moscovici afirma que um indivíduo consegue construir o seu pensamento com base nas diversas características da sociedade ao seu redor e sua história individual, dando origem à Teoria da Representação Social (FERREIRA, 2017; MOSCOVICI, 2012). Segundo Moscovici as representações sociais são:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2012, p. 21).

Para Moscovici, “o propósito de todas as representações é tornar algo não familiar, ou a própria não familiarização, familiar” (MOSCOVICI, 2012, p.20). Esse processo de familiarização só é possível através dos processos de Ancoragem e Objetivação assim denominados por ele (MOSCOVICI, 2012).

Segundo Moraes e colaboradores, 2014:

A objetivação é o momento em que o abstrato se transforma em concreto, cristalizando as ideias e tornando-as objetivas, ao que Moscovici denomina “face figurativa”. Tal processo permite trazer aquilo que até então inexistia para o universo do conhecido. Já a ancoragem diz respeito ao processo pelo qual a ideia é trazida para o contexto do familiar, que a inclui na categoria de “imagem comum”. Nesse momento, é dado nome àquilo que não tinha nome, sendo possível imaginá-lo e representá-lo. A ancoragem é um processo de familiarização do novo, transformando-o em um conhecimento hábil a influenciar outras pessoas, revelando-se como uma verdade para certo grupo (MORAES *et al.*, 2014, p.24-25).

Segundo Flament (1987), citado por Mendonça e Lima (2014), o entendimento da representação social está ligado a três pontos: “as experiências e as observações do sujeito (eu vi, eu fiz), as comunicações às quais ele está exposto (eu ouvi, disseram-me) e as crenças que ele elaborou (eu penso, eu acredito)” (MENDONÇA; LIMA, 2014, p. 194).

Para Denise Jodelet (2001), citada por Almeida (2009), as representações sociais revelam a realidade dos indivíduos ou grupos sociais através de suas experiências e/ou vivências. Essas representações nascem de um conhecimento prático que só pode ser quantificado a partir do que é produzido, não sendo apenas o modo de compreender um objeto particular pelo sujeito, mas também como o sujeito adquire a capacidade de definição desse objeto (ALMEIDA, 2009; MOSCOVICI, 2012).

Nesse sentido, para o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa ancora-se na teoria das representações sociais (TRS) de Moscovici, onde foi utilizada a abordagem processual na visão de Denise Jodelet, uma vez que esta permite conhecer de perto o comportamento cognitivo do sujeito no meio em que está inserido, procurando justificar a tomada de decisão frente a alguma coisa (ALMEIDA, 2009; MOSCOVICI, 2012).

Ao utilizar a Teoria das Representações Sociais como arcabouço teórico-metodológico, pretende-se apreender qual conceito os enfermeiros atribuem para a realização da educação permanente para os ACSs e como essa definição influencia o processo de trabalho para que as atividades se concretizem nas ações de combate ao tabagismo. Acredita-se que o uso dessa

teoria possibilitará uma melhor compreensão do fenômeno, visto que o enfermeiro nesse cenário possui a vivência do objeto de pesquisa, juntamente com as informações provenientes do meio científico. Assim, estudar as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo é buscar subsídios para compreender como os enfermeiros agem nesse contexto, a partir de suas experiências individuais e coletivas (ALMEIDA, 2009).

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO

Apresenta-se o percurso metodológico desenvolvido no estudo.

3.2.1 Abordagem Qualitativa

Utilizou-se na pesquisa a abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, para maior aproximação da realidade vivenciada pelos participantes. Segundo Minayo (2014), esta modalidade responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. A pesquisa qualitativa objetiva identificar aspectos da realidade, permitindo a compreensão do fenômeno do estudo a partir da experiência vivida, crenças, valores e atitudes dos participantes da pesquisa.

A abordagem qualitativa não se prende à representatividade numérica. Permite entender e categorizar processos de mudança, formar opiniões de um determinado grupo e um maior envolvimento, diante das interpretações das particularidades comportamentais e atitudes dos indivíduos, procurando explicar os fenômenos sociais e proporcionar uma maior reflexão acerca dos dados obtidos (OLIVEIRA, 2004; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Segundo Almeida (2009), a pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador ter respostas para suas inquietações a partir da experiência social dos sujeitos da pesquisa e de que forma estes atribuem significados a essas inquietações.

Destarte, a utilização dessa abordagem proporcionou uma aproximação com o objeto proposto, uma vez que, na busca pela compreensão das representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de tabagismo, encontram-se dados característicos dos sujeitos da pesquisa. Tais dados estão diretamente ligados à maneira como os enfermeiros pensam e expressam a sua opinião sobre a temática e mostram de que forma esses pensamentos e expressões interferem na realização da educação permanente, considerando experiências, crenças, culturas e valores.

3.2.2 Cenário

A pesquisa foi desenvolvida no município de Juiz de Fora–MG, que conta com 63 UBSs distribuídas em 12 regiões sanitárias, sete regiões administrativas e uma região administrativa/sanitária. Segundo dados do plano diretor de Juiz de fora, existem 89 equipes da ESF, alocadas em 39 UBSs. Atuam no modelo Tradicional de Assistência 24 equipes, sendo 12 na área urbana e quatro na área rural (JUIZ DE FORA, 2014).

Segundo dados do Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora (Secoppt) de 2018, as 63 UBSs são capacitadas para desenvolver ações de tabagismo. Entretanto, apenas 33 unidades realizaram ações de tratamento em prol da cessação do hábito de fumar em 2017, e, dessas, 22 atuam como Estratégia Saúde da Família. Foram cenários da pesquisa, portanto, 22 UBSs que contemplam a assistência à saúde com base no modelo da ESF e que desenvolvem ações de combate ao tabagismo. O critério de inclusão para a seleção das UBSs foi: ser unidade básica de saúde que atua como Estratégia Saúde da Família.

As UBSs funcionam no horário das 7h às 11h e das 13h às 17h, de segunda a sexta-feira, exceto às quintas-feiras, quando têm o seu horário de atendimento ao público alterado na parte da tarde, das 13h às 15h, devido a reuniões de equipe e capacitação profissional. Ao longo da pesquisa, das 22 UBSs que foram contactadas, oito foram excluídas, pois, após a pesquisadora entrar em contato com os supervisores das unidades, quatro relataram que nenhum dos enfermeiros que se encontravam nas unidades tinha interesse em participar da pesquisa; dois informaram que não tinham profissionais capacitados no local; uma compartilhava a mesma equipe com outra unidade que já havia sido entrevistada e uma após terem sido realizadas inúmeras tentativas de agendamento sem sucesso, com a justificativa de indisponibilidade de horário para participarem da entrevista.

3.2.3 Participantes

Os participantes desta investigação foram 21 enfermeiros. Foram adotados como **critérios de inclusão**: ser enfermeiro da UBS ESF cenário da investigação e ter realizado ações de tabagismo junto aos agentes comunitários de saúde, e como **critérios de exclusão**: enfermeiros que se encontravam de férias ou licença no período da coleta de dados.

A escolha desses profissionais justifica-se por vivenciarem, cotidianamente em sua atuação na ESF, as práticas de educação permanente junto aos agentes comunitários de saúde.

Além disso, suas especificidades são essenciais para a construção das representações que dialogam com o referencial teórico-metodológico do estudo.

Os enfermeiros foram convidados a participar da pesquisa de forma pessoal/individual e através de contato telefônico. Para resguardar o anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados, de forma aleatória, utilizando a abreviatura da palavra enfermeiro - ENF, seguida do nº conforme a ordem da entrevista.

3.2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu na UBS de trabalho dos enfermeiros nos meses de fevereiro a junho de 2019, em horários e datas previamente agendados e acordados entre a pesquisadora e os participantes. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de voz digital portátil e tiveram duração de 04'09'' minutos a 23'51'' minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice A), composto de duas partes: a primeira diz respeito à caracterização do participante e a segunda é constituída por questões norteadoras para subsidiar a entrevista, seguindo os preceitos de Minayo (2014), que apontam essa associação para permitir que o entrevistador faça considerações sobre o tema sem se deter à pergunta formulada. Foi utilizado, também, um diário de campo para efetuar registros de dados subjetivos e objetivos que foram considerados pertinentes para subsidiar a análise dos dados.

3.2.5 Aspectos Éticos

Esta investigação seguiu os aspectos éticos, em conformidade com as normas de Pesquisa com Seres Humanos, determinadas pelas resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 580/2018, que dispõe sobre as normas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012b; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018). A coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto e emissão do parecer favorável pelo CEP-UFJF, sob o número 3.132.551, em 5 de fevereiro de 2019 (Anexo A).

Aos enfermeiros foram explicados os objetivos da pesquisa por meio da leitura e compreensão do TCLE (Apêndice B), que foi assinado pelo participante e pela pesquisadora em duas vias, ficando uma via com cada um. Foram garantidos aos participantes o anonimato

e a liberdade para aceitarem ou não participar da investigação proposta. Os dados coletados ficarão arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos e, após, serão destruídos.

3.2.6 Análise e Interpretação dos Dados

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

A interpretação dos dados ocorreu segundo a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016), composta de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação. A fase inicial denominada pré-análise consiste na organização do material. Nessa fase, foram realizadas leituras flutuantes do material obtido com o objetivo de conhecer o texto e formular hipóteses. A segunda fase, conhecida como exploração do material, consiste na releitura do material de forma mais aprofundada com o objetivo de identificar as categorias. Nessa etapa, utilizaram-se os recursos do *software OpenLogos*® na versão 2.1, pela necessidade de se organizar informações geradas a partir dos textos que foram transcritos das entrevistas, por serem muito extensos e não estruturados. O *OpenLogos* é um gerenciador de dados textuais gratuito, que tem como função armazenar e organizar os dados qualitativos da pesquisa, permitindo ao pesquisador realizar a codificação linha a linha ou trecho do texto que apresentar pontos de relevância para a investigação proposta, demarcando-o com um termo específico que o represente (CAMARGO JUNIOR, 2000). Na terceira fase, ocorreu o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, permitindo validar os resultados por meio da inferência lógica das entrevistas e de suas respectivas interpretações (BARDIN, 2016).

Assim, ao analisar os dados obtidos, foi possível identificar as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente dos agentes comunitários de saúde nas ações do tabagismo, realizar a identificação dos códigos de registros nas falas dos entrevistados e construir um quadro de categorias de análise.

Quadro 1- Categorias, subcategorias e códigos das entrevistas

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
Inteirando-se da rotina dos enfermeiros na APS		Rotina dos enfermeiros na APS
Representações dos enfermeiros sobre o processo de trabalho do ACS		Olhar sobre a atuação do ACS na APS
		Opinião sobre a suficiência dos cursos de capacitação para que o processo de trabalho do ACS ocorra
A educação permanente na representação dos Enfermeiros		Educação Permanente
		Desenvolvimento da educação permanente do ACS
A educação permanente do ACS para as ações de combate ao tabagismo: representações dos enfermeiros.		Desenvolvimento da educação permanente do ACS em relação ao tabagismo
		Dificultadores para as ações de tabagismo

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

“O essencial é invisível aos olhos”
(A. de Saint-Exupéry).

Seguem os dados que caracterizam os participantes da pesquisa com a finalidade de auxiliar na compreensão das representações apreendidas no estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Quadro 2- Características gerais dos enfermeiros

SIGLA	IDADE	TITULAÇÃO	GÊNERO	TEMPO DE SERVIÇO
ENF 01	32	Enfermeira Generalista	F	3 ANOS
ENF 02	37	Especialista em Saúde pública com ênfase em Saúde da Família	F	7 MESES
ENF 03	61	Especialista em Saúde da Família e Terapia Intensiva	F	6 ANOS
ENF 04	55	Especialista em Saúde da Família e UTI	F	13 ANOS
ENF 05	58	Especialista em Saúde da Família e comunidade, Saúde Pública, Enfermagem do Trabalho, Metodologia de ensino e pesquisa, Administração Hospitalar e Mestre em Enfermagem	F	8 ANOS
ENF 06	33	Especialista em Saúde da Família	F	7 ANOS
ENF 07	38	Especialista em UTI adulto e Saúde da Família	F	5 ANOS
ENF 08	60	Especialista em Saúde da Família	F	13 ANOS
ENF 09	54	Especialista em Saúde da Família e Micropolíticas	F	13 ANOS E 8 MESES
ENF 10	59	Especialista em Enfermagem de Alta complexidade Enfermeira de trauma e Urgência e Emergência	F	5 ANOS
ENF 11	45	Especialista em Saúde da Família	F	16 ANOS
ENF 12	45	Especialista em Obstetrícia, Saúde da Família e Gestão da Clínica na APS	F	16 ANOS E 9 MESES
ENF 13	42	Especialista em Saúde da Família e Estomaterapia	M	9 ANOS

ENF 14	43	Especialista em Saúde Pública, Informação Pedagógica na área de saúde e Gestão Orçamentária do SUS	F	6 MESES
ENF 15	55	Especialista em Saúde da Família e Comunidade	F	15 ANOS
ENF 16	56	Enfermeira Generalista	F	5 MESES
ENF 17	62	Especialista em Saúde Pública, Formação Pedagógica da área de saúde, Obstetrícia e Ginecologia	F	1 MÊS
ENF 18	52	Especialista em Saúde da Família e Enfermeiro na Terapia Intensiva	F	12 ANOS
ENF 19	39	Especialista em UTI	F	6 ANOS
ENF 20	49	Especialista em Estratégia Saúde da família, Preceptoría do SUS e Micropolítica	F	3 ANOS
ENF 21	37	Especialista em Saúde da Família e Micropolíticas de Gestão de Saúde	F	6 ANOS E 9 MESES

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Ao analisar conjuntamente os dados referentes aos participantes, verificou-se que a média de idade dos enfermeiros foi de 48 anos e a média do tempo de serviço destes nas unidades foi de seis anos e seis meses. O gênero feminino apresentou-se de modo predominante, sendo 20 enfermeiras (95,24%) e um enfermeiro (4,76%).

Quanto à escolaridade, 90,48% dos entrevistados possuíam algum tipo de especialização e 9,52% tinham a titulação mínima exigida de enfermeiro generalista. Entre as especialidades apresentadas, 71,42% dos participantes eram Especialistas em Saúde da Família.

Pode-se verificar que, no primeiro momento de caracterização, já é possível aproximação de aspectos que são fundamentais e característicos para a construção das representações. A partir dessas características, nota-se que: sendo 71,42% dos participantes especialistas em Saúde da Família e 100% dos entrevistados experientes nas unidades, uns com anos de atuação nesse cenário e outros com pouco tempo, mas que o vivenciam igualmente, subentende-se que os mesmos acompanham todo o processo e avanços sobre a temática e possuem um arcabouço teórico para trazer à tona as representações sobre o objeto de estudo.

Nesse sentido, foi possível, com a organização dos dados, a construção das categorias de análise: inteirando-se da rotina dos enfermeiros na APS; representações dos enfermeiros sobre o processo de trabalho do agente comunitário de saúde; a educação permanente na representação dos enfermeiros e a educação permanente do ACS para as ações de combate ao tabagismo: representações dos enfermeiros.

4.2 INTEIRANDO-SE DA ROTINA DOS ENFERMEIROS NA APS

Nessa categoria, estão relacionados os aspectos sobre a rotina dos enfermeiros no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nesse primeiro momento, foi possível, através das falas, a apreensão de como é o dia a dia desses profissionais:

ENF 01: “Eu tenho a função assistencial e a função gerencial, então eu tenho meus grupos para atender toda a parte de atendimento clínico e dos grupos mesmo que é pré-natal, preventivo, puericultura, isso agendados. Nós fazemos a demanda espontânea também, os agendamentos e tem a parte gerencial que é a questão de recursos físicos, ver material, fazer pedidos, ver o que está precisando fazer, questão de organização, questão de horário e também questão do pessoal, folha de ponto, quadro de frequência”.

ENF 04: “A gente faz a ausculta, o acolhimento inicial, eu realizo os preventivos, os pré-natais, puericultura, vacinação [...] e a consulta de enfermagem que a gente faz o tempo todo”.

ENF 08: “A gente faz acolhimento, segue todos os programas do Ministério de puericultura, hipertenso, diabetes, saúde mental. Faz atendimento ao idoso, gestante, o dia a dia normalmente são esses, baseados na agenda que a gente faz”.

ENF 10: “Aqui é tudo dividido as tarefas, acompanhando o programa de saúde da família: o acolhimento, preventivo, puericultura, o pré-natal e ainda coordeno a sala de vacinas, né, então eu faço esse acompanhamento junto com o técnico e participo também, a gente aqui tem dois tipos de grupos o de direitos reprodutivos e o grupo de tabagismo, que é duas vezes por ano”.

ENF 15: “Eu sou enfermeira da estratégia de saúde da família, então basicamente a gente faz o acolhimento dos usuários que nos procuram, seja para demanda espontânea, seja para demanda programada, grupos de hipertensos, diabetes, saúde mental, atendimento a gestantes, pré-natal de baixo risco, hipertensos de baixo risco, puericultura. É basicamente isso e os atendimentos e participação também nas atividades, administração de vacinas, aferição de pressão arterial, suporte no curativo quando necessário, todas as ações de enfermagem em que a gente faz no dia a dia”.

ENF 17: “Aqui tem um rodizio de sala de vacina, [...] e a vacina passa duas semanas com cada enfermeiro, [...], as minhas atividades eu tenho visita domiciliar, [...] tem grupos de hipertensos, diabéticos [...] e faço sala de espera junto com os agentes comunitários de saúde, faço acolhimento o tempo todo [...] e tenho uns pacientes agendados, pré-natal, puericultura que é realizado pelo médico, passa pelo médico, passa pelo enfermeiro [...]”.

Segundo a Pnab (2017), é atribuição comum entre todos os profissionais da atenção primária, realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da UBS e, quando necessário, no domicílio. Também garantir a atenção à saúde da população, buscando a integralidade da atenção por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, assegurando o atendimento de forma espontânea e ações programadas de todos os ciclos de vida; realizar trabalhos interdisciplinares e equipe, integrando profissionais de diferentes níveis e áreas de formação, buscando incorporar trabalhos com grupos de acordo com as necessidades e demandas da população; participar de reuniões de equipe a fim de acompanhar e discutir em conjunto com a finalidade de uma readequação constante do processo de trabalho, articulando atividades de educação permanente e educação continuada.

Ainda como função do enfermeiro na APS, além de já desenvolver as funções acima mencionadas, a Pnab (2017) e o Cofen-MG (2017) destacam a realização da consulta de enfermagem; solicitação de exames complementares e prescrição de medicações conforme manuais do Ministério da Saúde; acolhimento; contribuição, participação e realização de atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros; planejamento, gerência e avaliação de ações desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem, ACS e Agente de Combate de Endemias (ACE), sendo esta última realizada em conjunto com os demais profissionais da APS.

Segundo os profissionais deste estudo, é possível evidenciar que as representações sobre a rotina de trabalho na APS estão ligadas a um atendimento de demanda espontânea com realização do acolhimento inicial e uma agenda programada de consultas que atendam à saúde da mulher, da criança, do idoso, dos usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis e a realização de grupos. Essa rotina está ancorada na exigência da gestão administrativa para que eles a executem, com vistas a uma maior visibilidade dos atendimentos nas UBSs. Apesar de o discurso cotidiano focar a dinâmica preventivista, no momento da realização das ações, o que prevalece são as atividades prescritas nos protocolos assistenciais, sem considerar ações de grande relevância que deveriam ser incorporadas à rotina dos serviços, como a questão do tabagismo.

Quando indagados sobre a rotina, a minoria dos entrevistados trouxe os grupos de tabagismo como parte integrante de suas rotinas. Outras funções ou grupos que também requerem uma dedicação igual à das ações de combate ao tabagismo foram mais relatados quando comparados ao objeto deste estudo.

Observa-se também uma dupla função apontada por alguns enfermeiros, na qual atuam como gerentes e como enfermeiros assistências da unidade. Embora os mesmos não tenham deixado claro em seus discursos sobre o desgaste em desenvolver as duas funções concomitantes, foi possível observar que os enfermeiros que as desenvolviam se mostravam sobrecarregados.

ENF 02: *“Aqui eu desempenho todas as funções de enfermeira de atenção básica e assistencial, desde o pré-natal até o idoso. São consultas de pré-natal, puericultura que é o acompanhamento da criança, preventivos em mulheres, solicitações de exames que estão em protocolos, atendimentos de hipertensos, diabéticos, grupos educativos, a gente já desenvolveu trabalho em conjunto com a escola, consultas de enfermagem de modo geral, procedimentos de enfermagem, área administrativa também que compete ao enfermeiro, uma gama de procedimentos”.*

ENF 19: *“O enfermeiro tem muita autonomia na unidade básica de saúde, a gente faz os nossos preventivos, puericultura, pré-natal, coleta, medicação, sala de espera, a educação permanente com a equipe, vacina e eu também sou a gerente da unidade e é bem trabalhoso, mas é gostoso”.*

ENF 21: *“Eu sou enfermeira e sou supervisora da unidade, então eu faço de tudo um pouco. [...] eu atendo demanda espontânea, demanda programada, atendo grupos, puericultura, pré-natal, preventivo, saúde mental, hipertensão, diabetes, tem os grupos que a gente faz os grupos educativos mesmo que tem, a gente faz programação anual então tem grupo de: diabético e hipertenso, grupo de saúde reprodutiva, tem grupo de tabagismo e as questões gerenciais mesmo, questão de pessoal, verificação de ponto, escala, e mais outra série de coisas”.*

Segundo a Pnab (2017), as atividades gerenciais no âmbito da APS deverão ser exercidas por profissional qualificado, com nível superior, não integrante das equipes da UBS e que possua experiência na área da APS. Entretanto, nota-se que, após dois anos de atualização da Pnab, esse quesito ainda não foi revisto, sendo preocupante quando se fala na qualidade da assistência, visto que o acúmulo de funções poderá trazer prejuízos à assistência, tendo em vista a complexidade das funções em que o enfermeiro assistencial já exerce. Ao realizar uma dupla função, as condições de trabalho do mesmo não são melhoradas, tampouco acrescidas horas de trabalho, pelo contrário, as funções somente se multiplicam (FERREIRA; PERICO; DIAS, 2018).

Nessa perspectiva, questiona-se se as ações de combate ao tabagismo têm sido diminuídas devido ao acúmulo de funções dos profissionais ou por não priorizarem as necessidades diante da realidade. Acredita-se, portanto, que saber o que esses profissionais fazem, apreendendo as suas representações, é essencial para se conhecer os motivos que os levam a fazer ou não o que deveria ser realizado.

4.3 REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS

Faria e colaboradores definem como processo de trabalho a forma como são desenvolvidas as atividades profissionais. No âmbito da APS, o processo de trabalho dos ACSs está centrado em uma interação assistencial entre o profissional e o usuário, em um processo de envolvimento de vínculos e relações (FARIA *et al.*, 2009; SOSSAI, PINTO, MELLO, 2010).

As representações que apareceram nesta categoria estão relacionadas com a atuação dos ACSs, segundo as perspectivas dos enfermeiros da APS. Ao analisar como os enfermeiros representam a atuação do ACS como integrante da equipe multiprofissional, foi possível observar uma proximidade entre os relatos. A maioria apresentou a importância de se ter os ACSs como integrantes da equipe. Porém, nota-se certa dificuldade nesse processo relacional, uma vez que destacam ainda equipes incompletas, que não contam com ACS, o que é um dificultador.

ENF 04: *“É uma atuação muito importante desde que o agente de saúde também seja comprometido com o serviço, porque ele é a nossa ligação, nosso elo completo com a comunidade, ele tanto leva daqui como ele traz também muitos problemas, dificuldades para a gente poder estar traçando aí o planejamento, olhar a família de outra forma, conhecer a família, ou seja, a porta de abertura vem muito do agente de saúde, né”.*

ENF 08: *“Vejo uma importância grande, porque realmente eles são o vínculo entre a comunidade e unidade. Então eu acredito muito no trabalho deles e acho muito importante o trabalho deles aqui”.*

ENF 10: *“Eu acho interessante que eles participam direto da comunidade para com o posto [...]”.*

ENF 11: *“Imprescindível, não existe equipe multiprofissional, não existe equipe de trabalho sem o ACS, a gente está tão acoplado a eles, a gente está tão ligado a eles que, quando eles entram de férias, eu, pelo menos, entro em pânico. [...] apesar do outro tentar sempre ajudar, não supre a falta, então deveria ter feirista de ACS”.*

ENF 13: *“A atuação do agente comunitário de saúde ela é importante na medida em que ele faz o elo entre a comunidade e a unidade de saúde com os profissionais. Mas ultimamente eu tenho visto que esse elo ele tá cada vez mais fragilizado, seja por enfraquecimento da atenção primária com as políticas que a gente vem vendo aí, políticas federais e municipais, falta de capacitação, falta de recursos que vão refletir na atuação e muitos agentes que não têm perfil para ser agente comunitário de saúde [...], então muitas vezes eles desenvolvem ações, querem desenvolver ações que não são atribuições dele e a própria atribuição deles muitas vezes fica de lado, então atualização de cadastro, visitas domiciliares que a gente sabe que muitas vezes são feitas por telefone e a gente não tem uma cobrança da administração mais séria para tá mudando isso, né, a gente acaba ficando um pouco desanimado às vezes porque você detecta a situação problema e você passa isso para a administração e muitas vezes a administração acaba passando a mão na*

cabeça do agente de saúde porque ele é um cabo eleitoral importante para eles [...] enfim seria importante se ele realmente fizesse vigilância em saúde, se ele acompanhasse, como deveria ser, a gestante, os hipertensos, os diabéticos ele poderia contribuir muito para as crianças, para o controle das doenças que são preveníveis e para o controle das doenças crônicas”.

ENF 14: *“Aqui sinceramente eu achei péssimo, aqui é muito difícil. Primeiro que as equipes são incompletas, eu tenho uma equipe com seis microáreas e eu só tenho quatro agentes comunitários, [...] a atuação eu acho bem complicada. [...] não estou dizendo que é uma realidade do município, estou dizendo que, nesta realidade aqui, é muito complicado, a gente não tem retorno dos agentes e infelizmente é a minha experiência até esse momento”.*

Observa-se que as palavras “importante, elo e vínculo” aparecem com frequência nos discursos, evidenciando que as representações estão ancoradas na importância de se ter estes profissionais, de serem um elo com a comunidade e de proporcionarem um vínculo que corrobora com o processo de trabalho dos demais profissionais da unidade.

A representação da ENF 04 enfatiza que, embora reconheça que o ACS tenha uma atuação muito importante por ser o elo com a comunidade, o mesmo deve estar comprometido com o serviço para que o trabalho desenvolvido por ele seja eficiente e, se possível, colaborador na resolução dos problemas.

Nas representações dos enfermeiros sobre a eficácia dos cursos introdutórios de capacitação, 97% dos entrevistados retratam a importância desses cursos para o trabalho cotidiano nos serviços básicos, embora apontem como realidade a ineficácia dos cursos de capacitação para que os ACSs possam desenvolver o seu trabalho, sugerindo a necessidade de realização de mais cursos que sejam voltados especificamente para eles.

ENF 03: *“Não, eles fazem um introdutório, né, que eles dão esse nome, e muitas vezes esse introdutório foi feito cinco anos depois que eles entram, aprendem mais em serviço do que no curso, eu acho que ainda tem que melhorar bem o serviço deles”.*

ENF 04: *“[...] o curso, quando recebe, ajuda um pouco, mas tinha que ser continuado e não é, a gente assim enfermeiro, no caso, seria coordenador, supervisor deles, a gente tem muitos afazeres ligados à enfermagem, [...], então às vezes isso nos absorve e você não consegue dar também todo o ensinamento, as orientações como seria substituir um pouco esse curso para os agentes, coisa que deveria ter um tempo para isso e que às vezes você não consegue, então eu acho que tinha que ter algo que fosse contínuo, de tempo em tempo estar chamando eles, reciclando, lembrando [...]”.*

ENF 07: *“Não, eu acho muito insuficiente, igual a gente tem aqui agente comunitário de saúde que trabalha aqui nessa unidade há 15 anos, 20 anos. Então o curso que eles fizeram lá no início, quando eles entraram, já está defasado há muito tempo. O que acontece é às vezes assim, bem raro é curso direcionado especificamente para eles, ou curso que eles convocam para os enfermeiros e os enfermeiros que depois passam para eles. Mas assim, eu acho bem insuficiente [...]”.*

ENF 18: “Não, eu acho que tem que ter mais aprimoramento sim e atualização, porque, no início, eles aprendem aquelas doenças que são mais frequentes, que a gente tem que trabalhar, que são os casos de vigilância e tudo como: tuberculose, hanseníase. Mas, no dia a dia, você acaba caindo por esquecimento, então tem que estar sempre realmente atualizando isso aí, até inclusive a questão do tabagismo”.

ENF 19 “Então quase não tem capacitação para eles, né, assim os nossos agentes eu não posso reclamar não, porque, modéstia à parte, eles são bons, são agentes antigos, têm muitas que são antigas e as que são novatas têm quatro, cinco anos já que entraram, então elas realmente são muito boas, eles, né, porque tem um agente, e mas assim capacitação mesmo, uma hora ou outra tem, mas é raro. É mais de quando eles iniciam mesmo, mas aí é questão da prefeitura mesmo”.

A seguir, ENF 02 e ENF 20 ressaltam que esse processo de capacitação que é oferecido para os ACSs é ineficiente. No entanto, os mesmos relatam a realização de capacitações dentro da unidade pelos próprios enfermeiros para que seja suprida essa necessidade.

ENF 02: “Não, eles mesmos reclamam disso, que não tem assim da parte da gestão municipal cursos frequentes para eles, eles até fizeram alguns [...] mas a gente não vê isso como uma frequência, como tem para nós, enfermeiros, às vezes tem para médicos [...] eu acho que eles mereciam. A gente é que faz esse trabalho com eles, que, a nível municipal de gestão, a gente não vê tendo isso, a gente que tenta desenvolver aqui, em meio a mil e uma tarefas, resolver isso”.

ENF 20: “De vez em quando, eles têm umas atualizações, né, mas assim, dentro da estratégia aqui, a gente vai também buscando e tentando fazer com eles assim a capacitação, agora eu fiz um curso de tuberculose, nós vamos tentar passar para eles, para eles poderem se inteirarem da situação, até para ajudar”.

Nesse sentido, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2016), compete à esfera de gestão municipal “realizar oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica” (BRASIL, 2010, p. 26). Porém, é dever dos profissionais que atuam na APS articular e participar de educações permanentes para o fortalecimento dos processos de trabalho dentro das unidades básicas de saúde, visando à transformação das práticas profissionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; BRASIL, 2018c).

Diante das representações aqui apresentadas, é essencial que ocorram cursos de capacitação para os ACSs para que estes possam desenvolver adequadamente suas funções. Porém, os mesmos sugerem que esses cursos sejam realizados por profissionais fora da unidade, desresponsabilizando-se de desenvolver essa função, contradizendo o que é proposto pela política de educação permanente, o que demonstra um conhecimento limitado acerca das atribuições:

ENF 16: “Eu não posso te responder isso, eu não acompanhei nenhum agente que tenha saído de um curso, eu não tenho base, eu não sei do que trata o curso deles,

eu não acompanho isso. Eu tenho uma noção do que seja o serviço deles, [...], não sei o que foi que foi dado, se eles estão atuando em cima daquilo que eles aprenderam, eu sei mais ou menos. [...]”.

Conforme essas representações, os enfermeiros identificam a necessidade de realização de capacitações para a melhoria do processo de trabalho do ACS, porém a minoria dos entrevistados reconhece a necessidade de se comprometerem para o desenvolvimento da capacitação dentro da unidade. Por conseguinte, quando há desvio dessa função, o prejudicado final será o usuário.

No que diz respeito ao processo relacional, a forma como o enfermeiro vê o ACS e se relaciona com o mesmo é fundamental para que se tenham boas práticas promotoras de saúde, e, se o relacionamento profissional se encontra fragilizado, é essencial que se utilizem metodologias para que ocorra o seu fortalecimento.

De acordo com Santos, Teixeira e Cursino (2017), “a confiança, cooperação, comunicação, espaço para reuniões, acolhimento e vínculo” são ações percussoras para uma relação interpessoal de boa qualidade no ambiente de trabalho, sendo estas prejudicadas pela “falta de comprometimento dos membros da equipe, dificuldade de entendimento das manifestações divergentes, assim como a falta de espaço para reuniões, ocasionando ainda um distanciamento entre os colegas de trabalho” (SANTOS; TEIXEIRA; CURSINO, 2017, p.3).

Nesse contexto, considera-se a educação permanente como uma oportunidade para viabilizar mudanças, trazendo à tona reflexões sobre a realidade e ainda favorecendo a troca de experiências que levará ao maior conhecimento individual e coletivo (SANTOS; TEIXEIRA; CURSINO, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

4.4 A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA REPRESENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS

No decorrer do processo de trabalho dos profissionais da APS, eles se utilizam de tecnologias para produzir saúde. De acordo com Merhy, essas tecnologias se dividem em: duras, leve-duras e leves. Nesse contexto, a educação permanente se insere como forma de tecnologia leve-dura por estar correlacionada aos saberes que operam o processo de trabalho em saúde, e a inserção da educação permanente no decorrer do processo de trabalho permite uma transformação das práticas de saúde (MERHY *et al.*, 2016; VARGAS; CAMPOS, 2017; LEMOS, 2016).

Neste sentido, esta categoria traz as representações dos enfermeiros sobre o significado da educação permanente e a forma como estes a desenvolvem para os ACSs,

buscando compreender o conhecimento destes profissionais. A seguir, é evidenciado nos discursos que os mesmos entendem como sendo educação permanente o processo que é desenvolvido com base em um problema detectado ou mediante assuntos novos do momento, sendo realizada constantemente a partir das necessidades pertinentes ao trabalho de cada um:

ENF 08: *“Eu acho que é trazer para eles todas as novidades pertinentes ao trabalho deles [...] quando surgem casos novos de doenças, eles têm que ser participativos e participar disso também, porque, de uma forma ou de outra, eles estão envolvidos, eles estão dentro da casa das pessoas, né”.*

ENF 09: *“É aquilo que tanto você trabalha os assuntos do momento como [...] orientação que a gente vai estar dando nas reuniões de equipe [...]. A gente lança o assunto, faz os comentários, já aproveita e tira dúvidas, já aproveita e pede para eles estarem fazendo as buscas [...]”.*

ENF 11: *“O próprio nome diz educação permanente não é uma coisa pontual, deveria ser uma coisa constante sobre temas voltados à realidade de cada um, [...]”.*

ENF 13: *“A educação permanente é aquela que você faz ao longo da vida profissional, você também faz educação baseada nos problemas que você detecta individualmente e também você faz educação permanente baseado em fatores epidemiológicos e o fator epidemiológico muda muito e você tem que estar capacitando. Ano passado, por exemplo, a gente teve surto de conjuntivite e o agente de saúde ele é um importante na prevenção, ele pode orientar nesses cuidados básicos para a prevenção de conjuntivite, [...] então você precisa estar constantemente capacitando esse agente comunitário”.*

ENF 15: *“Tem uma diferença de educação continuada para educação permanente [...]. A educação continuada é aquela que você faz esporadicamente alguns cursos, você debate. A permanente ela é o dia todo, é o tempo todo, é no serviço, é nas ações que você faz, então é você educar mesmo, é você mudar paradigmas, é você estar sempre se reciclando, eu entendo dessa forma”.*

ENF 16: *“É aquela coisa, né, fica martelando, martelando, repetindo, questionando, insistindo, elogiando caso você veja que a pessoa está indo para um caminho legal, que está indo dentro de uma proposta, né, eu penso que é isso persistir, não acomodar”.*

ENF 17: *“Educação permanente é um trabalho que a gente desenvolve sistematicamente, acontece assim um episódio de um problema que a gente tem que melhorar, a gente trabalha dentro daquilo ali, [...] é um processo permanente, a gente está sempre mudando, está sempre vendo o que precisa ser feito, o que está bom, o que não está e a gente assim vai evoluindo”.*

ENF 18: *“Educação permanente é você estar atualizando de tempos em tempos os assuntos que são pertinentes ao nosso trabalho, e isso é fundamental para que o trabalho funcione com qualidade”.*

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente (Pneps), a educação permanente é uma das modalidades da Educação em Saúde, sendo formada também pela educação continuada. A diferença entre as duas modalidades de educação se dá pelo período

de execução entre as mesmas e a forma como são realizadas, tendo a educação continuada um período definido para o término, versando de métodos como a realização de uma pós-graduação para se capacitar. Já a educação permanente é compreendida como um método de aprendizagem no trabalho, em que a base do processo é o questionamento sobre as práticas profissionais, partido de uma situação que exija mudança, transformação ou superação no local de trabalho (BRASIL, 2018c; SILVA; MATOS; FRANÇA, 2017).

Nesse sentido, as representações dos entrevistados estão de acordo com o que a Pneps e outros estudos trazem, no quesito de se realizar a educação permanente voltada para o processo de trabalho, não sendo uma educação pontual conforme é a educação continuada. Embora a grande maioria dos entrevistados tenha demonstrado saber o que é a educação permanente, para o entrevistado ENF 10, o conceito de educação permanente se confunde com o de educação continuada, podendo ser este um dificultador para que a atividade seja desenvolvida:

ENF 10: *“Educação permanente é aquela que permanece sempre, né, é uma educação continuada que tem que fazer sempre um treinamento”.*

No que diz respeito à realização da educação permanente na APS segundo o catálogo de normas da atenção primária à saúde de Juiz de fora (2016), os profissionais integrantes das equipes de ESF deverão cumprir 40 horas semanais de jornada de trabalho, sendo divididas em 32 horas assistenciais e 8 horas de atividade de qualificação profissional. Composto as horas semanais definidas como atividades de qualificação profissional, deverão ser cumpridas duas horas semanais dentro da UBS de origem, às quintas-feiras, de 15h às 17h, sendo este horário configurado como horário protegido para o desenvolvimento da educação permanente conforme a Portaria MS/GM 1996/2009, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Frente ao questionamento sobre a realização da educação permanente voltada para os ACSs, os enfermeiros construíram representações de que essas atividades são realizadas no dia a dia, a partir dos problemas que são encontrados, sendo em comum por todos, as quintas-feiras, das 15h às 17h, como dia e horário oficial para a realização de reuniões de equipe e as educações permanentes.

ENF 03: *“É na quinta feira, que a gente tem um tempo para isso das 15h às 17h, a gente fecha a unidade às 15h e acaba fazendo esse serviço e que pode ser melhor até, mas a gente usa esse momento”.*

ENF 05: *“O horário oficial é toda quinta-feira, no horário das 15h às 17h, a unidade é fechada, então eu tenho que fazer no grupo todo de diversas formas,*

dependendo do assunto e da forma, também tem que ter inspiração para isso. Às vezes, distribuição de textos com leituras, discussões em grupo, também com levantamento de problemas e discussões a partir deles [...]. Além disso, no horário das 7h até as 8h da manhã, é o horário que todos os agentes de saúde estão na unidade aqui eles só vêm, e esse horário eu chego e em geral eu abordo alguns assuntos que eles estão precisando mais, é claro que eu tenho diversas coisas, mas, pelo menos uma vez por semana, eu desço até a sala deles e a gente conversa a respeito de diversos assuntos. De organização, buscas, de utilização de novos instrumentos também, então é assim que tem acontecido [...]”.

ENF 06: *“A gente faz nesse horário protegido toda quinta-feira, ali naquele quadrinho a gente tem as nossas organizações das quintas-feiras, então sempre, na primeira quinta do mês, a gente faz reunião de equipe, então a gente senta com os agentes, pergunta para eles o que teve assim: apareceu gestante? Nasceu crianças? Apareceu alguma pessoa que queira estar inserida no grupo de tabagismo? Grupo de direitos reprodutivos? Aí a gente faz uma abordagem sobre esses temas, sempre na primeira quinta do mês, sempre em reunião com todos, fazendo essa abordagem”.*

ENF 07: *“[...] quando tem alguma capacitação para nós, a gente tenta passar para eles todas às vezes, algum assunto novo que acontece, algum assunto deles mesmo que gera essa dúvida, às vezes a demanda deles também que trazem para a gente. A gente tem aqui um horário protegido, que é sempre às quintas-feiras, à tarde, e a gente mantém esse horário para reuniões de equipe, para conversar com eles, para buscar sanar essas dúvidas e passar algum tema de relevância para eles”.*

Embora alguns enfermeiros relatem a garantia de um horário protegido para o desenvolvimento das educações, identificou-se nesta pesquisa que há também profissionais que não utilizam esse tempo para tal finalidade, justificando tal ação pela necessidade de atendimento a outras demandas.

ENF 01: *“Aqui não é uma coisa direta, é uma coisa automática na rotina, tipo a gente tem reuniões de equipe, então todas as atualizações, todas as mudanças que acontecem eu passo nas reuniões, tanto de equipe quanto da unidade, por ser gerente, eu também me responsabilizo por todos eles [...] sempre que há uma mudança, eu repasso para eles, mas não é uma coisa assim: eu tenho um momento para isso [...] é uma coisa de rotina”.*

ENF 11: *“Constantemente, a verdade é que eu não tenho tempo para fazer uma reunião de educação permanente e de educação continuada com os agentes, então à medida que vão aparecendo as necessidades, [...] eu sento com eles e passo para eles, isso também com os auxiliares de enfermagem. [...] então isso aí é assim, é continuo mesmo, é continuo e assim eu não tenho que marcar uma hora para falar exclusivamente sobre isso, [...] então é um trabalho contínuo mesmo, agora, se eu tenho que falar de um tema específico, aí sim eu marco e falo de um tema específico [...]”.*

Outros ainda relatam não desenvolver tal atividade. ENF 10 considera essa atividade função do gerente da unidade em específico. Já para ENF 16, a não realização se dá devido ao desconhecimento de como realizar, por ter pouco tempo de trabalho e experiência na unidade.

ENF 10: “*Eu não desenvolvo, normalmente é o gerente que faz em reunião uma vez por semana e orienta o que vai fazer e o que não vai fazer, é de acordo com a necessidade do posto*”.

ENF 16: “*Eu não desenvolvo, eu penso que não, justamente porque eu ainda estou aprendendo como lidar com isso [...] eu acho que a gente leva desvantagem nisso por ser de contrato, não importa quanto tempo você tenha de experiência, nessa ou naquela área, o que importa é que você está chegando agora e o trem está andando, [...] se fez ou não fez, vão fazer desse jeito que tá, ninguém te ensina nada, estou aprendendo porque estou buscando, então eu não faço isso, ou faço e não sei que estou fazendo*”.

No horizonte da compreensão dos profissionais acerca da educação permanente, há que se considerar que a maioria sabe o que é e a realiza, mesmo com alguns dificultadores. Apenas um participante apresentou um conceito que se confunde com a educação continuada, podendo ser este o motivo da não realização dessa prática em seu cotidiano assistencial.

4.5 A EDUCAÇÃO PERMANENTE DO ACS PARA AS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO: REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS

As ações de tabagismo que competem aos ACSs realizar, segundo o Ministério da Saúde, são ações consideradas breves/mínimas, que têm como base motivar o usuário a parar de fumar. Esses profissionais são peças-chave para o reconhecimento dos usuários tabagistas na população adscrita, além de aconselhar, preparar e acompanhar esses usuários, servindo como mediadores do processo, com a criação de vínculos entre a equipe e a comunidade (PORTES *et.al*, 2014; FERREIRA *et al.*, 2019). Esta categoria trouxe as representações dos enfermeiros sobre a realização da educação permanente dos ACSs para as ações do tabagismo, conforme as falas a seguir:

ENF 01: “*Já tem muito tempo que eu não faço isso, tanto é que nosso grupo está parado, não tem grupo, eu tenho feito abordagem individual, então assim tem a semana contra o tabagismo, aí nessa semana, eu peço elas para tá fazendo atividades voltadas para isso com a população, nas visitas, e uma sala de espera para mim, mas assim, eu passar para eles não tem isso não, eles fizeram um curso, deve ter uns dois anos atrás focado nisso, lá no Secoptt*”.

ENF 02: “*Nunca fiz nada assim específico do tabagismo, de educação permanente com eles não [...] eu acho que é uma falha nossa, porque a gente sabe que o tabagismo é um problema de saúde pública, mas está tão presente no nosso meio que a gente acaba deixando muito por conta de um grupo, grupos de tabagismo, num atendimento individualizado. Mas assim eu sempre tento abordar esse tema nas minhas consultas com os usuários e com os agentes também, quando eu vou falar de algum tema, se o tabagismo ele é importante como prevenção de alguma doença, eu tento colocar aquilo para eles também. [...], mas não fiz nada assim específico de tabagismo ainda, porque tem sete meses que estou aqui e não consegui ainda fazer, mas eu sempre tento colocar [...] entre os meus agentes comunitários, nem tem*”.

fumante. Então é uma coisa que a gente acaba assim [...] nem abordando tanto, coloca mais essa visão do outro, do usuário, da importância de estar falando sobre os prejuízos do tabagismo”.

ENF 04: *“Com relação ao tabagismo especificamente, nós já tivemos, é que os médicos vão mudando [...], cada médico trabalha de um jeito, tem um que é mais interessado na questão do tabagismo, tem outros que não, [...] hoje os médicos que nós temos aqui eles não têm a capacitação com relação ao tabagismo lá do Secoptt [...] os agentes até demonstram uma preocupação [...]. Eles já tiveram cursos com relação ao tabagismo, eles têm um conhecimento bacana em relação a isso, né, e tem a questão prática também, que nós já fizemos alguns grupos de tabagismo [...]”*

ENF 06: *“Com relação ao tabagismo [...], a gente vê se houve mudança com relação à medicação, com a abordagem, até porque a gente precisa passar e falar a mesma língua o tempo todo [...]. A gente tem até um grupo no WhatsApp que às vezes a educação permanente não acontece só nas quintas-feiras, à tarde, e aí a gente discute, se tem uma dúvida como o usuário está sentindo isso, isso e isso com o adesivo é normal? Foi o que aconteceu semana passada, a gente teve lá o médico para responder, o enfermeiro para responder, então é a todo momento”.*

ENF 13: *“Olha eu já trabalhei bastante com tabagismo, já envolvi bastante os agentes, mas, no momento, a gente não está trabalhando, já tem uns seis meses que o grupo está suspenso, porque a gente teve alguns problemas, em questão de gerenciamento mesmo do Secoptt, que é responsável pela dispensação de medicamentos, insumos e tudo mais. Então o grupo em si não está sendo feito, e os agentes de saúde receberam também capacitação pelo Secoptt do centro de tratamento contra o tabagismo e, aqui na unidade, atualmente, eu não tenho feito capacitação para eles não, mas tem uns quatro anos atrás, eu até sentei, fiz capacitação para eles abordarem minimamente o tabagista em casa, nas visitas domiciliares, até para eles fazerem um trabalho epidemiológico para ver a prevalência de tabagismo na microárea, mas foi uma coisa que acabou não indo para frente porque você tem tantos braços na atenção primária e você tem cobrança de coisas que, digamos assim, que são mais exigidas ou mais prioritárias para a Secretária de Saúde que o tabagismo. Ele não está, digamos assim, nesse ponto prioritário para a Secretária de Saúde nesse momento. Então tem o plano diretor que cobra, por exemplo, as metas de saúde da gestante, da criança, do hipertenso, do diabético e o controle em si do tabagismo. Embora esteja inserido nesse grupo, ele ainda não é muito bem visualizado neste ponto, então acho que essa falta de estabelecimento de prioridade das ações de tabagismo ele dificulta um pouco você fazer educação nesse sentido para os agentes”.*

ENF 15: *“Eu gostaria de acrescentar que uma das grandes dificuldades que a gente tem aqui em relação ao grupo de tabagismo é a não adesão dos médicos, então é muito complicado [...] também a adesão dos enfermeiros ela é muito difícil, de uma forma geral, a adesão dos profissionais ao grupo de tabagismo é bem complexa. Às vezes o usuário nos procura e a gente tenta montar o grupo, mas aí começa a esbarrar em algumas questões e a coisa não vai para frente. Então isso aí é um fator que está dificultando muito, tem médicos que têm capacitação que não querem fazer, assim como também tem enfermeiros que têm a capacitação e não querem fazer. Eu não sei se essa é uma resposta recorrente que você tem em outros locais, mas aqui é muito, a gente já teve reuniões, as meninas lá cobram da gente, mas é muito complicado”.*

Nas representações construídas a partir das falas dos profissionais, nota-se uma inquietação para que sejam desenvolvidas as ações de combate ao tabagismo, seja através de grupos, seja por abordagens individuais. Entretanto, a falta de capacitação de alguns profissionais que atuam nas UBSs, como, por exemplo, daqueles que realizam consultas, é

apontada como dificultador e desmotivador, refletindo no trabalho do enfermeiro e impactando a capacitação dos ACSs. Além desse obstáculo, a rotatividade de profissionais nas UBSs e a falta de comprometimento com as questões que envolvem o tabagismo são preocupantes ao olhar dos enfermeiros.

Ao apontarem ações que vêm sendo desenvolvidas nas unidades básicas, como abordagem individual, por exemplo, mesmo que em proporção inferior ao que acreditam ser necessário para favorecer o vínculo com o usuário e conseguir a adesão por parte deste às prescrições para o abandono do tabagismo, o enfermeiro demonstra acreditar que é possível realizar capacitações aos ACSs para atuarem em conjunto nas ações de combate ao tabagismo.

No entanto, vale ressaltar que ações que são preconizadas pelo Ministério da Saúde para o combate ao tabagismo não devem ser lembradas esporadicamente ou apenas no momento de se realizarem grupos que envolvam doenças cujo fator de risco seja o tabagismo, como colocado por ENF 02. Ao fazer isso, o profissional valoriza as demais patologias, seguindo um modelo tradicional de assistência, desassociando as ações de promoção da saúde (PORTES *et al.*, 2014).

A representação a seguir retrata a maneira como os ACSs têm trabalhado nas UBSs e como acontece a educação permanente voltada para esses profissionais, para o desenvolvimento de ações de combate ao tabagismo:

ENF 05: *“Tem na nossa programação semanal, um horário destinado à educação permanente, que, no caso, é a supervisão geral, os enfermeiros e os líderes de equipe e eu sempre trabalho com eles, mas aí é uma questão bem geral e não específica, dos assuntos que estão acontecendo, é mais multiprofissional e tem o momento de períodos que eles se deslocam até algum determinado ponto da instituição para fazer algumas capacitações. Ano passado, teve sobre tabagismo no mês de agosto, todos aqui foram convocados a comparecer. Foi isso aí a convocação no mês de agosto, para todos os agentes de saúde e eu não percebi diferença depois [...]. Eu acho que ainda tem muita dificuldade do agente de saúde aqui de entender qual é a função dele e, sempre que você fala que determinada coisa é função, eles retrucam que não, e mesmo aquilo que eles já entenderam que é função está baixa”.*

ENF 09: *“Já teve treinamento para eles, não nosso aqui, foi cursos, na época, nem foi obrigatório. Então a gente pediu para um representante de cada equipe fazer a multiplicação para os demais, aqui conosco a única coisa que a gente tem feito é pedido a eles que façam a busca ativa dos pacientes quando a doutora que é responsável pelo grupo de tabagismo vai iniciar um novo grupo, a gente só orienta para dar prioridade, porque muitos querem, mas alguns não continuam. Então eu sempre converso com eles para dar prioridade para aqueles que vocês verem que estão comprometidos ou que são hipertensos. Porque a gente não tem todo dia abrindo um grupo, então a gente sempre conversa dessa forma com eles. Agora um treinamento de tabagismo, a capacitação de tabagismo que eles fizeram não foi aqui, foi a nível de prefeitura”.*

ENF 12: “No momento, a gente está mais acompanhando os clientes, faz agendamento. Quando tem alguma modificação no protocolo municipal, [...] é informado para nós, mas teve uma boa capacitação para todos os funcionários com vários grupos porque são muitos funcionários, na Escola de Governo e, se eu não me engano, os agentes foram contemplados também, teve uma atualização, em Juiz de Fora, chama Secoptt. Teve certificado [...] não me lembro se foi em 2017 ou início de 2018, e não foi uma novidade, foi um remember assim, uma atualização, até para estimular mesmo as equipes a fazerem a busca ativa, oferecer o serviço. Mas o grupo aqui na nossa unidade é muito efetivo, está sendo realizado pela assistente social no momento, porque a gente divide tarefas, [...] no momento, a participação é só dela, mas a gente atende às demandas do enfermeiro que surge ali fatalmente, as demandas do médico, do farmacêutico, a gente otimiza, aproveita a presença do cliente aqui nas reuniões e dali já sai a demanda das outras categorias”.

ENF 21: “Então, essa questão do tabagismo eles tiveram curso, tem alguns que não têm, mas aí quem faz esse curso é o Secoptt. O Secoptt oferece o treinamento profissional e aí, a partir do treinamento profissional, a gente executa o grupo aqui, então aqui, na unidade, a maioria dos profissionais já fizeram o treinamento profissional do Secoptt para poder desenvolver o grupo aqui conforme o Secoptt orienta, conforme o Ministério orienta número de sessões, como é a abordagem inicial, então todo mundo faz. E aí a questão da educação permanente aqui dentro é mais assim sala de espera, visita domiciliar informando que vai ter o grupo, a importância. Elas captam a pessoa que necessita de parar de fumar ou que quer parar, então tem essa troca, elas trazem para a gente as pessoas, a gente também tem um caderno na unidade que a gente anota o nome das pessoas que têm interesse em participar do grupo, é mais ou menos assim [...] o agente de saúde participa do grupo, mas quem conduz é a equipe técnica, então, sempre com a condução da equipe técnica, tem o agente acompanhando”.

As ações de combate ao tabagismo realizadas pelos ACSs segundo ENF 21 estão interligadas à realização de salas de espera, visitas domiciliares, com os agendamentos dos grupos de tabagismo e a realização da busca ativa de usuários que tenham interesse em parar de fumar.

No que diz respeito aos enfermeiros estarem desenvolvendo a educação permanente em prol da cessação do hábito de fumar juntamente com os ACSs, estes relatam que não as desenvolvem especificamente para a temática. Embora tenham demonstrado que compreendem a proposta da educação permanente, atribuem a funcionalidade dessa capacitação exclusivamente a outro setor, neste caso, o Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Secretaria de Saúde (SECOPTT).

Outro fator relevante é a avaliação controversa que fazem em relação a terem os ACSs como parte da equipe multiprofissional. ENF 8 e ENF 10 representaram anteriormente a importância de os ACSs serem o elo entre a equipe e a comunidade, porém, ao discursarem sobre a educação permanente para que esses profissionais possam desenvolver melhor o que é proposto pelo Ministério da Saúde diante de suas competências, não reconhecem esses profissionais como integrantes da equipe para desenvolver as funções preconizadas. Para ENF 8, é necessário ter sigilo das informações e ENF 10 considera que não é produtor que se

desenvolva educação permanente para os ACSs sobre o tabagismo devido ao grau de instrução destes.

ENF 08: *“Eles não têm, igual estou te falando, eles não têm uma educação permanente fora daqui, a gente só passa algumas coisas para eles, mas eles não participam de reuniões de tabagismo, por conta também do sigilo, né”.*

ENF 10: *“Como eu já te falei, não pode, não faz parte da equipe. Vocês estão querendo fazer uma coisa que não pode e inclusive pelo Ministério da Saúde. [...]Eles são agentes de intercâmbio, [...] de intercâmbio entre a população e o posto de saúde, falando com a população o que o posto tem para atender eles, eles fazem a propaganda sim, eles fazem a sala de espera e isso é divulgado sim, eles são capacitados sim da abordagem do usuário para com eles [...] eu acho que a questão do agente participar do grupo de tabagismo eu não acho viável, não é produtora pelo grau de capacidade. Porque o grupo de tabagismo exige curso superior, entendeu, são técnicas cognitivas, não são abordagens, são abordagens cognitivas que nós temos que trabalhar o lado psicológico da pessoa, trabalhar todo esse, se tem agentes em Juiz de Fora que não sabem ler, muito mal escrever, como é que fica uma situação dessa perante a população, o que que ele fala?”*

Observa-se que, de acordo com as falas, alguns entrevistados realizam ou já realizaram ações direcionadas ao tabagismo juntamente com os ACSs, por entenderem a importância da função que esses profissionais exercem na busca e acompanhamento dos usuários. Porém outros demonstram um entendimento confuso do que é proposto pelo Ministério da Saúde sobre os níveis de capacitação para a abordagem do tabagismo.

Em relação ao sigilo profissional, os ACSs são profissionais integrantes da equipe multiprofissional, assim, entende-se que eles fazem parte desse processo e precisam estar interligados às questões de sigilo profissional como qualquer outro membro da equipe. Cabe aos profissionais de nível superior responsáveis pela supervisão destes orientar e promover educação permanente voltada a esse processo quando houver necessidade (JUNGES *et al.*, 2015).

Nesse sentido, nota-se que as representações nesta categoria envolvem aspectos comuns entre os enfermeiros, sendo possível constatar que esses profissionais ancoram as ações em prol da cessação do hábito de fumar, a necessidade de se ter profissionais capacitados, envolvidos e uma gestão participativa que exija retorno da mesma forma que em outros programas trabalhados nas UBSs.

No entanto, ao discursarem sobre o desenvolvimento da educação permanente para os ACSs, as representações revelam aspectos que precisam ser ancorados nas atividades cotidianas, no sentido de desenvolverem educação permanente voltada para a cessação do hábito de fumar, desresponsabilizando o Secoptt de tal função. Faz-se necessário, ainda, oportunizar a compreensão de que os ACSs são membros da equipe multiprofissional e, como

parte integrante, eles precisam ser representados como profissionais capazes de somar às ações que são desenvolvidas.

Sendo assim, observa-se que as representações sociais contidas nesta categoria corroboram os resultados dos estudos de Dias (2011); Portes *et al.* (2014) e Ferreira (2018) anteriormente apresentados. Nota-se que os estudos foram realizados em diferentes épocas no mesmo município, com achados persistentes e que se prolongam até os dias de hoje.

Desse modo, acredita-se que, para que haja um avanço no programa de combate ao tabagismo no município, é necessário que os serviços assistenciais e gerenciais estejam articulados e cientes das questões levantadas. Ambos deverão planejar estratégias favoráveis para as ações em prol da cessação do hábito de fumar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais dos enfermeiros participantes sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo, entendendo como potencial para as ações de fortalecimento do Programa Nacional de Combate ao Tabagismo e para a diminuição de gastos com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), ao se prevenir com a extinção do uso do tabaco.

Com o aprofundamento das questões temáticas, foi possível alcançar o objetivo da pesquisa mediante as representações elaboradas e apresentadas pelos profissionais investigados, que convivem cotidianamente com os ACSs e suas atividades nos serviços de saúde. A aproximação com a Teoria das Representações Sociais permitiu compreender como os enfermeiros representam a educação permanente e as realizam, a partir de suas vivências e realidades.

Os resultados mostraram que, apesar de a política em prol da cessação do hábito de fumar apontar avanços e futura erradicação desse hábito, a realidade da execução apresenta dificuldades pelos profissionais de saúde e, ainda, um distanciamento entre os serviços assistenciais e a gestão administrativa.

Na perspectiva dos enfermeiros deste estudo, as ações de combate ao tabagismo foram aqui representadas como uma difícil atividade a ser desenvolvida, frente ao acúmulo de funções, carência de profissionais qualificados e dispostos a se envolver com as ações propostas e ainda a falta de recursos essenciais para manter os grupos de tabagismo, como a disponibilidade do tratamento medicamentoso.

Com relação às capacitações para os ACSs, a realidade em Juiz de Fora tem como ponto forte capacitar os profissionais para o repasse das informações a eles. Entretanto foi representado pelos enfermeiros que esse repasse não está sendo realizado ou, quando o é, não é suficiente para que os enfermeiros possam contar com mais um profissional na sua unidade de atuação, capaz de somar ações na tentativa de combater ao uso do tabaco.

Logo, verifica-se que a forma como são repassadas as capacitações para os ACSs dependerá de como esses profissionais e enfermeiros representam as ações de combate ao tabagismo e de como estes últimos representam a atuação dos ACSs como sendo parte integrante da equipe multiprofissional.

É oportuno o olhar para as fragilidades representadas pelos enfermeiros neste estudo, porém não devem ser consideradas individualmente quanto a não realização das ações de combate ao tabagismo. Embora as representações evidenciem que tais fragilidades também

são notórias em outros estudos, destaca-se a necessidade de ancoragem pelos enfermeiros em seu cotidiano para a prática de desenvolver educação permanente para a cessação do hábito de fumar.

Sendo assim, ao utilizar a Teoria das Representações Sociais como arcabouço teórico-metodológico, foi possível identificar a necessidade de sistematizar um programa municipal de educação permanente em prol das ações de combate ao tabagismo, com avaliações contínuas, a fim de receber considerações por parte dos profissionais para um constante aprimoramento e atualização, garantindo o acesso a todos os profissionais que atuam na atenção primária à saúde.

Destarte, torna-se fundamental a divulgação dos resultados do estudo, com vistas a publicizar as representações dos profissionais de saúde aos gestores em saúde, para se pensar a necessidade de um plano estratégico de implantação para a resolubilidade das questões identificadas, principalmente no que diz respeito à capacitação dos ACSs.

Como proposta, acredita-se que investir na formação profissional dos ACSs, associando uma formação com metodologias ativas de ensino e ainda versando de conhecimentos técnico-científicos, é essencial para que se tenham práticas adequadas de promoção da saúde.

Reforça-se a utilização do método de Educação Permanente, sendo esta não apenas para os ACSs, mas também para os demais profissionais de saúde, para que estes conheçam o que de fato é proposto pelo Ministério da Saúde e se conscientizem sobre a importância de educar/capacitar os ACSs para as ações de tabagismo, uma vez que são estes que estão na maioria do tempo em contato direto com a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. B. S.; RODRIGUES, J. P.; FREIRE, M. R. Acessibilidade dos usuários ao Programa de Controle do Tabagismo. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 34, p.45-50, julho/dezembro 2013. Disponível em: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/2154/767>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ALMEIDA, Geovana Brandão Santana. **Representações Sociais de usuários e profissionais de serviços básicos de saúde sobre a hipertensão arterial: o discurso do sujeito coletivo**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, M. C.; LOPES, M. B. L. Atuação do Enfermeiro na atenção básica de saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 4, n. 1, p. 169-186, 15 jun. 2019. Disponível em: <http://revista.domalberto.edu.br/index.php/revistadesaudedomalberto/article/view/420>. Acesso em: 24 set. 2019.

AVELAR, Janina Mara de Freitas. **O agente comunitário de Saúde e a Educação Permanente em Saúde**. 2014. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Lagoa Santa, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4314.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S. l.], p. 1-12, 2016. DOI 10.1590/1518-8345.0880.2721. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02721.pdf. Acesso em: 12 mai. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente nos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/22374-ibge-divulga-as-estimativas-de-populacao-dos-municipios-para-2018>. Acesso em: 09 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Convenção-Quadro para o controle do Tabaco**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/convencao_quadro_texto_oficial.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica Operacionalização**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 27 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs)**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Diretrizes para capacitação de agentes comunitários de saúde em linhas de cuidado** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/06/caderno_40.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Exposição o controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. História do Câncer. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/index.php/pt-br/imagens/exposicao-controle-do-tabaco>. Acesso em: 28 abr. 2019.

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. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018 - **Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS**– Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.** Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 05 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória.** Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas Regulamentadora de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 2012b.

CAMPOS, K. F. C; SENA, R. R de; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20160317, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0317.pdf. Acesso em: 05 ago. 2018.

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

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, [S. l.], p. 283-300, 31 out. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>. Acesso em: 11 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº. 580/18. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em 12 maio 2020.

CRUZ, N. F. et al. O desafio de controlar o tabagismo em um hospital universitário. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 63-71, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000300063&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 05 ago. 2018.

DIAS, Hélia Maria Dias. **Programa de controle do tabagismo no município de juiz de fora: a especificidade do tratamento na atenção básica.** 2011. 122 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/helia.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde.** Nescon/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FERREIRA, Luiza Vieira. **Representações Sociais de profissionais de saúde sobre as ações para a cessação do hábito de fumar.** 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/5848/1/luizavieiraferreira.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2018.

FERREIRA, M. C. et al. Protagonismo dos agentes comunitários de saúde no combate ao tabagismo. **Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963**, [S.l.], v. 13, n. 2, p. 371-377, feb. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236443>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FERREIRA, S. R. S. F.; PÉRICO, L. A. D. P.; DIAS, V. R. F. G. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Enferm**, [S. l.], v. 71, n. 1, p. 752-757, 10 dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

FIGUEIREDO, V. C; TURCI, S. R. B.; CAMACHO, L. A. B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 3, e00104917, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2017001500101&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 maio 2020.

FREITAS, Raquel Soares. **Modos de pensar e de fazer: o cuidado de enfermagem à pessoa com HIV/Aids representado pela equipe de enfermagem**. 2014. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=6650. Acesso em: 20 jun. 2019.

GALIL, Arise Garcia de Siqueira. **Influência do uso do Tabaco em população com múltiplas condições crônicas**. 2016. 216 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/3695/1/arisegarciadesiqueiragalil.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

INCA. Brasil quer ser primeiro país do mundo livre do tabaco. Instituto Nacional do Câncer, 29 jul.2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/brasil-quer-ser-primeiro-pais-do-mundo-livre-do-tabaco>. Acesso em: 03 nov. 2019

INCA. Tabagismo. Instituto Nacional do Câncer, 01 abr. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo>. Acesso em: 24 jun. 2020.

JUIZ DE FORA, Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde**. Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães, Cláudia Rocha Franco, Ana Paula Brandão Costa. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

JUIZ DE FORA, Prefeitura. Secretaria de Saúde. **Catálogo de Normas da Atenção Primária**. Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde. Thiago Augusto Campos Horta (Org.). Funalfa, p.112, Juiz de Fora, 2016. Disponível em: https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/normas_apsjf_2016.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

JUNGES, J. R. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Rev. bioét.**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 200-206, 27 fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0200.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 557-563, 29 nov. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a14.pdf>. Acesso em: 24 set. 2019.

LEMOS, C. L. S. L. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Temas livres free themes**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, ed. 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2019.

LOPES, Gleicielle Gabriel; VIEIRA, Jucimara Gomes; MOURA, Stefanni Roberto. **A importância da capacitação do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro frente a potencialização da ação quanto ao câncer de mama: avaliando o conhecimento adquirido após ação educativa**. 2017. 72 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem) - Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins- SP, 2017. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61026.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MENEZES, Carolina Alves Matos de. **Representações sociais de tabagistas sobre a recidiva ao tabagismo: uma pesquisa convergente assistencial**. 2018.96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/7122/1/carolinaalvesmatosdemenezes.pdf>. Acesso em: 09 set. 2018.

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

MERHY, Emerson Elias *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016. 448 p. 1. ISBN 978-85-629-8719-9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nacional da Atenção Básica, nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 maio 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p. (Saúde em debate; 46). ISBN 9788527101813.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A. F.. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 261-274, setembro 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2019.

MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais: investigações em psicologia social / Serge Moscovici; editado em inglês por Gerard Duveen; traduzido do inglês por Pedrinho A. Graeschi. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOURA, Paulo Henrique Tolentino. **Tabagismo: os desafios de manter um programa de controle de tabagismo na estratégia saúde da família acácias no município de Montes Claros- Minas Gerais**. 2015. 42 p. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros- MG, 2015. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Tabagismo_os_desafios_de_manter.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

MOREIRA, N. X. et.al. Representações sociais e a interface com a assistência social brasileira: evidências e sinergias. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas, 2017, Maranhão. **Anais [...]** Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2017, p 1-7. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/representacoessociaiseainterfacecomaassistenciasocialbrasileiraeevidenciasesynergias.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

NUNES , S. O. V; CASTRO , M. R. P. de. **Tabagismo: Abordagem, Prevenção e Tratamento**. Londrina: Eduel, 2011. 224 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/sj9xk/pdf/nunes-9788572166751.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Editora Pioneira; 2004.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão**. 8 ed. São Paulo: Edusp; 2008.

OLIVEIRA, M. G. et al. Educação a distância como recurso para capacitação de Agentes Comunitários de Saúde para intervenções preventivas relacionadas ao álcool e outras drogas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 13, n. 1, mar. 2019. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1593>. Acesso em: 31 maio 2020.

PELLEGRINI, L. Tabaco: História de um vício mortal. **Revista Planeta**, 2017, 18 out. 2017. Disponível em: <https://www.revistaplaneta.com.br/tabaco-historia-de-um-vicio-mortal/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, junho, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun.2019.

PORTES, Leonardo Henriques. **A política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016: contexto, trajetória e desafios**. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

PORTES, L. H. et al. **Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-448, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00439.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

PORTES, L. H. et al. **A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23(6):1837-1848, 28 fev.2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf> . Acesso em: 28 abr. 2019.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde. **Comunicação saúde educação**, Fortaleza, v. 18, ed. 2, p. 1199-1210, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1199.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. 2004: [s. n.], 2004. Disponível em: <http://sites.uem.br/tabagismo/livros-e-arquivos-texto/nicotina-droga-universal>. Acesso em: 20 abr. 2019

ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. **Educação em saúde: significado e práxis**, Esc Anna Nery, v. 15, ed. 4, p. 701-709, 10 set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a07v15n4>. Acesso em: 27 set. 2019.

SALUM, N. C.; PRADO, M. L. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 301-308, junho, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000200301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 jun. 2019.

SANTOS, G. T.; DIAS, J. M. B. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. **Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, p. 173-187, 1 jul. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SANTOS, R. O. J. F. L.; TEIXEIRA, E. R.; CURSINO, E. G. Estudo sobre as relações humanas interpessoais de trabalho entre os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, p. 1-6, 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/947777/26393-105532-1-pb.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

SANTOS, V. T.; ICHIKAWA, E.Y. Representações sociais, história e memória: possíveis contribuições para os estudos organizacionais. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade [S. l.]**, p. 2213-2231, 2018. Disponível em:

<https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2261/1271>. Acesso em: 18 jun. 2019.

SECOPTT. **Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo**. Secretaria de Saúde. Unidades que realizaram o Tratamento do Tabagismo em 2017. Juiz de Fora (MG). 2018.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F.P. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: série Educação a Distância, 2009. 120 p.

SILVA, K. L.; MATOS, J. A. V.; FRANÇA, B. D. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, ed. 4, p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf. Acesso em: 28 out. 2019.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 228-237, 23 set. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11234/6071>. Acesso em: 28 out. 2019.

SCHOPENHAUER, Arthur. **Sobre a filosofia e seu método**. Organização e tradução de Flamarion Caldeira Ramos. - São Paulo: Hedra, 2010.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. C. Tecnologias aplicadas à saúde: contribuições para o debate sobre o subfinanciamento do sistema público. **V Colóquio Interdisciplinar em Cognição e Linguagem**, [s. l.], v. 1, ed. 1, p. 45-55, 29 dez. 2017. Disponível em: <http://coloquio.srvroot.com/vcoloquio/index.php/vcoloquio>. Acesso em: 25 nov. 2019.

APÊNDICE A – Roteiro Semiestruturado



ROTEIRO SEMIESTRUTURADO



I - Identificação

Entrevista nº:

Codinome:

Data:

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
DN:	Idade:	Gênero:
Cor da pele: () Branco () Preto () Pardo () Outra/Especificar:		
Especialização: () Não () Sim. Qual?		Tempo de Serviço na Unidade:

II – Roteiro para entrevista

- 1- Conte para mim como é o seu trabalho na UBS.
- 2- Como você vê a atuação dos agentes comunitários de saúde como integrantes da equipe multiprofissional na UBS?
- 3- Você acha que o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde tem sido eficaz apenas com os cursos obrigatórios de capacitação no início da sua formação?
- 4- O que você compreende como sendo educação permanente?
- 5- Como você desenvolve a educação permanente dos agentes comunitários que atuam na UBS?
- 6- Me conte como é desenvolvida a educação permanente dos ACS a respeito da abordagem voltada para o combate ao tabagismo.
- 7- Você gostaria de me falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE DIRECIONADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é pelo fato do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ser o responsável pela busca ativa dos usuários para que estes participem das ações voltadas para a promoção da saúde como os grupos para a cessação do tabagismo e por muitas vezes não se sentirem preparados para desenvolver tal ação. Nesta pesquisa pretendemos conhecer as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo e analisar as representações sociais dos enfermeiros sobre a educação permanente direcionada aos agentes comunitários de saúde nas ações de combate ao tabagismo.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: entrevistas individuais gravadas em mídia eletrônica seguindo um roteiro de perguntas semiestruturadas a respeito do tema a ser pesquisado. Cabe ressaltar que buscarei na UAPS um local apropriado, mantendo a privacidade para o desenvolvimento da entrevista. Esta pesquisa possui alguns riscos considerados mínimos como por exemplo, o desconforto ao discursar sobre assuntos profissionais que possam envolver seu cotidiano de trabalho, sentindo-se constrangido diante de algum questionamento ao relatar algum fato pessoal. Por esse motivo, caso seja percebido ou relatado incômodos ou constrangimentos, será indicado ao participante encerrar a entrevista. A pesquisa poderá ajudar a gerar novos conhecimentos e propostas de ações ao se levantar questionamentos a partir das representações sociais dos enfermeiros sobre a importância de se pensar na educação permanente para os Agentes comunitários de saúde, em prol do combate ao tabagismo.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

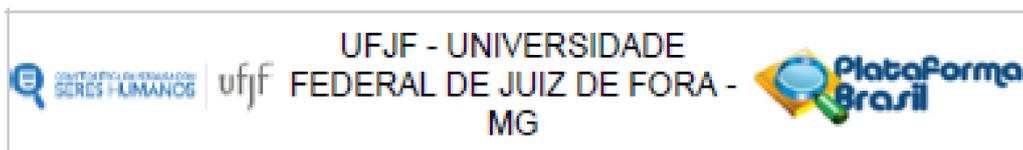
Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Geovana Brandão Santana Almeida
Campus Universitário da UFJF- Rua José Lourenço Kelmer, s/n Campus Universitário – CCS - São Pedro – Juiz de Fora – MG.
Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Enfermagem/ Departamento de Enfermagem Aplicada (EAP)
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102-3821 - 2102-3279
E-mail: geovanabrando@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE DIRECIONADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO

Pesquisador: GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05329318.3.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.132.551

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 3.132.981

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 03/04/2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

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

Continuação do Parecer: 3.132.581

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1261613.pdf	03/01/2019 15:31:37		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/01/2019 15:26:13	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO.pdf	26/12/2018 15:08:18	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Outros	CURRICULOPEQUISADOR2.pdf	21/12/2018 09:27:11	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Outros	CURRICULOPEQUISADOR.pdf	21/12/2018 09:26:16	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Folha de Rosto	folhadeRosto.pdf	19/12/2018 13:28:01	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Outros	ROTEIRO.pdf	19/12/2018 13:24:56	Mila Cristian Ferrelra	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.jpeg	19/12/2018 13:19:34	Mila Cristian Ferrelra	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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



ufjf

UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Projeto: 3.132.551

JUIZ DE FORA, 05 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

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

ANEXO B – Autorização e Declaração de Infraestrutura da Unidade de Saúde



Declaração

Eu, Thiago Augusto Campos Horta, na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**Representações Sociais dos Enfermeiros sobre a Educação Permanente Direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde nas Ações de Combate ao Tabagismo**" a ser conduzida sob a responsabilidade da Professora Orientadora Geovana Brandão Santana Almeida e pela Pesquisadora Mila Cristian Ferreira no município de Juiz de Fora e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que AUTORIZAMOS a divulgação do nome do município de Juiz de Fora no relatório de pesquisa e publicações científicas.

Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

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

Juiz de Fora, 14 de dezembro de 2018.

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde

Recebido em: ____ / ____ / ____	
Nome:	CPF:
Instituição:	
E-mail:	Telefone:
Assinatura:	

ANEXO C – Folha de Rosto



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ENFERMEIROS SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE DIRECIONADA AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NAS AÇÕES DE COMBATE AO TABAGISMO

2. Número de Participantes da Pesquisa: **22**

3. Área Temática:

4. Área do Conhecimento:
 Grande Área 4. Ciências da Saúde

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

5. Nome:
GEOVANA BRANDÃO SANTANA ALMEIDA

6. CPF:
997.949.937-00

7. Endereço (Rua, n.º):
MINISTRO AMARILIO LOPES SALGADO CASCATINHA 215/501 JUIZ DE FORA MINAS GERAIS 36033290

8. Nacionalidade:
BRASILEIRO

9. Telefone:
(32) 3215-6097

10. Outro Telefone:

11. Email:
geovanabrandao@yahoo.com.br

Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do paramProjeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao paramProjeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.

Data: **21, 11, 2018**

Geovana Brandão S. Almeida
 ENFERMEIRA (PROF) UFJF
 COREN-MG 75420

Assinatura

INSTITUIÇÃO PROPONENTE

12. Nome:
Universidade Federal de Juiz de Fora UFJF

13. CNPJ:

14. Unidade/Orgão:
Faculdade de Enfermagem

15. Telefone:
(32) 2102-3788

16. Outro Telefone:

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Responsável: **Marcelo de Jesus Alves** CPF: **955 724 807 87**

Cargo/Função: **Analista de Gestão**

Data: **21, 11, 18**

Marcelo Alves
 Assinatura

PATROCINADOR PRINCIPAL

Prof. Dr. Marcelo Silva Alves
 Diretor da FACENF-UFJF
 COREN MG 70.894

Não se aplica.