

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KAMILA RESTELATTO

**PARA ALÉM DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA FUMANTE: UMA
EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS -
SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2019

KAMILA RESTELATTO

**PARA ALÉM DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA FUMANTE: UMA
EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS -
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família, da
Universidade Federal de Santa Catarina, como
requisito parcial para a obtenção do título
especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliana Elisabeth Diehl

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2019

KAMILA RESTELATTO

**PARA ALÉM DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA FUMANTE: UMA
EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS -
SANTA CATARINA**

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Eliana Elisabeth Diehl – Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Jussara Gue Martini – Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi – Examinadora
Universidade Federal de Santa Catarina

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

Este trabalho de conclusão de residência, escrito em forma de artigo, foi elaborado segundo as normas da Revista Saúde em Debate

Categoria: Relato de Experiência (5.000 palavras)

ISSN *versão online*: 2358-2898

Qualis Periódicos CAPES: B1 (Educação; Interdisciplinar); B2 (Saúde Coletiva)

Fator de Impacto: 0,2471 (Scielo)

RESUMO

Este relato de experiência tem como objetivo descrever e refletir sobre a construção de um serviço de atenção à pessoa fumante proposto em uma unidade básica de saúde de Florianópolis – Santa Catarina. O recorte de escrita fez-se através do olhar e experiência de uma residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis. Destacaram-se os diversos temas que perpassaram os momentos de discussões interprofissionais, nos espaços intra e extramuros do serviço de saúde, buscando compreender como a construção coletiva e reflexiva para aprimoramento de um serviço de atenção à pessoa fumante pode contribuir para a consolidação da Política Nacional de Controle ao Tabaco, entendendo-a como uma política intersetorial. Os diálogos propostos nesse trabalho constroem-se na tentativa de explorar as limitações e potencialidades presentes na (re)estruturação do serviço descrito, sendo que a potencialidade do espaço se deu na dinamicidade que se organizou.

Palavras-chave: Produtos do Tabaco; Abandono do Uso de Tabaco; Atenção Primária à Saúde; Colaboração Intersetorial.

ABSTRACT

This report of experience, aims to describe and reflect on the construction of a attention service for the smoker proposed in a basic health unit of Florianópolis - Santa Catarina. The writing cut was made through the look and experience of a resident of the Multiprofessional Residency in Family Health of the Federal University of Santa Catarina in partnership with the Florianópolis City Hall. It was highlighted the various themes that permeated the moments of interprofessional discussions, in the spaces inside and outside the health service, seeking to understand how the collective and reflexive construction to improve a care service to the smoker can contribute to the consolidation of the National Tobacco Control Policy, understanding it as an intersectoral policy. The dialogues proposed in this work are built in an attempt to explore the limitations and potentialities present in the (re)structuring of the service described, and the potentiality of the space was occurred in the dynamicity that were organized.

Keywords: Tobacco Products; Tobacco Use Cessation; Primary Health Care; Intersectoral Collaboration.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CATF	Consenso de Abordagem e Tratamento de Fumantes
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNCT	Política Nacional de Controle ao Tabaco
REMULTISF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TF	Teste de Fargerström
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA	11
2.1. O CONTEXTO	11
2.2. INSERÇÃO NO GRUPO DE CESSAÇÃO DO USO DE CIGARRO	12
2.3. AS PRIMEIRAS TRANSFORMAÇÕES NO GRUPO DE CESSAÇÃO DO USO CIGARRO	14
2.4. TRANSFORMAÇÃO PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA FUMANTE	16
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXOS	21

1. INTRODUÇÃO

O tabaco era usado originalmente para fins terapêuticos e ritualísticos entre povos indígenas americanos. Em decorrência da conquista e ocupação das Américas, a partir do final do século XVI, seu uso teve rápida disseminação pela Europa e outros continentes¹. Em 1880, nos Estados Unidos da América, foi criada a primeira máquina de produção de cigarro, sendo que a propagação mundial deu-se durante a primeira guerra mundial. A partir da década de 1950, quando se desenvolveram as técnicas de publicidade, o consumo de cigarro cresceu de forma acelerada, pois vinculavam-se ao uso associações à beleza, liberdade, sucesso e outros aspectos, transformando-o em um hábito familiar e desejável².

Entretanto, com o desenvolvimento científico, principalmente nas últimas décadas do século XX, passou-se a associar o hábito de fumar a representações sociais relacionadas principalmente aos malefícios e riscos. Pode-se dizer que do capitalismo, começou o interesse pelos perigos que ameaçam a vida¹, buscando o fim de hábitos perigosos, na perspectiva do controle dos riscos de determinadas populações se desviarem das normalidades esperadas para um cidadão, caracterizando o início da “sociedade de risco”. O objetivo passou a ser a gestão do risco, pelo controle do estilo de vida, tendo a redução e eliminação do tabagismo como um desses objetivos. Esse cenário caracteriza, portanto, um mecanismo de poder que confere uma aura de cientificidade aos hábitos da vida, que tornam-se, conseqüentemente, passíveis de serem medicalizados³.

Assim, hoje, o uso do tabaco é reconhecido como uma epidemia e principal causa de mortes prematuras evitáveis no mundo⁴, além de ser um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis⁵. É considerado um problema de saúde pública⁵ e no Brasil gera custos altos para o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Apesar do Brasil ser o segundo maior país produtor e o maior exportador de fumo em folhas do mundo⁷, no cenário mundial, destaca-se pelas ações voltadas para o controle do tabaco implementadas há mais de 30 anos³.

A partir do debate sobre as doenças relacionadas ao tabaco no início da década de 1960, davam-se os primeiros passos do controle do uso no país⁸. A criação do Programa Nacional Contra o Fumo, em 1986, e do Dia Mundial sem Tabaco, em 1987, somados a discussões em eventos internacionais sobre o tema, impulsionaram a necessidade de pactuações internacionais para o controle do tabaco⁹.

Em 1999, a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), começou a ser construída, sendo o primeiro tratado internacional de saúde pública recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As ações da CQCT visam à redução da demanda e da

oferta do tabaco, à proteção ao meio ambiente, à cooperação científica e técnica e a medidas legislativas e legais para tratar da responsabilidade penal e civil³. Mesmo com o Brasil tendo um papel de destaque nas discussões, a CQCT entrou em vigor no país em 2006 e as ações voltadas para o controle do tabaco se integraram intersetorialmente na Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT)¹⁰.

Destacam-se como ações de maior sucesso da PNCT os reajustes periódicos dos principais impostos sobre cigarros e dos preços da venda desses produtos no varejo e a promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco¹⁰. No que tange ao setor saúde, em 1988, com a Constituição Federal garantindo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, e a instituição do SUS pela Lei Orgânica da Saúde, configurou-se um cenário importante para o desenvolvimento de medidas de prevenção e apoio à cessação do uso do tabaco¹⁰.

Sendo um importante componente da PNCT e, desde 2004, o tratamento de fumantes é ofertado na rede do SUS, principalmente através das unidades básicas de saúde (UBS)¹⁰. A Atenção Primária à Saúde (APS) avança como uma estratégia de reordenamento do SUS, pois busca romper com a visão simplista de cuidados primários¹¹. Mesmo com o cenário atual altamente desfavorável, que fragiliza o direito à saúde e o SUS¹², o fortalecimento da APS se pauta na capacidade de organização e racionalização de todos os recursos direcionados para a promoção, a manutenção e a melhora da saúde, reduzindo assim iniquidades e custos¹³.

Nessa direção, o Ministério da Saúde (MS), em 2015, elaborou o Caderno de Atenção Básica nº 40, que aborda as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica com vistas ao cuidado da pessoa tabagista. Objetiva sensibilizar gestores e profissionais da saúde para a temática e dar subsídio aos profissionais, especialmente os alocados na APS, para a construção de formas de cuidado que respeitem o indivíduo e sua subjetividade⁵.

Nos itens abordados no Caderno de Atenção Básica nº 40, destaca-se aqui, dentre as diversas formas de intervenção e tratamento propostos, a possibilidade de organização de grupos para a cessação do uso do cigarro, embasando-se na abordagem cognitivo-comportamental. Essa abordagem trabalha acerca de dois componentes: detecção de situações possíveis de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento⁵.

A proposta de grupo apresentada é a sugerida pelo Consenso de Abordagem e Tratamento de Fumantes (CATF) de 2001, que adota quatro sessões estruturadas com duração de 90 minutos cada e periodicidade semanal, além de coordenação por uma equipe multiprofissional⁵. As quatro sessões possuem material de apoio, que pode ser adaptado a depender da realidade local, nomeado 'Deixando de Fumar sem Mistérios', publicado em 2004 pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, a partir da tradução adaptada do inglês do *Freshstart*

– programa de apoio a cessação do uso do tabaco em grupo, oferecido pela Sociedade Americana de Câncer¹⁴.

Em Florianópolis, a PNCT foi implantada em 2006 e considerou-se o controle do uso de cigarro prioritário. A meta é reduzir a prevalência de fumantes em 1% ao ano através das ações centrais preconizadas pela OMS na CQCT. Dentre as ações implementadas no nível municipal, enfatiza-se a Lei Municipal nº 8.042 de 2009 que proíbe fumar em locais fechados de uso coletivo e destaca-se que em 2016, 42 das 49 UBS do município ofertavam o grupo para cessação do uso de cigarro, sendo em sua maioria organizados de acordo com o sugerido pelo CATF¹⁵.

Com base no acima exposto, o objetivo desse trabalho é, por meio de um relato de experiência, descrever e refletir sobre a construção de um serviço de atenção à pessoa fumante proposto em uma UBS de Florianópolis – Santa Catarina.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

2.1. O CONTEXTO

O percurso metodológico proposto para esse trabalho foi aprovado pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis através do OE 117/SMS/GAB/ESP/2018 (Anexo 1).

O recorte de escrita desse relato faz-se através do olhar e experiência de uma residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), e compreende o período de março de 2017 a novembro de 2018. As residências multiprofissionais em saúde foram instituídas em 2005 pela Lei nº 11.129, com a finalidade de reorientar os serviços de acordo com as necessidades de saúde baseada nos princípios e diretrizes do SUS. Objetiva preparar profissionais defensores das políticas públicas e do SUS – público, gratuito e de qualidade – para atuação qualificada na APS, no caso da REMULTISF. A formação-reflexão-ação dentro de serviços de saúde caracteriza um cenário privilegiado de crítica sobre o trabalho realizado quando se observa a realidade da maioria dos profissionais da saúde, a exemplo do que será descrito nesse relato de experiência.

O local da experiência é uma das UBS onde a REMULTISF está inserida desde março de 2017. A atividade das sete residentes, que integram as áreas de odontologia, enfermagem, farmácia, nutrição, serviços social e educação física, iniciou-se a partir do processo de

territorialização estimulado pelo primeiro módulo teórico e pautado na Política Nacional de Atenção Básica¹⁶. Ressalta-se que, na mesma UBS, profissionais residentes de outro programa de residência do município de Florianópolis atuaram e participaram da (re)construção do serviço.

O grupo de tabagismo, objeto desse relato e que será citado como grupo de cessação do uso do cigarro, no primeiro semestre de 2017 era coordenado e executado por dois profissionais da PMF. Quando se busca compreender numericamente o impacto da quebra de paradigma dentro da construção do serviço de atenção à pessoa fumante, deve-se entender o cenário em que os números se colocam. Os números assemelham-se nas diferentes configurações abordadas nesse trabalho, porém, não são comparáveis. A UBS em questão tinha em média 20 usuários buscando o serviço mensalmente através das portas de entrada que dispunha (preferencialmente a entrevista, mas também diretamente no grupo). Porém, no primeiro encontro esse número caía para em média 15 pessoas e no quarto para em média cinco pessoas; essas cinco atingiam o objetivo de cessar o uso do cigarro. Existem variações quantitativas de grupo para grupo que não serão abordadas nesse trabalho em função de limites metodológicos.

2.2. INSERÇÃO NO GRUPO DE CESSAÇÃO DO USO DE CIGARRO

Nesse momento, o grupo estava estruturado conforme a sugestão do CATF, o qual seguia a programação de conteúdo abordada no material de apoio disponibilizado pelo MS. As sessões aconteciam semanalmente, porém não eram organizadas em quatro sessões de forma sistemática: toda semana novas inserções se davam no grupo e o seguimento dos usuários era feito pelo uso da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN). Os usuários buscavam o serviço na expectativa de receberem principalmente o adesivo de nicotina, cuja prescrição estava majoritariamente atrelada à participação no grupo. Faz-se essa afirmação, pois os medicamentos da TRN e bupropiona são disponibilizados ao município via componente estratégico da assistência farmacêutica e a forma de acesso da população ocorre, mediante apresentação da prescrição e carimbo próprio da secretaria municipal de saúde¹⁷, nas farmácias de referência distritais do município. A prescrição era feita, na ausência de contraindicações, através da avaliação da quantidade de cigarros fumados por dia e do grau de dependência física à nicotina estabelecido pela aplicação do Teste de Fagerström (TF)⁵. Cabe ressaltar, que os transtornos relacionados ao uso do tabaco constam nos principais instrumentos de classificação de doenças, a saber: na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde em sua décima edição, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Problemas

Mentais em sua quinta edição e na Classificação Internacional de Atenção Primária em sua segunda edição⁵.

No grupo, o uso do medicamento como forma de tratamento era a principal ferramenta de cuidado disponibilizada, mesmo essa sendo ofertada como auxiliar durante o processo de cessação. Esse fato vai ao encontro do que Levèfre¹⁸ infere de que o medicamento é um ponto de intersecção entre o profissional e o usuário, pois proporciona atitudes e expectativas quanto ao curso da doença, que no caso deste trabalho, é a cessação do uso do cigarro. Percebe-se ainda a perspectiva simbólica atrelada ao uso do medicamento, principalmente quando se fala de eficácia, pois associa-se a ideia genérica que a dose mais forte do adesivo é a que realmente funciona. Ademais, os serviços de saúde centrados em ações heterônomas, aproxima os discursos da verticalidade e contraprodutividade que Illich⁴ discute: quando se rompe o equilíbrio entre as ações autônomas e heterônomas cria-se um círculo vicioso de necessidades do usuário para com o serviço de saúde.

Destacam-se as discussões que eram direcionadas à promoção de hábitos de vida saudáveis, embutidos no discurso das estratégias para lidar com a fissura decorrente da abstinência da nicotina. Os ‘4 As’ como são referidos significam: Ar, Água, Atividade Física e Alimentação. As recomendações, presentes em um dos materiais de apoio do MS, exploram o procedimento de respirar profundamente, beber muita água, fazer exercícios físicos e comer alimentos de baixa caloria.

Nesse sentido, a reflexão que Castiel¹⁹ traz sobre o estilo de vida ser um conjunto integrado de práticas individuais que estão voltadas para necessidades utilitárias e que cada um de nós é a resultante singular de complexas configurações que perpassam do biológico ao sociocultural, instiga-se a crítica sobre o discurso relatado. Discute-se aqui o protagonismo do profissional de saúde e dos materiais de apoio do MS em declarar mudanças no comportamento das pessoas, responsabilizando os sujeitos por seus ‘estilos de risco’¹⁹ que demandam intervenções, baseados na sua própria definição do que é ser saudável e dos conhecimentos epidemiológicos. Problematiza-se a culpabilização do indivíduo, que por parte das leis e normas, coloca a pessoa que não deixa de parar de fumar como criaturas passivas, preguiçosas e conformistas¹⁹, exigindo que sejam responsáveis e donas de si para se esforçarem a resistir às pressões comerciais dos estilos de vida autodestrutivos.

Em um dos materiais de apoio do MS e no Caderno de Atenção Básica nº 40, coloca-se como um obstáculo e desafio para a cessação o ganho de peso. Sem questionar o usuário e suas necessidades, coloca-se o corpo em alvo de intervenções corretivas e prescritivas sobre o

alimentar-se saudável, orientando-se refeições ligeiras com poucas calorias⁵, concebendo o corpo como uma realidade biopolítica²⁰.

Simultaneamente a essas inquietações, as residentes fizeram a capacitação em tratamento intensivo ao fumante ofertada pela PMF e sentiram-se aptas a intervir na organização e colocar-se enquanto corresponsáveis pelo grupo. A capacitação apontou o contexto das ações da PNCT no município de Florianópolis, para além do setor saúde. Ademais, apresentou a pluralidade de experiências e ferramentas disponíveis para atuação no grupo, a saber: auriculoterapia e questionário de avaliação clínica (Anexo 2) utilizado na prática de algumas UBS.

2.3. AS PRIMEIRAS TRANSFORMAÇÕES NO GRUPO DE CESSAÇÃO DO USO CIGARRO

Diversas discussões surgiram a partir do exposto acima. Refletiu-se sobre a alta rotatividade dos usuários no grupo e a não adesão às quatro sessões que estão preconizadas pelo CATF, evidenciando a dificuldade da construção e execução das sessões, concluindo-se pelo fato dos usuários estarem em diferentes estágios de mudança sobre o desejo de cessar o uso do cigarro. Assim, optou-se no segundo semestre de 2017 por organizar o grupo com as quatro sessões de forma sistemática sendo que novas inserções se davam principalmente na primeira sessão. A intencionalidade dessa organização era de tecer a ideia de rede de apoio entre os próprios participantes do grupo.

Também, incorporou-se a aplicação do questionário de avaliação clínica ao fim da primeira sessão. A problemática relacionada ao estágio de mudança que o usuário estava foi minimizado, mas o protagonismo do hábito de fumar ainda invisibilizava a integralidade, complexidade e subjetividade dos sujeitos. O grupo não promovia a reflexão individual do usuário sobre a possível ambivalência que muitos vivenciavam no momento que buscavam o serviço de saúde. Através do questionário estruturado, direcionavam-se perguntas objetivas ao usuário para investigar as associações a situações que promoviam o uso do cigarro, quais as motivações para fumar, a experiência com o processo de cessação, as motivações para a busca do serviço de saúde para parar de fumar, a presença de doenças – tais como alergias, doenças cardíacas, relacionadas à saúde mental, entre outras –, uso de medicamentos, uso de álcool e a aplicação do TF. Os dados coletados eram armazenados na ferramenta do Google®. Esses dados traçavam o perfil do grupo e, somado ao momento da aplicação do questionário, evidenciavam diversas

necessidades para além do cessar o uso do cigarro, principalmente relacionadas a questões de saúde mental as quais não eram superadas no momento dos encontros do grupo.

Desta forma, estruturou-se o espaço de discussão interprofissional dos casos, na hora anterior de início do grupo, principalmente para os casos que os profissionais avaliavam como necessários, sendo que somente esses casos tinham informações registradas no sistema de informação da rede municipal de saúde do município.

Nesse mesmo período, elaborou-se um material organizativo das sessões, baseado nos materiais de apoio do MS 'Deixando de Fumar sem Mistérios' referentes às quatro sessões e na experiência das profissionais participantes, visto que, com o diagnóstico do perfil dos grupos, percebeu-se um padrão de informações que frequentemente eram abordadas nas sessões. Esse material trazia as sessões sob o olhar que Cordoba & Altisent²¹ refletem em seu trabalho, através da persuasão pragmática que direciona o discurso do profissional em prol dos benefícios que o usuário adquire a partir do momento que cessa o uso do cigarro; persuasão centrada na qualidade de vida que compreende os benefícios sob um ponto de vista estético e saudável; e persuasão normativa que reflete sobre as legislações que regem os diferentes setores que envolvem o cigarro.

Avaliou-se, no final do segundo semestre de 2017, que mesmo com essas interferências na execução do grupo, manteve-se a rotatividade dos usuários e a baixa adesão com o passar das sessões. Percebeu-se que apenas o perfil do grupo não era suficiente para superar as dificuldades identificadas e construir um grupo que fosse resolutivo alcançando bons resultados na melhora da saúde dos usuários que tinham interesse em cessar o uso do cigarro. Discutiu-se sobre a necessidade de qualificar a participação dos sujeitos no grupo e a estratégia construída foi a de criação de um espaço, referido como entrevista, para que fosse possível, de maneira individual, fazer o acolhimento do usuário. Entende-se por acolhimento a definição dada pela Política Nacional de Humanização, que coloca a escuta qualificada do usuário como uma possibilidade de garantir o acesso oportuno dos usuários às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde²². Inicialmente no espaço da entrevista, orientava-se o usuário sobre a razão daquele espaço acontecer. Fazia-se a aplicação do questionário de avaliação clínica, bem como compartilhava-se com o usuário a forma de organização do grupo e as possibilidades de tratamento, e abordava-se os tipos de dependência e métodos de parada do uso do cigarro. Mas pelo fato de o questionário de avaliação clínica ser organizado no formato de perguntas objetivas, por vezes o espaço da entrevista prendia-se à sua execução, direcionando-se a discussão pelo que era perguntado pela profissional e não pela real necessidade do usuário. Também, destaca-se que, se necessário, existia a possibilidade de

atendimentos individuais para os usuários que não se sentiam confortáveis em participar de grupos e/ou tinham impossibilidade de estar presente no dia que o grupo acontecia.

A problemática desse espaço dava-se pelo fato de ser executado apenas pelas profissionais residentes envolvidas no grupo, visto que, como já mencionado, apenas dois profissionais da PMF organizavam parte de sua carga horária mensal para atuar no grupo, sem disponibilidade de aumentá-la. Porém, ressalta-se que este espaço era problematizado no período destinado à discussão interprofissional dos casos.

2.4. TRANSFORMAÇÃO PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOA FUMANTE

Nos primeiros meses de 2018, no quarto módulo teórico da REMULTISF UFSC/PMF, o grupo de cessação do uso do cigarro foi tema de discussão junto aos conteúdos abordados durante a execução das disciplinas, o que, promoveu a reflexão crítica sobre a prática das profissionais residentes envolvidas no grupo. Essas possibilidades de discussões multiprofissionais configuram a educação interprofissional, que proporciona o aprendizado sobre os outros, com os outros e entre si afim de fortalecer os sistemas de saúde e colaborar para a melhora dos resultados na saúde²³.

Assim, o grupo foi repensado para um serviço de atenção à pessoa fumante, buscando aproximar do que a Política Nacional de Educação Permanente²⁴ coloca sobre produzir mudanças nas práticas e, sobretudo, modificar práticas institucionalizadas dentro dos serviços de saúde, apontando a necessidade de privilegiar o conhecimento prático em suas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática.

No espaço do acolhimento, adaptou-se o questionário de avaliação clínica para um questionário semiestruturado (Anexo 3), norteador do processo de escuta qualificada do usuário que buscava o serviço de saúde e proporcionava a reflexão sobre seu momento de vida e estágio de mudança, para que o mesmo pudesse construir as estratégias relacionadas a seu cuidado. Nesse sentido, durante o espaço de discussão interprofissional, ampliou-se a discussão de casos para o compartilhamento das histórias que chegavam e, dessa forma, todas as profissionais envolvidas conheciam as pessoas que tinham interesse em participar do grupo.

O grupo tornou-se desafiador para as profissionais envolvidas, pois extrapolou o roteiro de organização proposto, valorizando os questionamentos e discussões levantadas pelos usuários. Buscava-se colocar o grupo como uma das estratégias de cuidado, proporcionando a troca de vivências, experiências e saberes entre os pares. Essa estratégia se aproxima do que Paulo Freire

reflete, em um de seus textos no Caderno de Educação Popular²⁵, sobre a alfabetização que se autentica, tendo o alfabetizando como criador de sua aprendizagem, o qual valida seu discurso através da prática, permitindo que os usuários percebam-se enquanto sujeitos históricos. O destaque dos encontros do grupo, portanto, não era mais focado no discurso das profissionais envolvidas. A tentativa era de promover um ambiente de discussão baseado na deliberação²¹ junto com o usuário e não da persuasão, distanciando-se (mesmo que pouco) do discurso da verdade centrada apenas no saber científico, que configura poder, o poder-conhecimento abordado por Foucault²⁰. Mesmo que a produção em saúde esteja imersa em diversos modos de poder, torna-se um exercício constante a tentativa de romper com a conformação de relações verticais, hierárquicas e assimétricas.

Quando problematiza-se o grupo, objeto desse trabalho, o conceito de biopolítica²⁰ nos permite refletir sobre como a intervenção nos corpos para a disciplinarização da vida deu-se através do surgimento de normas regulatórias para responderem a uma prática sanitária, com o objetivo fim de controlar os corpos e ajustando-os aos aparelhos de produção capitalista, diminuindo sua potência em termos políticos. Reflete-se o fato de o debate direcionar-se ao nível individual, do que do produto que se consome²⁶. Assim, é indispensável considerar a multiplicidade e os conflitos de elementos relacionados a ‘cultura tabagista’, a qual perpassa também aspectos estruturais²⁷ e sociais²⁶.

É importante reconhecer e questionar sobre o que cigarro simboliza para o fumante na construção de sua subjetividade²⁷, por vezes caracterizada como um objeto para manutenção do equilíbrio emocional frente às grandes pressões sociais. Dessa forma, buscar convergências entre o saber científico dos profissionais com o saber prático das pessoas fumantes, sem objetivar a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, promove a reconstrução das práticas e ações em saúde, tendo o cuidado como horizonte.

Nesse sentido, utilizou-se as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como um recurso de cuidado, ampliando o leque terapêutico disponível na APS. Isso vem ao encontro à revalorização²⁸ que as PIC conquistam através da legitimação social e regulamentação institucional. As práticas corporais, a auriculoterapia, entre outras, eram inseridas nos encontros de acordo com a necessidade individual e do coletivo com vistas ao pressuposto da integralidade.

Destaca-se ainda que quando se problematiza a saúde por meio dos diversos componentes amplos, complexos e subjetivos que a compõe, torna-se difícil avaliá-la de forma isolada, sendo importante investir em questionamentos acerca dos interesses políticos e econômicos dos

setores hegemônicos envolvidos nas práticas e ações de saúde, que rotineiramente são sufocados.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Paim, o maior desafio atual do SUS é político e a determinação econômica é a principal ameaça de sua consolidação. Contudo, deve-se reconhecer todas as conquistas e resultados positivos durante esses 30 anos de resistência¹². Destaca-se o potencial da APS enquanto cenário que favorece a longitudinalidade do cuidado. Porém, considerando os ataques que sofre o SUS, colocam-se em evidência as fragilidades e dificuldades, a exemplo do que foi abordado no trabalho sobre a participação dos profissionais da UBS. Observou-se o atendimento individual como atividade (praticamente) exclusiva dos profissionais de ensino superior. Percebeu-se a falta de incentivo à educação permanente desses profissionais, refletindo a pouca participação e contribuição nos diversos grupos que ocorreram na UBS. O mesmo se estendeu aos profissionais de nível médio e técnico.

Coloca-se a discussão acerca das ferramentas de trabalho que eram utilizadas na realidade das UBS que executavam o grupo de cessação ao uso do cigarro. Há necessidade de avançar e reconstruir o modelo organizativo de grupos, que segue majoritariamente o sugerido pelo CATF, sendo esse anterior à promulgação da PNCT. Ainda, ressalta-se o uso de manuais, amplamente distribuídos em nível nacional, que são materiais traduzidos e que necessitam ser atualizados e adaptados à realidade das experiências brasileiras.

O estímulo para pesquisas que promovam a reflexão crítica sobre a PNCT, seus desdobramentos e aplicações no campo da saúde se fazem importantes para que as práticas de saúde avancem e sejam construídas em acordo ao conceito ampliado em saúde. Em razão de fatores relacionados, principalmente, à promoção da saúde, reflexões sobre as emoções³² em torno do uso do cigarro, têm sido pouco exploradas nas pesquisas relacionadas à saúde.

Reitera-se a necessidade da discussão sobre o espaço de manutenção, o qual ocorria de forma espontânea no caso do serviço descrito. Destaca-se também a possibilidade de execução de práticas em saúde que transcendam o espaço da UBS.

Os diálogos propostos nesse trabalho constroem-se na tentativa de explorar as limitações e potencialidades presentes na (re)estruturação de um serviço de atenção à pessoa fumante, sendo que a potencialidade do espaço se deu na dinamicidade que se organizou. Destarte, o constante planejamento e avaliação²⁶ do serviço são importantes para que seja construído de maneira participativa e mais próxima às necessidades do público alvo.

REFERÊNCIAS

1. Souza DLB. Os significados do tabagismo construídos na dinâmica social [dissertação] [internet]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006. 130 p. [acesso em 2018 out 01]. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17080/1/DyegoLBS.pdf>.
2. Dias S. Caça às bruxas: um estudo sobre o combate ao tabagismo [monografia] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2011. 84 p. [acesso em 2018 out 01]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2098/1/2011_SamiraCorreiaDias.pdf.
3. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface (Botucatu, Online). [internet]. 2006 [acesso em 2018 out 01]; 10(19): 61-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100005&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. World Health Organization (WHO). Report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: WHO, 2017.
5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: MS, 2015.
6. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cad. de Saúde Pública [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 01]; 31:1283-1297. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf>.
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA) José Alencar Gomes da Silva, Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ). Política Nacional de controle do tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
8. Teixeira LA, Jaques TA. Legislação e Controle do Tabaco no Brasil entre o Final do Século XX e Início do XXI. Rev. Bras. Cancerol. [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 01]; 57(3):295-304. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24598>.
9. Portes LH, Machado CV, Turci SRB. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. Cad. Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 01]; 34(2):1-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00017317.pdf>.

10. Portes LH, Machado CV, Turci SRB et al. A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 01]; 23:1837-1848. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1837.pdf>.
11. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015 [acesso em 2018 out 01]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>.
12. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 01]; 23:1723-1728. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601723&script=sci_abstract&lng=pt.
13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
14. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: manual do coordenador. 2. ed. rev. reimp. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
15. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Diretoria de Integração à Saúde, Gerência de Integração Assistencial, Programa de Controle ao Tabagismo. Capacitação em Tratamento Intensivo do Fumante. 10 ed. Florianópolis: SMS; 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 21 Out 2011.
17. Prefeitura Municipal de Florianópolis, Secretaria Municipal de Saúde. Instrução Normativa nº 03/2015. *Diário Oficial do Município de Florianópolis.* 8 Out 2014.
18. Levêfre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez, 1991.
19. Castiel LD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
20. Foucault M. *Microfísica do poder.* 21. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.
21. Córdoba R; Altisent R. Ética clínica y tabaco. *Medicina clínica (Internet).* [internet]. 2004 [acesso em 2018 out 01]; 122(7): 262-266. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577530475318X>.

22. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
23. Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. [internet] Genebra: OMS, 2010. [acesso em 2018 out 01]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 16 fev. 2004.
25. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: MS, 2007.
26. Lupton D. Corpos, prazeres e práticas do eu. Educ. Real. [internet]. 2000 [acesso em 2018 Out 01]; 25(2):15-48. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/46831/29115>.
27. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública [internet]. 2006 [acesso em 2018 Out 01]; 22(6): 1335-1342. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000600022&script=sci_abstract&tlng=pt.
28. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate [Internet]. 2018 [acesso em 2019 Jan 10]; 42 (esp 1): 174-188. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500174&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

ANEXOS

Anexo 1 – OE 117/SMS/GAB/ESP/2018



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 117/SMS/GAB/ESP/2018

Florianópolis, 12 de Novembro de 2018.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada “Para além de um serviço de apoio ao fumante: a experiência na atenção primária à saúde de Florianópolis-SC” da pesquisadora responsável KAMILA RESTELATTO, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Integração Assistencial e Gerência e Atenção Primária e está aprovada para execução na referida gerência.

A pesquisadora deve entrar em contato com a Gerência de Integração Assistencial para combinar a melhor forma de iniciar a coleta de dados (dados sobre tabagismo) e também com a Coordenação da unidade de saúde Rio Vermelho (onde se realiza o grupo de controle de tabagismo sobre o qual irá relatar), sempre **respeitando a disponibilidade do serviço e a autonomia dos sujeitos de pesquisa, se for o caso.**

O período autorizado para coleta de dados é de **12/11/2018 a 12/02/2019**, caso seja necessária a prorrogação do prazo de coleta, a pesquisadora deve entrar em contato com a comissão de pesquisa.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos
Projetos de Pesquisa em Saúde
Matrícula 26212-9 SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
KAMILA RESTELATTO
Nesta

Anexo 2 – Questionário de Avaliação Clínica

Programa Nacional de Controle do Tabagismo Abordagem e Tratamento do Tabagismo	
I - Identificação do paciente	
Nome: _____	
Nº do prontuário: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
II - História Patológica Progressa	
1 – Você tem ou teve freqüentemente altas lesões (feridas), e/ou sangramento na boca?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2 – Você tem <i>Diabetes mellitos</i>?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
3 – Você tem Hipertensão Arterial?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4 – Você tem ou teve algum problema cardíaco?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5 – Você tem ou teve frequentemente queimação, azia, dor no estômago, úlcera ou gastrite?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6 – Você tem ou teve algum problema pulmonar?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se sim, qual? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7 – Você tem alergia respiratória?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
8 – Você tem alergias cutâneas?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9 – Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Onde? _____ Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10 – Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
11 – Você tem anorexia nervosa ou bulimia?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
12 – Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
13 – Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Está em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14 – Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?	
<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Todos os dias <input type="checkbox"/> Finais de Semana <input type="checkbox"/> Raramente	
15 – Você tem ou teve algum outro problema de saúde serio que não foi citado? Qual?	
Resposta: _____	

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.			
III - História Tabagista			
1 – Com quantos anos você começou a fumar?			
Resposta: _____ Anos.			
2 – Em quais as situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia? (pode escolher vários)			
<input type="checkbox"/> Ao falar ao telefone	<input type="checkbox"/> Após refeições	<input type="checkbox"/> Com bebidas alcoólicas	
<input type="checkbox"/> Com café	<input type="checkbox"/> No trabalho	<input type="checkbox"/> Ansiedade	
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Alegria	<input type="checkbox"/> Nenhum	
<input type="checkbox"/> Outros _____			
3 – Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?			
	Sim	Não	Às vezes
- Fumar é um grande prazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fumar é muito Saboroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- O cigarro te acalma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Acha charmoso fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Você fuma porque acha que fumar emagrece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Quantas vezes você tentou parar de fumar?			
<input type="checkbox"/> De 1 a 3 vezes			
<input type="checkbox"/> + de 3 vezes			
<input type="checkbox"/> Tentou mas não conseguiu parar (seguir para pergunta 7)			
<input type="checkbox"/> Nunca tentou (seguir para pergunta 9)			
5 – Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?			
<input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> + de 3 vezes			
6 – Quais foram os motivos de você voltar a fumar?			
Resposta: _____			
7 – Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?			
<input type="checkbox"/> Nenhum		<input type="checkbox"/> Medicamento.	
Qual? _____			
<input type="checkbox"/> Apoio de profissional de saúde		<input type="checkbox"/> Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, etc.	
<input type="checkbox"/> Outros _____			
8 – Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
9 – Porque você quer deixar de fumar agora? (pode escolher varias alternativas)			

<input type="checkbox"/> Porque esta afetando a minha saúde dependente	<input type="checkbox"/> Porque não gosto de ser
<input type="checkbox"/> Outras pessoas estão me pressionando	<input type="checkbox"/> Fumar é antissocial
<input type="checkbox"/> Pelo bem-estar da minha família com cigarro	<input type="checkbox"/> Porque gasto muito dinheiro
<input type="checkbox"/> Eu estou preocupado com minha saúde no futuro	<input type="checkbox"/> Fumar é um mal exemplo para as crianças
<input type="checkbox"/> Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados.	<input type="checkbox"/> Porque meus filhos pedem.
10 – Você convive com fumantes na sua casa?	
<input type="checkbox"/> Sim, qual o grau de parentesco? _____ <input type="checkbox"/> Não	
11 – Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
IV - Teste de Fagerstrom	
1 – Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
<input type="checkbox"/> Dentro de 5 min (3) <input type="checkbox"/> Entre 6 e 30 min (2) <input type="checkbox"/> Entre 31 e 60 min (1) <input type="checkbox"/> Após 60 min (0)	
2 – você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?	
<input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)	
3 – Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?	
<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã (1) <input type="checkbox"/> Outros (0)	
4 – Quantos cigarros você fuma por dia?	
<input type="checkbox"/> Menos de 10 (0) <input type="checkbox"/> De 11 a 20 (1) <input type="checkbox"/> De 21 a 30 (2) <input type="checkbox"/> Mais de 31 (3)	
5 – Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
<input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)	
6 – Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	
<input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)	Grau de dependência: 5 = médio 6 - 7 = elevado 8 - 10 = muito elevada
V - Avaliação do grau de motivação	
<input type="checkbox"/> Contemplativo - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias	
<input type="checkbox"/> Ação - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês	
<input type="checkbox"/> Recaído - Retornou ao consumo habitual de cigarros.	
VI - Exame físico	
Peso: _____ Altura: _____ PA: _____ ACV: _____	
AR: _____ Abd: _____	
VII - Monóxido de carbono	
CO: _____ HbCO: _____ Há quanto tempo fumou o último cigarro _____	
Data: ____/____/____ Hora do exame ____:____	

Anexo 3 – Questionário Semiestruturado**ENTREVISTA DO GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO**
(QUESTIONÁRIO ADAPTADO PELAS RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA 2018)

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

CIGARRO QUE FUMA: _____

1) História de vida - Como você se sente? (família, alimentação, se mulher - gravidez, sono, trabalho, uso de álcool e/ou outras substâncias). Algum problema de saúde? (Alergia de pele ou problema cardíaco)

2) Em quais das situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia?

Ao falar no telefone, com café, tristeza, após refeições, no trabalho, alegria, com bebidas alcoólicas, ansiedade, outros:

3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

Fumar é um grande prazer, fumar é muito saboroso, o cigarro te acalma, acha charmoso fumar, você fuma porque acha que fumar emagrece, gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos, outros:

4) Você já tentou parar de fumar? (Quantas vezes? Como? Usou algum recurso? O que te motivou parar de fumar?)

3) Hoje: quais são as motivações para você parar de fumar?

Porque está afetando a minha saúde, outras pessoas estão me pressionando, pelo bem-estar da minha família, eu estou preocupado com minha saúde no futuro, porque meus filhos pedem, porque não gosto de ser dependente, fumar é anti-social, porque gasto muito dinheiro com cigarro, fumar é um mal exemplo para as crianças, por conta das restrições de fumar em ambientes fechados, outros:

4) Você se preocupa com algo depois de parar de fumar?

5) Teste de Fargerström:

Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? *

Dentro de 5 minutos (3)

Entre 6 e 30 minutos (2)

Entre 31 e 60 minutos (1)

Após 60 minutos (0)

Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?

Sim (1)

Não (0)

Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã (1)

Outros (0)

Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 (0)

De 11 a 20 (1)

De 21 a 30 (2)

Mais de 31 (3)

Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim (1)

Não (0)

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

Sim (1)

Não (0)

GRAU DE DEPENDÊNCIA: _____

0-2 = muito baixo 3-4 = baixo 5 = médio 6-7 = elevado 8-10 = muito elevado

GRAU DE MOTIVAÇÃO: _____

Contemplativo - motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias

Ação - já tem data marcada ou está motivado a parar dentro de um mês

Recaído - retornou ao consumo habitual de cigarros.