

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE

SÔNIA CARDOSO MOREIRA GARCIA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO PSF/ESF/SF

VOLTA REDONDA
2013

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
E MEIO AMBIENTE
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO PSF/ESF/SF

Dissertação apresentada à Banca de Defesa do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente do UniFOA, como requisito parcial de avaliação para o grau de Mestre.

Mestranda: **Sônia Cardoso Moreira Garcia**

Orientadora: Profa Dra Cristina Novikoff

VOLTA REDONDA
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G216r Garcia, Sônia Cardoso Moreira.

Representações sociais sobre o tabagista na perspectiva dos profissionais do PSF/ESF/SF / Sônia Cardoso Moreira Garcia – Volta Redonda, RJ: UniFOA, 2013.

86 p

Dissertação (Mestrado Profissional) – Centro Universitário de Volta Redonda. Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e Meio Ambiente.

Orientadora : Prof.^a Dr.^a Cristina Novikoff.

1. Saúde pública. 2. Tabagismo. 3. I. Novikoff, Cristina.
II. Título.

CDD 614.4

**Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Gabriela Leite Ferreira -- CRB 7/RJ - 5521**

FOLHA DE APROVAÇÃO

SÔNIA CARDOSO MOREIRA GARCIA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA
PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO PSF/ESF/SF**

Cristina Novikoff
PROFESSOR ORIENTADOR

Ilda Cecília Moreira da Silva
PROFESSOR AVALIADOR (INTERNO)

Sônia Regina Mendes
PROFESSOR AVALIADOR (EXTERNO)

Dedico este trabalho àqueles sem cujo apoio, jamais teria conseguido galgar mais este degrau de minha edificação: meus pais, irmão, esposo, filhos, nora e neta que, de maneira imensurável, incondicional e admirável, vieram ao longo dos anos, apoiando-me e incentivando-me, fazendo com que cada momento que poderia ser com eles e para eles, fosse dirigido em prol de minha vida acadêmica.

Agradeço a Deus, meu Protetor e Maior Incentivador, a minha professora-orientadora Cristina Novikoff e sua família, entre ela, suas fiéis secretárias, que de forma inenarrável acolheram-me, ao corpo docente do MECSMA, meus sinceros e estimados agradecimentos. A todos os pacientes tabagistas, ex tabagistas e futuros ex tabagistas que, pela dor da dependência foram acometidos, minha profunda admiração e reconhecimento eternos.

RESUMO

O trabalho versa sobre as representações sociais sobre o tabagista para profissionais que atuam no Programa Governamental para Controle do Tabagismo - PGCT de Resende. O tabagismo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerado uma doença crônica transmissível através da propaganda e publicidade. É fator de risco para cerca de 50 doenças, entre elas associadas às cardiovasculares e respiratórias. No Brasil, os programas que tratam do problema são: Programa de Saúde da Família – PSF, Estratégia de Saúde da Família – ESF e o Saúde da Família - SF, designadas, aqui, pela sigla PSF/ESF/SF. Ao considerarmos que somente 20% dos tabagistas aderem ao Programa, suspeitamos de que a forma como estes são representados pelos profissionais pode estar dificultando esta adesão. A Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1979) nos possibilita compreender como os conhecimentos e valores sobre o outro inferem nas práticas cotidianas. Assim, objetivamos compreender as representações sociais de tabagistas para os profissionais do PSF/ESF/SF de Resende/RJ. A pesquisa foi norteada pelas dimensões Novikoff (2010) de natureza qualitativa do tipo descritiva de campo, com coleta de dados por meio de Técnica Projetiva junto aos citados profissionais. Os resultados sinalizam as representações sociais sobre o tabagista com ênfase nas características negativas (97%) para os profissionais que trabalham em PGT's. Portanto, nosso produto de capacitação no enfrentamento do tabagismo por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM, dentro de uma visão humanizada, se faz viável e atual.

Palavras-chave: Representações sociais; Saúde; Tabagismo.

ABSTRACT

The work turns about the social representations on the smoker for professionals that act in the Government Program for Control of Cigarette - GPCT of Resende. The addicting of cigarette, according to the World Organization of Health (OMS) a transmissible chronic disease is considered through the propaganda and publicity. It is risk factor for about 50 diseases, among them associated to the cardiovascular and breathing. In Brazil, the programs that it treat of the healthy problem: Program of Health of the Family - PHF, Strategy of Health of the Family - SHF and Family Health - FS, designated, here, for the acronym PHF/SHF/FS. We consider that only 20% of the smokers adhere to the Program, we suspected that the form as these is represented by the professionals can be hindering this adhesion. The Theory of the Social Representations (MOSCOVICI 1979) we makes possible to understand us as the knowledge and values on the other another infer in the daily practices. Like this, we aimed at to understand the social representations of smoker for the professionals the PHF/SHF/FS in Resende, Rio de Janeiro state. The research was orientated by the dimensions Novikoff (2010) of qualitative nature of the type descriptive of field, with collection of data through Projective Technique close to the mentioned professionals. The results signal the social representations on the smoker with emphasis in the negative (97%) characteristics for the professionals that work in PGT's. Therefore, our training product in the treatment of the addiction of smoking through a device solemnity-instructional in form of CD-ROM, inside of a humanized vision, it is done viable and current.

Keywords: Social representations; Health; smoking

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 A DIMENSÃO TEÓRICA.....	24
2.1 Teoria Das Representações Sociais	25
2.2 Saúde.....	32
2.3 Tabagismo.....	35
2.4. Programa Saúde da Família ou ESF.....	39
3 DIMENSÃO TÉCNICA.....	45
3.1 Percurso metodológico.....	47
3.2 Produto.....	49
4. DIMENSÃO MORFOLÓGICA.....	52
4.1 O Estado do Conhecimento.....	52
4.2 A Técnica projetiva.....	54
4.3 Descrição dos dados da técnica projetiva.....	56
4.3.1 Os sujeitos.....	56
4.3.2 O desenho: Cenário.....	56
4.3.2.1 “Desenho/Cenário”.....	57
4.3.2.2 “Desenho/dimensão”	57
4.3.3 O desenho: Figuras.....	58
4.3.3.1 “Corpo Humano”.....	59
4.3.3.2 “Doença” e “Saúde”	59
4.3.3.3 “Sentimentos”	60
4.3.3.4 “Objeto”	61
4.4 O Título do Desenho.....	67

5. DIMENSÃO ANALÍTICO-CONCLUSIVA.....	67
5.1 Discussões do corpus teórico e da Técnica Projetiva.....	67
5.2 O Produto.....	69
6. CONCLUSÃO.....	71
7 REFERÊNCIAS.....	73
ANEXOS.....	77
APÊNDICES.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Distribuição das categorias dos desenhos da categoria “Cenário” sobre o Tabagista dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.....	56
Tabela 2- Distribuição das categorias dos desenhos da categoria “Figuras” sobre o Tabagista dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.....	58
Tabela 3 – Distribuição das categorias referentes à visão dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.....	61
Tabela 4 – Distribuição das categorias de expressão das palavras descritivas dos títulos dos desenhos dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ....	62
Tabela 5 - Distribuição das categorias, segundo as evocações de palavras da Técnica Projetiva que caracterizam o Tabagista pelos Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.....	63
Tabela 6 - Distribuição das categorias, segundo as evocações de palavras mais significativas da Técnica Projetiva que caracterizam o Tabagista pelos Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das categorias das características sobre os tabagistas, segundo os Profissionais do PSF/ESF/SF-Resende, RJ.....	64
Gráfico 2 – Distribuição das categorias das características mais significativas sobre os tabagistas, segundo os Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.....	65

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: “Cemitório” (06_F_ACS).....	57
Figura 2 : Fig. 2 “Complexidade” (09_F_E).....	58
Figura 3 : Fig3. “Jovem” (011_F_E).....	59
Figura 4 :Fig. 4 “Saudável” (021_F_E).....	59
Figura 5 :Fig 5.” Alegria” (015_F_E).....	60
Figura 6 : Fig. 6 “Alegria” (022_F_ACS).....	60
Figura 7 : Fig7. “Cigarro” (01_M_M).....	61
Figura 8 : Fig8. “Esperança” ((014_F_ACS).....	66

LISTA DE SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CID - Classificação Internacional de Doenças

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FOA – Fundação Educacional Oswaldo Aranha

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MA – Mestrado Acadêmico

MECSMA - Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e Meio Ambiente do Centro
Universitário de Volta Redonda

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários De Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SNC - Sistema Nervoso Central

SUS - Sistema Único de Saúde

CD ROM - Compact Disc Read Only Memory (Disco Compacto Memória Somente
de Leitura)

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Pedido de Autorização.....	77
Anexo 2 Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	78
Anexo 3 Parecer do CEP.....	79

APÊNDICE

Apêndice 1 Técnica Projetiva – Desenho.....	80
Apêndice 2: Tabela de Análise da Técnica Projetiva.....	81

1 INTRODUÇÃO

No mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população adulta fuma, ou seja, há, na terra, 1,2 bilhão de fumantes, surgindo, assim uma epidemia do de tabagismo.

O tabagismo como um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) é a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil, com aproximadamente 20 milhões em 2007 (IGLESIASA, et al., 2007) e 24,6 milhões em 2008 (BRASIL, 2011). O número de fumantes reduziu, mas ainda continua sendo um agravamento à saúde dos brasileiros.

Ao tomarmos os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹, relativos ao ano 2008, em que, no Brasil, 200 mil mortes anuais são causadas pelo tabagismo; 16% da população brasileira adulta é fumante; a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo; o cigarro brasileiro é o 6º mais barato do mundo; cerca de 8% dos gastos com internação e quimioterapia no Sistema Único de Saúde são atribuídos a doenças relacionadas ao consumo do tabaco, e que com somente estes dois procedimentos, o governo gasta R\$ 338,6 milhões para tratar doenças relacionadas ao consumo do tabaco, afirmamos a importância do tema para projetos que visam uma resposta pragmática para o enfrentamento da doença.

Para dar conta e razão do estudo proposto nesta dissertação realizamos extensa pesquisa bibliográfica na 5ª Edição do “Índice Bibliográfico Brasileiro sobre Tabagismo” da Comissão de Combate ao Tabagismo da Associação Médica Brasileira (2007), onde observamos a existência de inúmeros

¹ Cf. http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view.asp?ID=1856.

trabalhos interessados na luta contra a esta pandemia tabágica. Ressaltamos não encontrar nenhum com o foco na subjetividade como o que nos dedicamos neste trabalho e, por isso acreditarmos no seu valor para contribuir nesta luta. Eis nossa preocupação acadêmica – o tabagista percebido por quem o trata.

Iniciamos apontando nosso entendimento sobre o tabagismo como sendo um ato, nem sempre deliberado, de consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça, incluindo cigarro, charuto, cachimbo, cigarrilha, cigarro de palha, rapé, e tabaco mascado. Nem sempre deliberado porque nem sempre é uma “escolha” livre, mas sim, eleita por força de determinação do meio social, econômico e/ou cultural em que o fumante esteja imerso. Portanto, pode ser considerado como uma toxicomania caracterizada pela dependência psicológica do consumo de tabaco onde as condições e motivações que produzem "a recorrência individual a algum tipo de dependência genérica" (MANSUR, 1985), como por exemplo, a dependência à nicotina.

A OMS reconhece o tabagismo como uma doença crônica transmissível (CID10)² da OMS através de propaganda e publicidade e tendo como vetor a poderosa indústria do tabaco. É transmissível quando o não usuário de produtos de tabaco é exposto continuamente a mais de 4 mil substâncias tóxicas, muitas delas, cancerígenas e gera a dependência da nicotina. Assinalamos que esta exposição faz do tabagismo, ainda segundo a OMS, o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais. É fator de risco para cerca de 50 doenças, entre elas a arteriosclerose, tromboangeíte obliterante, hipertensão arterial, infecções respiratórias, leucemia, catarata, menopausa precoce, disfunção erétil e úlcera péptica (BRASIL, 2011).

² CID - Classificação Internacional de Doenças. A CID é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com a finalidade de padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde. “A CID 10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código CID 10.” (Cf. <http://www.medicinanet.com.br/cid10.htm>.)

O pesquisador aponta que em um século, o cigarro matou mais do que as epidemias dos últimos 2 mil anos. Também vem denunciar a probabilidade de morte de cinquenta por cento dos fumantes, em decorrência do hábito de fumar e, acrescenta no seu relato de estudo que metade dos fumantes perderá cerca de 18 anos de vida.

Ao fazer um corte histórico entre o surgimento do tabaco e seu os primeiros relatos científicos, observamos que foi a partir da década de 60 após mais três milênios que o homem começa a relacionar o cigarro ao adoecimento do fumante de modo científico e com mais rigor ético. Assim, os estudos científicos tem favorecido a luta contra este vício milenar.

Atualmente existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não-fumante, mas que se encontra exposto à fumaça do cigarro (BRASIL, 2011).

Malbergier (2006) nos mostra que com o passar dos anos e em um processo de constatação dos malefícios do cigarro, lenta e progressivamente, patologias respiratórias, vasculares, oncológicas e muitas outras foram sendo relacionadas ao tabagismo que, de elegante, vai se tornando inimigo público em vários países.

No Brasil, foi a partir da década de 70 que se tornaram mais evidentes as manifestações organizadas para o controle do tabagismo (BRASIL, 2001).

Na esteira das publicações científicas e de divulgação na mídia leiga, surgiram os primeiros projetos de lei, as manifestações públicas, as declarações de entidades e algumas leis municipais e estaduais restritivas, bem como as campanhas e programas de educação em saúde, principalmente dirigidas a escolares voltados para o controle do tabagismo.

Surge no território nacional, na década de 90, com o incentivo do Ministério da Saúde, um novo modelo de assistência à saúde e que propõe uma transformação na concepção do processo saúde e doença, o Programa de Saúde da Família que em sua essência tem se constituído num dos pilares do movimento

de reorganização do sistema de saúde brasileiro e também, um novo modo de livrar os dependentes da nicotina, de seus malefícios, via programa de controle do tabagismo.

Este novo equipamento que nos referimos anteriormente e que trata da transformação na concepção do processo saúde e doença, refere-se ao Programa de Saúde da Família – PSF, Estratégia de Saúde da Família – ESF e o Saúde da Família SF que os entenderemos com as siglas PSF/ESF/SF e, diante desta variedade e considerando o histórico em questão, adotaremos, nesta dissertação, as três siglas para tratarmos do tema.

Esclarecemos aqui, a ideia da ESF identificando-se como uma relevante ferramenta na mudança de intervenção na assistência à saúde. Uma proposta como uma das inovações apontadas pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária e, concomitante, visando à reversão do modelo assistencial outrora vigente, no qual predominava o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes, em grandes hospitais.

O novo foco dirige-se à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, ainda, na manutenção da saúde da comunidade e isso, com a intenção fundamental de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações na saúde.

O programa de controle do tabagismo é uma estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde e que propicia a recuperação do estado de saúde dos fumantes com comprometimentos advindos do vício, bem como a prevenção do início do uso do tabaco e de seus derivados nas diversas faixas etárias.

Em março de 2010, a partir do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, foi implantado em Resende o Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT). Desde então foram atendidas, aproximadamente, 4.148 pessoas usuárias do tabaco e de seus derivados e o índice médio de cessação deste Programa é de 72%.

O citado programa funciona de forma descentralizada, onde as Unidades de Saúde da atenção primária são as principais portas de entrada para o acesso ao tratamento. Além delas, algumas Unidades Mistas e Policlínicas possuem equipes capacitadas e com grupos implantados. Assim, temos um total de, aproximadamente, 28 pontos de atendimento do referido programa.

Frente a nossa vivência experienciada (JODELET, 2003) durante três anos de atuação como coordenadora do PMCT em Resende evidenciamos um comprometimento na adesão dos usuários ao tratamento, considerando que entraram desde 2010 4.148 e destes 72% conseguiram romper com a doença. Acreditamos, pois que esta dificuldade em superar o tabagismo, ou seja, alcançar a cessação esteja associada, entre outras causas, às questões subjetivas.

Neste sentido, partimos do pressuposto de que as representações sociais que os profissionais da saúde manifestam no processo de tratamento junto ao tabagista infere na adesão do tratamento e no seu resultado. Daí estudarmos o problema a partir da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1979, 2003).

As representações sociais se manifestam tanto pela linguagem como por imagens (MOSCOVICI, 2003; JODELET, 2003; VALA, 2004). Daí a opção por estas duas formas de manifestação dessas representações no presente estudo.

A análise crítica sobre tais representações deve ser essencialmente política em seu propósito, como nos traz Magalhães (2005) que visa estudar as representações para propor formas de transformá-las e com isso, contribuir para criar um mundo no qual as pessoas possam compreender melhor a relação subjetividade e objetividade.

Para tal, estudamos o fenômeno das representações sociais que permeiam o conhecimento dos profissionais da PSF/ESF/SF diante do tabagista que podem, como supomos, inferir no tratamento.

Decorrente da relevância dos PSF/ESF/SF's na realidade da saúde e nela, a cessação do tabagismo, nossa escolha de profissionais desses programas,

para pensar e propor melhorias no referido âmbito, como parte da discussão deste projeto de pesquisa dentro do Mestrado Profissional em Ensino das Ciências em Saúde e Meio Ambiente do Centro Universitário de Volta Redonda – MEC SMA.

Assim, nosso objetivo foi compreender as representações sociais de tabagistas para profissionais do PSF/ESF/SF de diferentes especialidades em Resende no estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de propor, portanto, uma capacitação específica por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM que possibilite a formulação de estratégias eficientes para estes profissionais diante do tratamento do tabagista.

Para o estudo, são levantadas as seguintes questões norteadoras:

- Quais as representações sociais dos profissionais das PSF/ESF/SF acerca do tabagismo?
- Como as representações sociais dos profissionais das PSF/ESF/SF interferem na adesão do usuário do tabaco ao tratamento oferecido?
- Quais as melhores estratégias para o enfrentamento do tabagismo?

O caminho metodológico percorrido foi em consonância com as Dimensões Novikoff de ensino-aprendizagem da pesquisa. Trata-se de um modelo pautado em cinco dimensões iniciando pela epistemológica, delineada nesta introdução, onde situamos o problema, o objeto, os pressupostos e objetivos. Seguimos nesta fase por uma extensa revisão bibliográfica em diferentes bases de dados das literaturas científicas num período de 8 meses.

Segue a dimensão teórica, compondo o segundo capítulo da dissertação onde foi realizada a análise teórica da revisão iniciada na dimensão anterior, desta vez comparando as definições para alcançar uma interpretação autêntica que justificasse o lugar do intelectual em formação em nível de mestrado.

O terceiro capítulo é elaborado a partir da relação dialética entre as dimensões anteriores, como propõe Novikoff (2010), e é apresentada a dimensão técnica onde é delineado e o caminho metodológico desde a coleta de dados até o seu tratamento, validando a capacidade técnico-científica do estudo. Nós optamos por uma pesquisa empírica de natureza qualitativa. Portanto, apresentamos o Projeto ao Comitê de Ética do Centro Universitário de Volta Redonda e obtivemos parecer favorável CAAE 08263213.4.0.000.5237.

Empregamos a coleta por meio de Técnica Projetiva com uso de desenhos e pequenos textos elaborados sob a perspectiva de Visca (1994) para compreender o fenômeno da configuração das representações sociais.

A dimensão morfológica é apresentada no quarto capítulo, com a descrição e ilustração da Técnica Projetiva.

No quinto capítulo, na dimensão analítico-conclusiva é tecida a análise dialética entre a teoria e os resultados sobressaltando o diálogo dos desenhos com os conceitos e entendimentos sobre o tabagismo.

Compreendendo que o desenho para a Psicologia tem valor enquanto modo de transcrição gráfica de uma imagem mental que nos permite compreender a imagem consciente e inconsciente (latente) do grupo, realizamos a análise destes sob a perspectiva da literatura psicológica (BLEGER, 1975; KÄES, 1976; AIELLO-VAISBERG, 1995).

Apontamos que as representações sociais sobre o tabagista para os profissionais dos PSF/ESF/SF nos permitiu criar uma proposta mais assertiva do tratamento em questão, uma vez que ter possibilitado reconhecer os indícios dessas e sua relação com a não adesão ao tratamento, via capacitação.

Como bem nos aponta Arruda (2008), as representações sociais podem ser refeitas e reconstruídas. Diante disso, percebemos, portanto, que não só estamos diante de forças poderosas - as dos modelos de representações que foram aprendidos e apreendidos-, mas, também, estamos lidando com a força representacional emanada do próprio profissional, que em muitos casos, mesmo

através do não dito, a nós apresentado por Jodelet (2005), ignora o poder de sua visão do outro e do seu discurso na reconstrução de suas representações sobre o vício e a dependência.

Nesta direção que propusemos uma capacitação específica por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM, que possibilite a formulação de estratégias de tratamento para os profissionais dos PSF/ESF/SF's diante do tabagismo, para melhoria da atuação desta equipe multidisciplinar diante deste público alvo: os tabagistas.

A dinâmica que permeia o tratamento antitabagismo prevê o encontro entre profissionais dos PSF/ESF/SF e fumantes e isso, na intenção primeira de serem estabelecidos vínculos entre as partes citadas, os quais possam embasar uma descontinuidade de hábitos, com uma reformulação de atitudes, comportamentos, pensamentos e desejos que envolvam o ato de fumar. Ou seja, tratam inclusive esses profissionais, de reconstruir as representações sociais que os usuários do tabaco trazem consigo e que lhes foi deixada como legado e como herança de outras épocas e de outros grupos sociais que, também com suas representações, vieram para preencher um espaço que se encontrava disponível e fértil: o da subjetividade e o da identidade do outro.

Portanto, o referido estudo se mostrou relevante com base em dois pressupostos. O primeiro, de que discutir as representações sociais sobre o tabagista para os profissionais dos PSF/ESF/SF é um caminho para identificação de estados mentais que alimentam a alteridade do outro como “doente” ou “saudável”. O segundo, de que conhecer as ideias dos profissionais sobre o portador de um vício permite intervenções salutares. Assim, discutir essas representações nos permitiu suscitar estratégias em prol da transformação dessas representações sociais enraizadas e emergentes, de forma significativa.

Guiados por Moscovici (1999), vemos que este encontro entre a subjetividade individual e a intersubjetividade dos profissionais estudados vem para consolidar a ideia de que o sujeito é produto e produtor social, deslizando de

um estado a outro com a possibilidade de rever suas próprias representações sobre o outro quando há diálogo. Eis o valor de nosso produto como proposta de diálogo.

2. A DIMENSÃO TEÓRICA

Ao compreendermos o valor da teoria para o mestrado profissionalizante apontamos os benefícios do recorte teórico para os mestrandos e seus trabalhos. Assim, acreditamos que a teoria favorece na organização de ideias sobre o tema em estudo.

Nesta direção, estruturamos este tópico com a finalidade de trazer a compreensão da natureza das ideias a respeito do tabagismo. Esta doença para ser vencida necessita do envolvimento do profissional que trata dos dependentes de tabaco; de conhecimento científico atualizado e; de experiência na convivência com os tabagistas. Destacamos, então, a necessidade de não nos furtar do fundamental encontro com a teoria como elemento basilar na construção do conhecimento e sua verificação na prática. Portanto, assinalamos que o conhecimento não nasce do vazio, mas das experiências que acumulamos em nossa vida cotidiana e da convivência com diferentes situações intrapessoais ou interpessoais. (NOVIKOFF, 2010)

A dimensão teórica, segundo Novikoff

[...] compreende não só a revisão de teorias, mas a própria teoria que se está formulando. Portanto, enquanto conjunto de hipóteses coerentemente interligadas, tendo por finalidade explicar, elucidar, interpretar ou unificar um dado domínio do conhecimento, a teoria se estrutura. (NOVIKOFF, 2010, p.231)

Assim sendo a teoria adotada neste trabalho diz das representações sociais Moscovici(1979,2003), em que o conhecimento socialmente compartilhado, infere em práticas daí nossa hipótese de que a comunicação estabelecida entre os profissionais das ESF, interfere nos resultados em relação à cessação do tabagismo.

A dimensão teórica possibilita demarcar quais hipóteses sustentam determinada teoria e, daí, contestá-las ou buscá-las para sustentar a teoria que se levanta num determinado projeto de pesquisa. Aqui temos a hipótese de que as representações sociais ajudam na construção do processo de intervenção na melhoria do tratamento, no caso, com os tabagistas. Então, elegemos as teorias que melhor possam orientar-nos em nossa discussão e isso, em prol de uma perspectiva teórico-prática. Teórica, porque nos sustentamos em sólidos, validados e reconhecidos arcabouços e, a partir deles, construiremos conhecimentos e prática, porque dela esperamos despontar estratégias de intervenção ou enfrentamento do problema que levantamos.

Neste sentido, apresentamos neste capítulo ou dimensão, a Teoria das Representações Sociais de Moscovici (1979, 2003), seguida da discussão acerca dos conceitos de saúde e de tabagismo para finalmente descrever a Estratégia de Saúde da Família.

2.1 Teoria das Representações Sociais – TRS

A Teoria das Representações Sociais, ao inaugurar um novo momento, nos leva a alcançar os períodos democráticos, onde experimentamos governos mais transigentes (ALMEIDA et al, 2011). Segundo os autores, foi exatamente, mergulhados no sentimento de tolerância desses novos governos, que nos foi possível pensar e desenvolver teorias sobre o Brasil e sobre os brasileiros e, com isso, possibilitar o deflagrar de uma nova estrada teórica e metodológica, permitindo traduzir a complexidade da nação que o Brasil representa em todas as suas nuances.

Iniciamos o transcorrer dos cenários e contextos que variam do autoritarismo à democracia no Brasil e da relação com os caminhos teóricos e

metodológicos que definem esta nação como proprietária de uma subjetividade própria e singular, a partir de alguns eixos (ALMEIDA et al, 2011).

O primeiro eixo evidencia-se nos momentos iniciais de formulação da república, no qual se debate que a nação deveria emergir a partir da abolição dos escravos. Desta forma, iniciou-se uma discussão com foco na mestiçagem reinante e havia aqueles que defendiam a ideia de separação de cores, uma vez que mestiços ou mulatos eram considerados nocivos ao Brasil. Outra linha de pensadores acreditava que o mestiço era um mal necessário para a constituição de uma nação mais homogênea. Outros tantos afirmavam a necessidade de o Brasil integrar o mestiço em sua constituição e, com isso, formar uma nação integracionista (ALMEIDA et al, 2011).

Fica-nos clara a volta, direcionados por Almeida et al (2011) deste polêmico tema em 1922, com o modernismo, onde seus representantes trazem para a evidência, rostos e corpos de mulatos pintados em tela e na literatura.

No período da ditadura (1964-1985), vemos, com Almeida et al (2011) que o assunto foi submerso e ventilado apenas de forma desenraizada, sem história e sem consequências. Isso nos leva a crer que esta não era uma questão a ser trazida à superfície das discussões, até porque, muito provavelmente, o que menos havia na ditadura eram discussões e ponderações contextualizadas.

Seguindo o caminho das contendas sobre o Brasil e sobre os brasileiros, alcançamos o segundo eixo, a nós apresentado por Almeida et al (2011), tendo como seu alvo toda uma preocupação cultural.

Almeida et al (2011) assinala que Mário de Andrade, referência da época, chama a atenção para a diversidade que encontra no Brasil e na cultura brasileira representando tal pluralidade. Sendo assim, Mário de Andrade encerra um pensamento contraditório, mas que exprime, claramente, a realidade do país e do povo brasileiro: o Brasil como uma unidade marcada e definida por ser, essa terra, múltipla e plural.

Podemos, talvez, aqui refletir sobre o caráter de singularidade que Mário de Andrade confere à nação mediante a multiplicidade e pluralidade que caracteriza o povo brasileiro.

Somos alertados pelos autores que acompanhamos (ALMEIDA et al, 2011), que o Brasil, nos anos 60 e no movimento tropicália, sendo um devorador que tudo absorve, recicla e multiplica, só pode pulsar e transpirar vida em um movimento democrático.

Um Brasil único e inigualável como resultado por ser constituído de tantas diferentes e múltiplas raízes.

Prosseguindo, Almeida et al (2011) nos apresenta o terceiro eixo, no qual pensadores e intelectuais brasileiros tratam da soberania econômica e política do Brasil. O foco desta época foi produzir uma teoria geral sobre o Estado e que permitisse a reflexão sobre a identidade e capacidade resolutiva diante dos graves problemas sociais. Estamos, portanto, diante da ideia de soberania brasileira.

Finalmente contemplamos junto a Almeida et al (2011) o quarto e último eixo nesta contextualização, que se mostra através de um período onde temos os pensadores buscando tratar as estruturas sociais brasileiras e objetivando o bom entendimento deste povo sobre elas, almejando, assim, decifrá-las, trazer à luz as causas do modo de vida dos brasileiros que nasceram das estruturas sociais e culturais deste país: Brasil.

Temos como afirmativa comum que a Representação Social é a forma de saber prático que liga o sujeito a um objeto (ARRUDA, 2002).

A autora nos traz, nessa perspectiva, o quanto é preciso se destacar que a representação social é sempre representação de alguém e de alguma coisa, tendo com seu objeto, relação de simbolização e de interpretação.

Os intelectuais da época puderam avançar neste sentido, em momentos políticos nos quais a ditadura não imperava e isso, exatamente porque

ditadura e reflexão das relações de causalidade são propostas inimagináveis e implicaria discutir sobre o autoritarismo imperando no dia a dia do povo brasileiro.

De forma bastante coerente e lógica, percebe-se que a democracia prepara o solo brasileiro e o intelecto livre das amarras da ditadura para promoverem o avanço e a consolidação da Teoria das Representações Sociais no Brasil e isso, pioneiramente nesta nação (ALMEIDA et al, 2011).

Desde então, a referida Teoria tem permitido que sejam identificadas, descritas e comparadas, as representações de diferentes regiões e objetos que evidenciam a imensurável variedade de experiências culturais brasileiras. Representações que falam do passado, dos antepassados, do presente e do futuro com suas desigualdades e com as similaridades que compõem o desenho do Brasil.

Sendo assim, temos, a nós apresentado, o objeto de estudo que foi assumido pelas representações sociais no país e que encerra um contexto plural e complexo, próprio de um enigma: a nação e os brasileiros (ALMEIDA et al, 2011).

Neste cenário de inauguração da valoração do indivíduo e de seu poder pensar, surge Serge Moscovici, psicólogo social, que vem em sua construção estabelecer um diálogo com Durkheim e como pensador acessível, não se intimidando e, muito menos, se submetendo às determinações proibitivas das ideologias da época que, por si só, contaminam as ciências humanas e sociais. Moscovici propõe a releitura de Durkheim e assim permite que a consideração da vida cotidiana e suas múltiplas complexidades estabeleçam um novo paradigma para a Psicologia Social e as Ciências Humanas e Sociais (ALMEIDA et al, 2011).

Nesta possibilidade de consideração da vida cotidiana e, nela, seus múltiplos enredamentos, trazemos a presença e atuação do profissional da saúde e do diálogo possível entre ele e o tabagista e a valoração do cliente, enquanto indivíduo ativo na busca de sua aprendizagem e cessação do uso do tabaco e de seus derivados.

Almeida et al (2011), nos mostra que o cotidiano, para Moscovici, parte do micro para o macrocosmo, topografia dinâmica, um lugar de reunião e encontro que congrega, no nosso caso, profissional da saúde e tabagista.

Então, vemos Moscovici mostrando-nos que o conhecimento e o caminho que nos leva a ele podem ser trilhados a partir de um processo de ancoragem e objetivação e que aprendemos consensualmente, com objetos oriundos de um universo consentâneo.

Dentro do dualismo tradicional apontado por Almeida et al, 2011, do qual Moscovici escapa, aponta para outro pensamento social, este, derivado do positivismo, considerando-o um pensamento vulgar, falso e menor em relação àquele da ciência. Ou seja, uma valoração menor a algo e este novo valor do pensamento social, aquele que emerge das conversações da vida cotidiana, diária e do senso comum.

O dualismo tradicional é marcado pela evidência de um conhecimento reificado, aquele que é originado na ciência e os consensuais, os quais circulam habitualmente e mostram um modo de aprender o mundo e relacionar-se com ele (ALMEIDA et al, 2011). Moscovici nos traz que são representações da realidade e, na realidade, estão os diálogos estabelecidos entre profissionais da ESF e tabagistas e, nestes diálogos, o emperrar dos resultados na cessação do vício que podem estar balizados pelo valor tradicional, que é representante do discurso clássico do profissional da saúde.

Para Moscovici em (ALMEIDA et al, 2011), aponta para a possibilidade de assumirmos este novo pensamento social como um saber prático que irá permear a realidade dos grupos humanos. Desta forma, pensamos em uma possível e ousada aliança com Paulo Freire, onde percebemos, de forma marcante, que seu pensamento traz em sua essência a possibilidade de uma aprendizagem sustentada na dialética, ação e método no qual as partes aprendem juntas num movimento ativo, vivo e de constante aperfeiçoamento.

Assim, fica-nos a possibilidade de modificação de um pensamento erigido sobre bases científicas e que desvaloriza o pensamento do senso comum do que venha a ser tabagista para os profissionais da ESF, considerando, então, os valores, as ideias e as práticas dos tabagistas.

O mundo que rodeia os grupos sociais através das representações sociais, que podem ser tanto conservadoras quanto inovadoras, possibilita a compreensão, por parte deste grupo, do mundo e formas de lidar com os problemas que nele são identificados.

Se o saber do senso comum é um saber que organiza um modo de vida, é um saber legitimado.

Seguindo em nossa leitura e, ainda acompanhados por Almeida et al (2011), somos apresentados ao 50º aniversário do lançamento do livro *La Psychanalyse son Image et son public*, no qual Moscovici (1961), trata sobre seu interesse em compreender e estudar os processos aferentes de seu enraizamento na consciência dos indivíduos e dos grupos.

Mais uma vez nos ancoramos em Paulo Freire e em sua ideia de que o indivíduo pode ter despertado em si sua consciência crítica e, assim, modificar sua forma de ver o mundo.

Fica-nos evidente, após leitura, que a obra de Serge Moscovici abre uma nova época no campo da Psicologia Social focando e valorizando o pensamento do senso comum, pensamento este que fora, outrora, encoberto pelo regime ditatorial. Moscovici vem pontuando a compreensão necessária para o entendimento do real, das condutas, das maneiras de ser e de agir e da linguagem que está ligada a estes processos e os representa. Portanto, Moscovici deflagra uma possibilidade inédita do diálogo onde o conhecimento do senso comum não é inviabilizado e, sim, enaltecido e apontado como bem vinda passagem.

Seguindo em nossa apreensão bibliográfica, vemos com clareza o fato de que o ingresso e a evolução da Teoria das Representações Sociais brotaram, não coincidentemente, no período de transição para a democracia (1985),

(ALMEIDA et al, 2011). Momento este que significou terreno fértil e adubado para abrigar e gestar as primeiras sementes do que seriam as representações sociais no Brasil e seu objeto de estudo.

Foi neste profícuo solo que se viabilizou estudar e analisar o senso comum, o pensamento social e todas as diferentes e múltiplas riquezas que deles advêm. Este processo fica impedido em um sistema ausente de diálogo, onde não há a possibilidade de diferenças, análises, reflexões e ponderações. Há apenas o regime autoritário, negando-se a probabilidade de diferenças e análises.

Queremos crer com Vieira (2000) que a democracia foi o berço da Teoria das Representações Sociais no Brasil e é quem, por ela, ainda vela.

A tarefa que vem inculcada nas representações sociais é, também, a de estimular e incitar a prática do diálogo. Daí questionarmos a do diálogo entre profissionais da ESF e tabagistas, reconhecendo que a mesma é por si só, audaciosa.

Moscovici inaugurou a prática de estimular e incitar o diálogo, absorvida e adotada na atualidade pelos diferentes campos da sociologia, pensando em valorizar o conhecimento advindo da vivência de cada indivíduo. Certamente, Moscovici, com seu desafio, promoveu um grande impacto no meio científico, mais especificamente, no campo das ciências sociais e humanas.

Percebe-se, de acordo com o avançar da leitura, que a Teoria das Representações Sociais surgiu para dar conta da historicidade que permeava as pesquisas em Psicologia Social. E neste sentido surge Moscovici, com sua visão de necessidade de desnaturalização dos objetos sociais, colocando que estes são predominantemente marcados por uma construção humana e culturalmente determinados. Isso aponta para a constatação de que os objetos sociais eram, à época, atravessados e modificados por essa dimensão.

Na verdade, Moscovici, sabiamente, lançou porções que despertaram o gosto de novos pesquisadores ávidos por sorver do novo das Representações Sociais.

Esta ousadia ultrapassou as fronteiras geográficas, fazendo com que seus braços alcançassem novos continentes.

Na tentativa de elaborarmos uma conjugação entre a Teoria das Representações Sociais, Moscovici e o produto do nosso trabalho neste Mestrado, passamos pela ideia primeira do que venha a ser o nosso produto: um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM, que traga a possibilidade de articulação e de um novo entendimento sobre o tabagismo.

2.2 Saúde

Neste contexto, vale tratarmos, mesmo que de forma breve, o processo saúde e doença. As doenças têm acompanhado o homem ao longo de sua história. As definições de causas variaram frequentemente, impregnadas de fatores culturais e religiosos. A concepção deste citado processo tem evoluído de maior vinculação com a doença e morte para maior vinculação com a qualidade de vida e assim, passando de um sentido negativo para um sentido positivo (MENDES, 1995).

Ainda segundo Mendes, 1996, foi na metade dos anos 70, que surgem as concepções modernas de saúde e que implicam em considerá-las em sua positividade, articulando a saúde com condições de vida, articulando-a com não apenas a ausência de doença e concomitante a isso, afastando-a da lógica da medicalização.

Saúde é, então, o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população e pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996).

Ainda de acordo com Mendes (1996), a saúde, por sua vez e de uma forma cotidiana, aparece como um tema que as pessoas sempre destacam como sendo um componente essencial de seus projetos de vida e daquilo que

consideram como uma vida de qualidade. Entretanto, quando se procura definir o que entendemos por saúde, nos deparamos com muitos desafios e isso por que seu significado depende de variados contextos, valores e culturas.

Neste processo, o conceito de doença passou por mudanças, principalmente no que diz respeito ao fator causalidade (VIANA, 2011).

Atualmente, conceitua-se a história natural da doença como a descrição da sequência de eventos que propiciam o contato e a interação agente e hospedeiro, toda a patogênese, incluindo a manifestação clínica de sinais e sintomas, até um desfecho, seja cura, morte ou seqüela (ROUQUAYROL, 2003).

A OMS indica a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. A abrangência desta definição mostra que saúde e doença não podem ser vistas como questões excludentes, que configuram estados opostos. Neste sentido, podemos pensar o processo saúde e doença intimamente relacionados com fatores sociais, psicológicos, ambientais, genéticos, educacionais, ecológicos, políticos, econômicos e culturais, e deles fazendo parte o processo de utilização do tabaco e de seus derivados.

Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, hábitos e acesso a serviços de saúde.

É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Desta forma, parece-nos ser a relação saúde-doença uma interação dinâmica que provém da ação do meio familiar e profissional do indivíduo, bem como do grau de satisfação e produtividade do sujeito dentro do seu macro e micro espaço.

A proposta por hora é articular os conceitos de saúde e doença mostrando, como, atualmente, estas categorias complexas são entendidas

integrando um mesmo processo e evidenciando, neste momento, como diferentes características desse processo dependem do nível de organização da vida em que se manifesta e, neste sentido, na vida do tabagista.

De acordo com Vianna (2010), os paradigmas sobre o fenômeno Saúde-Doença modificaram-se através dos tempos, evidentemente a partir da evolução da tecnologia e dos avanços socioeconômicos que envolveram as civilizações.

Inserido no contexto do processo saúde e doença, identificamos a Epidemiologia como o estudo da frequência das doenças, agravos ou eventos relacionados à saúde da população, bem como seus determinantes e fatores que influenciam essa distribuição.

Assim, temos na epidemiologia o estudo daquilo que se abate sobre o povo, resultante de um processo e produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, seja individual ou coletivamente.

Em direção a uma conceitualização atualizada temos a epidemiologia como: “o campo das ciências que estuda nas populações os vários fatores e condições que determinam a ocorrência e a distribuição dos eventos relacionados com a saúde”. No sentido mais amplo – estudo do comportamento coletivo da saúde e doença.

Diante do movimento deste referido processo, vemos uma nova condição descortinando-se no cenário mundial: a transição epidemiológica que nasce, a partir de mudanças demográficas, promovendo alterações importantes no perfil de morbimortalidade da população brasileira.

Nesta transição, observa-se o deslocamento do eixo principal de morbimortalidade de doenças infecciosas e problemas materno-infantis para doenças crônico-degenerativas e causas externas, entre elas, o tabagismo.

Desta transição epidemiológica, resulta o fenômeno de transição demográfica, esta, relacionada à composição etária, expressando o envelhecimento da população e indicando a redução da participação dos mais jovens na estrutura etária, revelando expressivo envelhecimento da população brasileira. Há um aumento da longevidade da população e diminuição da taxa de fecundidade, que se evidenciam através de programas de prevenção.

O avanço e a mudança de perfil epidemiológico e demográfico proporcionam grandes benefícios à sociedade, porém, carregam junto seus efeitos adversos. Crescimento desordenado, ocupação irregular e sobrecarga do ecossistema implicam em desordens e doenças emergentes, estas, geradas pela inserção do homem em realidades alheias a ele. Neste sentido, a Saúde Pública e a Epidemiologia e sua Gestão são vistas como ferramentas importantes para investigar, identificar e entender os determinantes e as relações causais.

2.3 Tabagismo

Prosseguindo em nosso estudo e orientados por (MOREIRA *et al* ,1995) temos que o tabaco é utilizado nas Américas há milhares de anos (desde 1000 AC), sob diversas formas, com propósitos culturais e sociais. Nas sociedades indígenas sul-americanas, por exemplo, é parte essencial de ritos religiosos e elemento básico para os chefes espirituais.

Seguindo ainda acompanhados por Moreira (1995), tomamos conhecimento de que os exploradores europeus tiveram seu primeiro contato com o tabaco nas Antilhas, quando os nativos ofereceram as folhas da planta a Cristóvão Colombo. Diferentemente dos efeitos tóxicos e organolépticos buscados pelos índios, o consumo do tabaco objetiva, nas sociedades modernas, o prazer social decorrente de seus efeitos estimulantes, com a instalação da dependência em longo prazo e as consequências crônicas para a saúde (MOREIRA, 1995).

Mesmo sendo o tabagismo uma prática antiga no mundo, só após os anos 80, a nicotina foi incluída como droga que causa dependência psicoativa entre os critérios diagnósticos de doenças (CID X: DSM IV-R). A década de 1990 deu início à segunda batalha contra o tabagismo. Para isto, utiliza-se o conhecimento atual sobre o tabaco e sua dependência, a fim de realizar a prevenção primária e programar intervenção de interrupção. Para erradicação da epidemia de doenças relacionadas ao fumo, deve-se informar e planejar ações. No plano de ação é importante: compreender a epidemiologia (estudo dos fenômenos saúde/doença); rever conhecimento acerca do risco de saúde resultante do tabagismo; saber diagnosticar e tratar dependência da nicotina; implementar intervenção clínica rápida para pacientes fumantes e intervir com público jovem de forma prática.

Segundo a OMS existe hoje 1,2 bilhão de fumantes no planeta, sendo que nos últimos 10 anos, estimou-se que 30 milhões de pessoas foram a óbito por causa do cigarro. em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, identificaram como fatores de risco do uso do tabaco o sexo masculino, idade entre 30 e 39 anos, baixo nível socioeconômico e associação ao consumo de bebida alcoólica MOREIRA *et al.* 1995.

O Brasil, de acordo com relatório da OMS (2011), é o 6º maior consumidor de tabaco do mundo e tem uma das piores taxas anuais de mortes associadas ao fumo na América Latina - 32 mil dos cem mil estimados entre latino-americano. A partir de 1964, o consumo passou a diminuir, passando de 41% de adultos fumantes para 28% em 1992. Com relação ao sexo, inicialmente havia uma prevalência do sexo masculino sobre o feminino. Mas este último aumentou seu consumo e parece que a tendência com o passar do tempo é que essa diferença por sexo seja equivalente ou até maior.

Durante nove anos, as ações educativas foram apenas pontuais – nas duas datas anuais de realização das campanhas. A partir de 1996, passaram a envolver também ações contínuas – programadas, ocorrendo ao longo de todo o ano. O alcance nacional dessas ações se deu graças a um processo de

descentralização através da parceria com secretarias estaduais e municipais de saúde e com Organizações não Governamentais (ONGS),(CONSENSO,2001). Esta descentralização, a nosso ver e diante de nossa prática, contribuiu substancialmente para a eficácia e eficiência do tratamento de controle do tabagismo, uma vez que seguindo os protocolos prescritos pelo M..S., podemos, municípios,em parceria com o estado e outros municípios, obter resultados mais satisfatórios e isso, por meio de in formações que vão sendo disseminadas a nível nacional, estadual e municipal, chegando a cada recanto onde exista um tabagista. Esse processo contribuiu para uma significativa mudança de paradigma, no qual o tabagismo, de um comportamento elegante e charmoso, vem se transformando progressivamente num comportamento indesejável (CADE, 2008).

O nível internacional, temos que em 1988, o Ministério da Saúde dos Estados Unidos da América, publicou um amplo relatório sobre estudos que comprovam a capacidade do tabaco de causar dependência, o que levou a comunidade científica mundial a reconhecer o tabagismo como uma dependência química, portanto doença (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, apesar de todas as evidências apresentadas nos meios acadêmico e científico, em razão da expansão da epidemia do tabagismo, o processo de transformar esse conhecimento em ações e estratégias efetivas para o controle do tabagismo no mundo ocorre lentamente (Ministério da Saúde. 2004). Tal situação, ainda de acordo com o M.S. (2004), possivelmente decorre do fato de que essas ações envolvem diferentes aspectos – sanitários, ambientais, econômicos, sociais e políticos – e estratégias.

De acordo com Cade (2011), a fim de controlar as consequências decorrentes do tabagismo, estratégias internacionais e nacionais têm sido elaboradas, englobando as diferentes fases do problema que compreende, basicamente, a produção do tabaco, o consumo de seus derivados, os efeitos nocivos no organismo, as medidas de prevenção da iniciação e o tratamento dos tabagistas. Quanto ao tratamento, a estratégia recomendada pelo Ministério da

Saúde (2001) é a de que todos os tabagistas devem ser abordados e aconselhados, a deixar de fumar, por profissionais de saúde.

No entanto, apesar de haver a preocupação e o reconhecimento do Ministério da Saúde (2001) e do Instituto Nacional de Câncer (INCA - 2001), em abordar e tratar o fumante, essa ideia vem sendo gradativamente incorporada entre esses profissionais, sendo citadas algumas barreiras para a sua efetivação, como por exemplo, o pouco conhecimento da maioria dos profissionais de saúde, sobre como aconselhar e apoiar o paciente sobre os métodos para deixar de fumar, por serem estas informações, relativamente recentes.

Por outro lado, de acordo com a (OMS), em encontros que realiza desde 1999 com o objetivo de tratar das questões advindas do tabagismo, nos traz que ainda não existe interesse suficiente na maioria dos profissionais de saúde para atender tal clientela, mesmo porque muitos destes são fumantes. Ainda predominam no país as ações assistenciais apesar das propostas de ações integrais propostas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), que contrapõem as medidas de controle e prevenção, dentre as quais as relacionadas ao tabagismo (COSTA, 1998).

Um estudo multicêntrico e internacional, envolvendo 9000 estudantes de medicina de 51 escolas, oriundos de 42 países, identificou que apesar da maioria desses acadêmicos reconhecerem, de um modo geral, que o fumo é extremamente prejudicial à saúde, existe acentuado desconhecimento sobre as consequências do fumo em determinadas áreas (INCA, 2011).

O Instituto Nacional do Câncer (2011) nos traz que os achados mostraram que apenas 29% dos estudantes do último ano de medicina na Europa, 32% nos EUA e 43% na Austrália, sabem que o fumo é a principal causa de doenças vasculares.

Outro aspecto apontado por esse estudo é o de que, “na maioria dos países estudados, entre 30% a 49% dos estudantes disseram que aconselhariam o paciente a abandonar o fumo, sendo que, no Japão, esse percentual foi de

apenas 5%”. Uma curiosidade nesse estudo é que os percentuais encontrados foram sempre menores quando os estudantes eram fumantes. É a maior causa isolada evitável de mortes precoces em todo o mundo e tida, na atualidade, como verdadeira pandemia.

Fumar é um hábito que produz vício pela dependência à nicotina, substância psicoativa, e faz parte do grupo de transtornos mentais e de comportamento, decorrentes do uso de substância psicoativa da Classificação Internacional de Doenças – CID 10^a revisão (F 17), OMS 1997.

De acordo com a OMS (2011), substâncias psicoativas são substâncias naturais ou sintetizadas que, ao serem ingeridas, produzem alterações no SNC - Sistema Nervoso Central, modificando, assim, o estado emocional e comportamental e, por serem psicoativas, produzem prazer, o que pode induzir ao abuso e à dependência.

Em síntese, o tabagismo é uma doença que deve ser estudada sob a perspectiva interdisciplinar e com fins de intervenção.

2.4 Programa Saúde da Família ou ESF

No decorrer do caminho pela busca da descentralização da assistência à saúde e dentro de uma perspectiva de facilitação do acesso da população aos Serviços de Saúde, surge, dentro de uma hierarquização de níveis de complexidade, a atenção básica, representando o nível primário da atenção à saúde com a proposta fundamental de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade (LOURENÇÃO, 2004).

Seguindo esta linha de inovações, temos, portanto, o Programa de Saúde da Família – PSF, enquanto estratégia de reorientação do modelo de cuidado com fins múltiplos, desde o assistencial até a implantação de equipes

multiprofissionais em unidades básicas de saúde e, assim, configurando-se uma importante organização para tratar o tabagismo.

Em 1994 é criado, portanto, o citado Programa juntamente com a criação de procedimentos vinculados ao PSF, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde – PACS. Passados dois anos de sua criação surge por meio da Norma Operacional Básica - NOB 01/96, a definição de um novo modelo de financiamento para a atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção via Piso da Atenção Básica – PAB de dois modos: o PAB Fixo e o Variável³.

Já em 1997 ocorre a implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial temos a “ESF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial vigente na saúde”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e ESF são, portanto, incluídos na agenda de prioridades da política de saúde pelas seguintes portarias: Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do ESF e do PACS.

Prosseguindo nesta trajetória histórica, temos, em 1998, o PSF passando a ser considerado, portanto, estratégia estruturante da organização do sistema de saúde em busca de alcançar a organização da Atenção Básica. Dá-se, neste momento, o início da transferência dos incentivos financeiros às ESF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para a ESF, estabelecida no Plano Plurianual. Este plano, por sua vez, é previsto no artigo 165 da Constituição Federal, e regulamentado pelo Decreto 2.829, de 29 de outubro de 1998. É um plano de médio prazo, que estabelece as Diretrizes, Objetivos e

³ PAB VARIÁVEL - SAÚDE DA FAMÍLIA - Destina-se a manutenção do Programa Estratégia de Saúde da Família, sendo que atualmente o valor esta em R\$ 6.000,00 por equipe. PAB FIXO - Refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, os recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática. (Cf. <http://alsistemas.com.br/Financeiro/manualdasaplicacoesfinanceiras.htm>)

Metas a serem seguidos pelo Governo Federal, Estadual ou Municipal ao longo de um período de quatro anos.

Em 1999 acontece a realização do 1.º Pacto da Atenção Básica. Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo à ESF por cobertura populacional. Nesta evolução temos, em 2000, a Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégia de Saúde da Família e a seguir, em 2001, a edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01”, com ênfase na qualificação da atenção básica e incorporação das ações de saúde bucal nas ESF.

Em 2003, viabiliza-se a transferência do Departamento de Atenção Básica – DAB para a Secretaria de Atenção Básica do SAS/MS, efetivando, assim, integração e início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF).

Em 2006, ocorre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A referida política é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo, federal, estadual e municipal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

De acordo com Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012, no Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Nesta progressão e ainda segundo o Ministério da Saúde (2008), a Saúde da Família - SF confirma-se como estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Seguindo as diretrizes do referido Ministério, estas equipes devem ser estruturadas por conjuntos multiprofissionais compostos por, no mínimo, profissional da saúde, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população; sendo responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 3.000 a 4.500 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área.

Neste sentido referimos aqui, os princípios que fundamentam e direcionam as ações do PSF/ESF/SF e são eles:

- Caráter substitutivo dos modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde APS no país;
- Programas de saúde pública;
- Atendimento à demanda espontânea;
- Integralidade;
- Intersetorialidade: trabalho intersetorial, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.

A partir disso, temos descortinada a ESF enquanto estratégia de reorientação do modelo com fins múltiplos, desde o assistencial até a implantação de equipes multiprofissionais, como referimos anteriormente, em unidades básicas de saúde – UBS, exatamente como uma importante organização para tratar, também, nesta integralidade, do tabagismo como uma doença que além de ser tratada, pode ser evitada.

Nesta configuração, a família passa a ser o objeto de atenção no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença.

Orientados por Silva (2002) temos que, da mesma forma, é um suposto que sua implantação em larga escala seja capaz de reverter uma lógica histórica de atenção à saúde no Brasil, pautada em modelos de atenção profissional da saúde-privatista e sanitaria (MENDES, 1996 e PAIM, 1999). Possibilidade que está condicionada ao modo de operar o Programa de Saúde da Família, de forma a originar novas práticas de atenção pautadas em modelos de promoção da saúde.

Assim, podemos pensar a ESF como inserida no âmbito da reorganização dos serviços de saúde e seu cardápio de ofertas e nela, o programa de tabagismo inserido. A estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970 pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo. Modelo este, que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, se encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. Assim, surge outro desafio, que é tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira. Isto favorece a verificação de que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde".

Neste ponto temos nosso objeto de estudo, que são as representações sociais de tabagista, com os sentidos e os significados sobre o outro que se

constituem as relações e que são estabelecidas entre os profissionais que formam as equipes de PSF/ESF/SF e os tabagistas.

As representações sociais inferem em condutas. Daí o valor de se buscar sua identificação e compreensão para propor formas de intervenção favorecedoras de um tratamento, seguindo orientações e diretrizes do Ministério da Saúde, no contexto da atenção básica, portanto, dentro dos PSF/ESF/SF.

3. DIMENSÃO TÉCNICA

Para dar razão e atingir o proposto nesta dissertação, adotamos as Dimensões Novikoff (2006; 2010) enquanto caminho metodológico. Vale pontuar que as Dimensões Novikoff emergem de um estudo longitudinal desde 2001 até 2006 ancorada em vasta literatura da metodologia, incluindo nesta os estudos sobre os “pólos” De Bruyne (1975). Tal proposta está descrita na tese de doutoramento da autora na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC que, posteriormente foi detalhada num capítulo da obra organizada por Rocha e Novikoff (2010).

Deste modo, o modelo de De Bruyne, denominado de “quadripolar de metodologia para a pesquisa qualitativa”, mais que adaptado pela educadora e pesquisadora Novikoff foi redesenhado para atender a uma metodologia de “ensino-aprendizagem da pesquisa”.

Assim, a metodologia de estudos que ora adotamos é uma novidade no campo acadêmico e auxilia tanto os orientadores como os orientandos na árdua tarefa de planejar, desenvolver e escrever uma pesquisa.

Deste modo, a presente dissertação estrutura-o dentro da pesquisa de natureza qualitativa a partir da relação dialética entre as dimensões, como propõe Novikoff (2010), e é apresentada neste capítulo como parte do conteúdo da denominada dimensão técnica onde é delineado o caminho metodológico desde a coleta de dados até o seu tratamento, validando a capacidade técnico-científica do estudo.

Nós optamos por uma pesquisa empírica dentro da perspectiva qualitativa. Portanto, nos dirigimos ao caminho metodológico, ou seja, a ancoragem teórica de um tipo de pesquisa e às técnicas de coleta de dados correlatas à abordagem de pesquisa, bem como suas formas de análise de dados.

Nesta dimensão, também são apresentados os sujeitos que fizeram parte do contexto desta pesquisa.

Esta trajetória nos permite entender o processo político e científico do nosso trabalho. Político na mesma compreensão que Habermas descreve e que Novikoff nos relembra.

[..] pesquisa é sempre também fenômeno político, por mais que seja dotada de sofisticação técnica e se mascare neutra. Não se reduz a fenômeno político, mas nunca o desfaz de todo. Por isso vale dizer: sabemos mais o que interessa. O que explica, em parte, por que conhecemos muito mais como não mudar, já que a produção de conhecimentos está nas mãos de privilegiados. O desconforto pode ser gigante, quando se descobre, por exemplo, que a pesquisa social sobre pobreza cresceu muito, mas nada tem a ver com sua debelação. É difícil, talvez impossível, estabelecer uma correlação positiva entre o conhecimento da pobreza e o seu enfrentamento prático, embora não fosse impróprio constatar o inverso (HABERMAS, 1982, p.14 apud NOVIKOFF, 2010, p.214)

Na mesma direção apontamos sê-la uma importante e séria tarefa mesmo em programas profissionalizantes que ainda são confundidos com “cursos fáceis”, como demonstra a pesquisa de Silva e Novikoff (2012).

Importa lembrar que o surgimento dos mestrados profissionais no Brasil foi e continua sendo para que se busquem soluções que favoreçam o desenvolvimento social e econômico do país. Também o é para o atendimento das exigências do mercado de trabalho por profissionais com alto nível de qualificação, segundo a portaria nº. 7 de 2009 com a seguinte redação: “(...) a necessidade de estimular a formação de mestres profissionais habilitados para desenvolver atividades e trabalhos técnico-científicos em temas de interesse público” (BRASIL, 2012).

Enfim, sendo, o objetivo do Mestrado Profissional de formar para o mundo profissional atual, exige pesquisa de campo afinada a esta expectativa. Daí

nossa proposta de investigar a subjetividade, para propor soluções de enfrentamento ou intervenção no espaço profissional.

3.1 Percurso Metodológico

Ao entender como pressuposto que a Teoria das Representações Sociais nos permite compreender o pensamento social, ou seja, as representações sociais ou senso comum de um determinado grupo social, acredita-se que a investigação destas possibilita a identificação da forma como os profissionais da PSF/ESF/SF compreendem o tabagista.

Neste sentido, as representações sociais, enquanto fenômenos, referindo neste momento que fenômeno, de acordo com Santaella (1983), é tudo aquilo, seja sensação, sentimento ou ideia, que está presente na mente, seja registro na realidade ou da imaginação, merecem ser estudadas, considerando que possibilitam dois processos: primeiro, compreender a subjetividade; segundo, pensar formas de intervenção.

O estudo foi destinado aos profissionais da PSF/ESF/SF que tratam de tabagistas no Estado do Rio de Janeiro os quais foram informados sobre o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2)** tendo o mesmo sido assinado por cada um dos profissionais. Procurou-se saber deles o que conhecem sobre o tabagista e como o tratam. Daí, levantar a coleta de dados ter sido realizada por meio de técnica projetiva com uso de desenhos e pequenos textos elaborados sob a perspectiva de Visca (1994) para compreender o fenômeno da configuração das representações sociais. Cabe esclarecer que os sujeitos foram abordados individualmente, em diferentes encontros (3) de capacitação para profissionais de saúde das ESF.

A técnica do desenho eleita como metodologia neste trabalho de pesquisa deu-se pela sua potencialidade lúdica e informal de tratar um tema,

aspectos relevantes para se compreender o desenho, sob a luz da Psicologia (BLEGER, 1975; KÄES, 1976; AIELLO-VAISBERG, 1995).

O desenho, segundo Atkison (2008), define como uma prática semiótica, tanto quanto para Barthes (2002), assinalando valor enquanto modo de transcrição gráfica de uma imagem mental que nos permite compreender a imagem consciente e inconsciente (latente) do grupo.

Segundo Penn (2002 in BAUER; GASKELL, 2003) Barthes (1972) vem trazendo uma nova leitura e compreensão dirigida à análise de imagens num processo inverso ao estabelecido por Saussure (1915 apud PENN 2002) na linguística. Neste sentido, vemos as imagens, objetos e comportamentos significando, mas não de forma independente e sim, vinculado à linguística, onde a imagem ancora-se no texto que a acompanha.

A recomendação é que se utilize tal análise, segundo Penn, como pontua Barthes (1972), uma descrição pragmática.

Neste caminho é que se evidencia a diferença entre linguagem e imagem, onde a imagem é, geralmente, passiva de inúmeras interpretações e assim, o texto a acompanha no sentido de dar-lhe sua única mensagem.

A escolha destas pessoas foi dada em razão da abertura da pesquisadora com os profissionais da PSF/ESF/SF em estudo, uma vez que faz parte da equipe onde foi realizada a pesquisa. A amostra foi de 30 profissionais Assim, os entrevistados foram escolhidos contingencialmente, no município de Resende, RJ.

Na aplicação da Técnica Projetiva foi adotada uma dinâmica para realização de um desenho de modo descontraído onde o sujeito convidado a participar foi esclarecido da pesquisa, do objetivo, dos riscos e benefícios, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Acrescenta-se que não houve riscos presumidos para esta pesquisa. O procedimento proposto nesta pesquisa assegurou ao sujeito da pesquisa a devida proteção da sua identidade, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuízo de

terceiros e da comunidade. Desta forma, todo o material foi utilizado para os fins propostos no protocolo de pesquisa, preservando, ainda, a autoestima e o prestígio dos sujeitos da pesquisa.

No desenho, as consignas foram: 1) desenhar um tabagista; 2) dar título ao desenho; 3) escrever 5 palavras que caracterizem um tabagista; 4) circular a mais significativa.

Todos os participantes realizaram a técnica projetiva

Uma vez com os dados em mãos, os analisamos sob à luz da psicologia social de Moscovici (1979), na sua perspectiva psicossocial (VALA, 2004), verificando a frequência com que estes sujeitos demonstraram os conhecimento sobre os tabagistas.

Nesta psicologia observa-se, além da forma, a imagem constituída de percepção, além da estética, seja de produção ou recepção. São dados para compreender o processo perceptivo. A percepção é entendida aqui como uma elaboração ativa, uma complexa experiência que transforma a informação recebida em atitudes. Neste contexto, a valoração e a forma de enfrentamento da doença pode ser trabalhada/analísada.

Os dados serão apresentados em forma de imagens e textos na dimensão morfológica.

3.2 O Produto

Os benefícios que esta pesquisa permitiu a criação de um “dispositivo auto-instrucional” em forma de CD-ROM intitulado “Instrumentação dos Profissionais do Programa de Estratégia de Saúde da Família para o tratamento de tabagistas”, como “produto” que é usado para cobrir tanto bens como serviços (OSLO, 2004).

A nossa finalidade é, portanto, promover uma auto-capacitação (serviço) por meio do CD-ROM que possibilite a formulação de estratégias de tratamento para os profissionais dos PSF/ESF/SF diante do tabagista, para melhoria da atuação desta equipe multidisciplinar diante deste público alvo.

A sua estrutura procura atender ao entendimento de inovação tecnológica apontado no relatório de Oslo (2004), ou seja, a “capacidade de determinar a escala das atividades inovadoras, as características (...) inovadoras e os fatores internos e sistêmicos que podem influenciar a inovação é um pré-requisito para o desenvolvimento e análise de políticas que visem incentivar a inovação tecnológica” (OSLO, 2004, p.5).

Os principais componentes das “Inovações Tecnológicas em Produtos e Processos (TPP)”, segundo o citado relatório

[...] compreendem as implantações de produtos e processos tecnologicamente novos e substanciais melhorias tecnológicas em produtos e processos. Uma inovação TPP é considerada implantada se tiver sido introduzida no mercado (inovação de produto) ou usada no processo de produção (inovação de processo). Uma inovação TPP envolve uma série de atividades científicas, tecnológicas, organizacionais, financeiras e comerciais. Uma empresa inovadora em TPP é uma empresa que tenha implantado produtos ou processos tecnologicamente novos ou com substancial melhoria tecnológica durante o período em análise.(OSLO, 2004, p.54)

A inovação tecnológica de produto requer alguns parâmetros, tais como:

- Desenvolvimento de toda uma linha nova de pacotes distintos para os clientes oferecendo aos clientes graus variáveis de assistência/apoio.
- Introdução de novos aplicativos de multimídia que podem ser usados para fins educativos, eliminando-se a necessidade da presença real de um instrutor humano.
- Utilização de técnicas de programação orientadas pelo objeto no desenvolvimento de sistemas de processamento automático de dados.
- Desenvolvimento de novos métodos de gerenciamento de projetos.

- Desenvolvimento de aplicativos de software através de computer-aided design (CAD).

Nosso produto atende as características supra citadas, uma vez que atende aos profissionais em foco, como forma de oferecer informações e apoio no tratamento do tabagista de modo educativo e “eliminando a necessidade de presença real de um instrutor humano.”

Nosso produto está dividido em cinco partes, a saber:

Uma breve apresentação sobre o CD-ROM e seu potencial auto-instrucional; introdução; histórico sobre o PSF/ESF/SF; Vídeos e, por fim, apresentam diferentes estratégias de intervenção.

4. DIMENSÃO MORFOLÓGICA

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo em duas etapas. A primeira a descrição do estado do conhecimento e em seguida a exposição da técnica projetiva.

4.1 O Estado do Conhecimento

Neste tópico realizamos um estudo do conhecimento no banco de dados da CAPES (2000 a 2011), na busca para perceber se já havia sido realizada alguma pesquisa que continha os mesmos princípios epistemológicos que esta. Diante desta busca, foram encontrados variados trabalhos que discutiam as Representações Sociais e os princípios da saúde, mas em relação ao tabagismo, ao tratamento ou análise, estava condicionado ao olhar do tabagista sobre o ato de fumar ou de se cuidar. A lacuna que observamos foi a da ausência da representação de tabagista por parte de quem o atende em programas de saúde, em especial o ESF.

Exemplos de objetivos são:

“Construir os Discursos do sujeito coletivo que expressam as representações sociais de mães fumantes frente ao tabagismo passivo de seus filhos.” (MP2013001)

“Compreender como os indivíduos vivenciam e elaboram o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais, a partir da experiência de ex-fumantes.” (MP2013002)

“Apreender os significados do tabagismo na dinâmica social, baseando-se na Teoria das Representações Sociais.” (MP2013003)

“Apresentar os mecanismos envolvidos no processo de tomada de decisão dos fumantes para a cessação do tabagismo, visando proporcionar uma nova perspectiva com relação ao “momento da cessação do tabagismo.” (MP2013004)

“Estimar a prevalência do tabagismo e o uso de outras drogas e descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que frequentam o Centro de Fisioterapia Oscar Pires de Andrade do SUS de Itapira-SP.” (MP2013005)

Em relação à metodologia empregada por estes trabalhos, são todas de natureza qualitativa, variando suas estratégias de coleta e análise, conforme os textos dos trabalhos apresentados abaixo.

“A metodologia empregada, com base qualitativa, esteve apoiada na técnica de análise dos depoimentos e montagem dos Discursos do sujeito coletivo, proposta por Lefèvre e colaboradores (2000).” (MP2013001)

“A pesquisa desenvolve um estudo qualitativo com indivíduos que deixaram de fumar há pelo menos um ano e estavam em acompanhamento no Centro de Referência Estadual de Prevenção e Tratamento do Tabagismo (CREPTT). Foram entrevistados 17 sujeitos (11 mulheres e 6 homens), com idades entre 36 a 71 anos. Os dados empíricos obtidos a partir dos discursos dos informantes foram analisados segundo a Análise Temática de Conteúdo e interpretados com aporte da Teoria das Representações Sociais.” (MP2013002)

“O estudo foi desenvolvido com adultos, com idade entre 20 a 59 anos, de baixa condição sócio-econômica, em Natal-RN. Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados o Teste de Associação Livre de Palavras e uma entrevista semiestruturada, realizados com fumantes e não-fumantes, além de uma entrevista estruturada, realizada com fumantes, não-fumantes e ex-fumantes, que foram analisadas através da estatística descritiva, da Técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, e dos Programas ALCESTE e EVOC 2000.” (MP2013003)

“Revisão Bibliográfica.” (MP2013004)

“Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, modelo inquérito, com uma abordagem metodológica quantitativa. Dos 399 pacientes agendados, foram entrevistados 217 (54,38%) pacientes, nos meses de julho e agosto de 2010. Os pacientes foram entrevistados pelo pesquisador deste trabalho, conforme o Questionário Sócio-demográfico sobre Prevalência do Tabagismo no Centro de Fisioterapia de Itapira - SP (SUS) e Teste de Fagerstrom para a Dependência a Nicotina (FTND), Questionário ASSIST V. 3.0. A média de idade dos pacientes

entrevistados foi 50 anos, com maioria do sexo feminino (63, 13%), a moda de anos (?) de escolaridade foi 11 anos e a mediana foi cinco.” (MP2013005)

Em síntese, os dados apontam para a importância e o ineditismo do presente trabalho, que pensa na atividade do profissional de saúde frente ao tabagista.

4.2 A Técnica Projetiva

Ao entrarmos em contato com os resultados obtidos da aplicação da Técnica Projetiva do Desenho, bem como de suas consignas que são: desenhar um tabagista, dar título ao desenho, escrever cinco palavras que caracterizem o tabagista e circular a mais significativa, criamos as categorias de análises ilustrada na Tabela de Análise da Técnica Projetiva (APÊNDICE 2) que estão apresentados no decorrer deste texto e distribuídas nas tabelas 1 e 2.

Na primeira etapa da referida Técnica foi solicitado que se desenhasse um tabagista que nos possibilitou gerar duas grandes categorias denominadas de “**Cenário**” e de “**Figuras**”.

A grande categoria “**Cenário**” foi subdividida em outras duas categorias medianas denominadas em “Desenho/cenário” e “Desenho/dimensão”. Na mediana que descreve o desenho dentro de um cenário geramos outras 4 categorias menores com os seguintes critérios:

1. Simples em que o cenário observado foi em relação a descrição de até dois elementos na composição do desenho.
2. Complexo 1 – enquadra os desenhos complexos com 2 a 3 elementos na composição do desenho.
3. Complexo 2 – agregou os desenhos com mais de 3 elementos na composição do desenho.

4. Lugar – aponta o lugar onde o desenho é pensado (casa, hospital, outro)

Na categoria mediana denominada “Desenho/dimensão” encontramos três categorias menores. Estas descrevem o desenho em “pequeno”, “médio” e “grande”. A categoria de tamanho foi medida segundo as dimensões da área do desenho demarcada por um retângulo de 10x12. Assim, o desenho sendo menor que a metade da área estabelecida seria considerado “pequeno”. Se o desenho ultrapassasse a linha mediana, sem contudo, ter ultrapassado mais de um terço da área do desenho seria categorizado “médio”. E os desenhos que chegassem a medida superior a um oitavo da área seriam considerados “grandes”.

A grande categoria “Figuras” foi subdividida em duas categorias médias denominadas de “Corpo humano” e de “Objeto”.

Na categoria média “Corpo humano” encontramos 11 pequenas categorias que se explicam por elas mesmas. A saber: 1. Homem; 2. Mulher; 3. Adolescente; 4. Objetado; 5. Animal; 6. Saudável; 7. Doente; 8. Sentimento; 9. Alegre; 10. Triste e; 11. Sem expressão

Na categoria média “Objeto” encontramos duas categorias menores “Cigarro” e “Outro”.

Na segunda consigna “escrever cinco palavras que caracterizem o tabagista e circular a mais significativa” criamos as categorias de acordo com as palavras e/ou expressões usadas gerando categorias únicas que caracterizavam os desenhos em “Características Físicas”, “Características Psíquicas” e “Atitudes”.

Seguem no decorrer deste texto a descrição dos dados e sua análise.

4.3 Descrição dos dados da técnica projetiva

As categorias da Técnica Projetiva, como apontado anteriormente são descritas neste tópico por partes.

A primeira descrição é em relação aos sujeitos, segue a descrição do desenho com as suas categorias “Cenário” e depois em relação a “Figuras”.

4.3.1 Os sujeitos

A nossa pesquisa foi realizada junto a um total de 30 profissionais onde, 92% são do sexo feminino e 8% do sexo masculino e na idade entre 25 a 50 anos. Todos com nível superior e de especialização. Somente um dos profissionais com Mestrado Entre todos circulam algumas funções e são elas: 4 médicos, 16 enfermeiros, 6 agentes comunitários de saúde, 3 dentistas e 1 fisioterapeuta.

4.3.2 O desenho: Cenário

Esta categoria é ilustrada na tabela 1.

Tabela 1– Distribuição das categorias dos desenhos da categoria “Cenário” sobre o Tabagista dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.

SUJEITO	1 – Desenhar um tabagista.						
	CENÁRIO						
	Desenho/cenário				Desenho/dimensão		
	Simple (até dois elementos)	Complexo 1 (de 2 a 3 elementos)	Complexo 2 (mais 3 elementos)	LUGAR	Pequeno	Grande	Médio
	Simple (até dois elementos)	Complexo 1 (de 2 a 3 elementos)	Complexo 2 (mais 3 elementos)	LUGAR	Pequeno	Grande	Médio
	13%	21%	67%		40%	33%	27%

4.3.2.1 “Desenho/cenário”

A descrição nesta categorização é multifaceta, ou seja, o tabagista é desenhado em três cenários, onde não apresentam um lugar definido, exceto, os seguintes: cemitério (3 indicações); hospital (1 indicação); campo (1 indicação) e; casa (1 indicação).

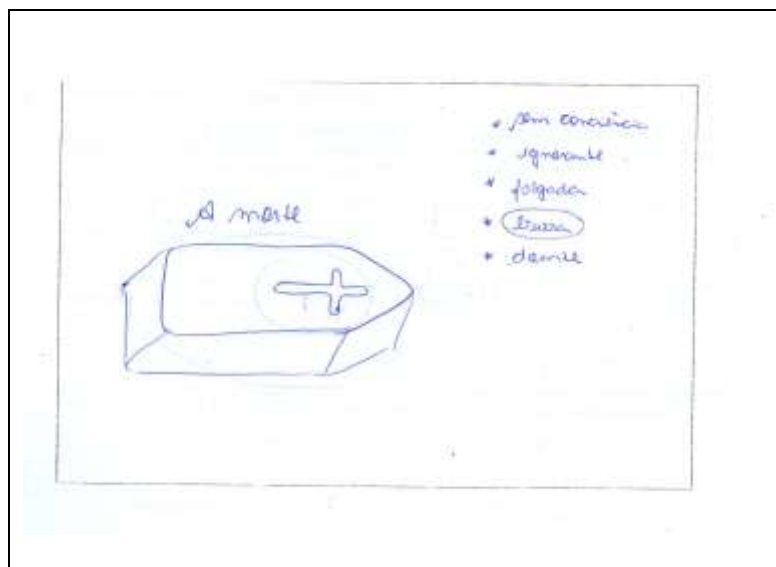


Fig 1. “Cemitério” (06_F_ACS)

4.3.2.2 “Desenho/dimensão”

A descrição em relação a Categoria “Desenho/dimensão” apresenta-se distribuído de modo equitativo, sendo 12 desenhos na dimensão “pequena”; 10 na “grande” e 8 na “média”. Sendo que quanto maior o desenho, maior foi a sua complexidade. E quanto menor o desenho menor a sua complexidade (Figura 2).



Fig. 2 “Complexidade” (09_F_E)

4.3.3 O desenho: Figuras

Em relação à distribuição da categoria “Figura” temos as categorias menores “Corpo Humano” e a “Objeto”, representados na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição das categorias dos desenhos da categoria “Figuras” sobre o Tabagista dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.

SUJEITO	1 – Desenhar um tabagista.												
	FIGURAS												
	Corpo humano											Objeto	
	Homem	Mulher	Adolescente	Objetado	Animal	Saudável	Doente	Sentimento	Alegre	Triste	Sem expressão	cigarro	outro
	27%	23%	50%	20%	3%	70%	30%	80%	53%	20%	27%	80%	20%

4.3.3.1 “Corpo Humano”

A categoria em apreciação destaca a figura relacionada aos adolescentes (50%), ilustrada na figura 3.



Fig3. “Jovem” (011_F_E)

4.3.3.2 “Doença” e “Saúde”

A maioria (70%) apresenta aspecto de sujeitos “saudáveis”, conforme a figura 4 .



Fig. 4 “Saudável” (021_F_E)

4.3.3.3 “Sentimentos”

Ainda tratando da categoria “Figura” os resultados denotam que 80% desenharam o tabagista com algum tipo de sentimento. E destes 53% são alegres (figura 5); 20% expressam tristeza e 27% sem expressão.



Fig 5." Alegria" (015_F_E)

Vale apontar que os tamanhos dos desenhos não estão correlacionados aos sentimentos. Contudo a complexidade do desenho, como ilustra a figura 6 está associada ao sentimento de “alegria”.



Fig. 6 “Alegria” (022_F_ACS)

4.3.3.4 “Objeto”

O objeto cigarro aparece em 80% dos desenhos, e em 20% são desenhos de animais e/ou caixão.

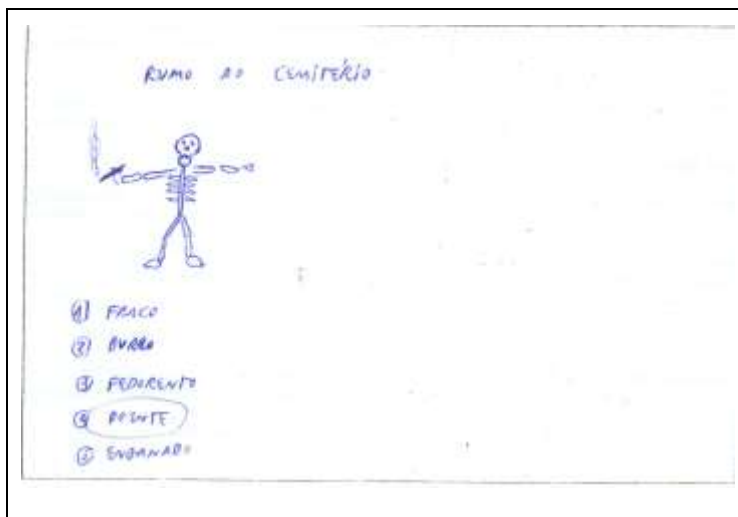


Fig7. “Cigarro” (01_M_M)

4.4 O Título do Desenho

Em relação ao título, chegamos a três categorias. A saber: “Visão negativa”; “visão positiva” e “visão neutra”, demonstradas na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das categorias referentes à visão dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.

VISÃO NEGATIVA	VISÃO POSITIVA	VISÃO NEUTRA
84%	11%	5%

Assim, 84%, dos entrevistados possuem uma perspectiva negativa sobre o tabagista em que o mesmo é descrito, por exemplo, como “Burro” (02_F_M); “Pé na cova” (025_F_ACS); “O vício controlando a vida” (012_F_E).

Somente um total de 11% entrevistados possuem uma perspectiva positiva sobre o tabagista. Exemplos: “Prazer” (03_F_M); “Estou de boa” (015_F_E); “Estou de bem com a vida” (22_F_E)

Um mínimo de 5% dos profissionais possuem uma visão neutra do tabagista. Exemplo: “O resultado” (027_F_ACS).

Quanto as formas de expressão encontramos 4 categorias. São elas “adjetivos”; “metáforas”; “fala pelo outro” e; “expressão chavão”, de acordo com a tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das categorias de expressão das palavras descritivas dos títulos dos desenhos dos Profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, RJ.

ADJETIVOS	METÁFORAS	FALA PELO OUTRO	EXPRESSÃO/ CHAVÃO
18%	27%	17%	38%

Exemplos: Folgado (08_F_D); “A tabagista ansiosa” (10_F_E); “Tabagista crônico” (19_F_E).

Em relação à segunda consigna “Escrever cinco (5) palavras que caracterizem um tabagista” as categorizações do desenho apresentaram 4054 evocações e destas geramos três categorias denominadas de características “Físicas”, “Psíquicas” e de “Atitudes”.

A análise das mesmas foi de dois modos. A primeira análise foi em razão da frequência de uso da palavra ou expressão e a segunda centrou-se na ordem de aparecimento das palavras, trazendo a tona uma representação oposta entre as mesmas, como mostramos a seguir.

As categorias foram distribuídas de acordo com a tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das categorias, segundo as evocações de palavras da Técnica Projetiva que caracterizam o Tabagista pelos Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.

CARACTERISTICAS FÍSICAS	CARACTERISTICAS PSÍQUICAS	ATITUDES
41	53	53
141	143	148
33%	33%	34%

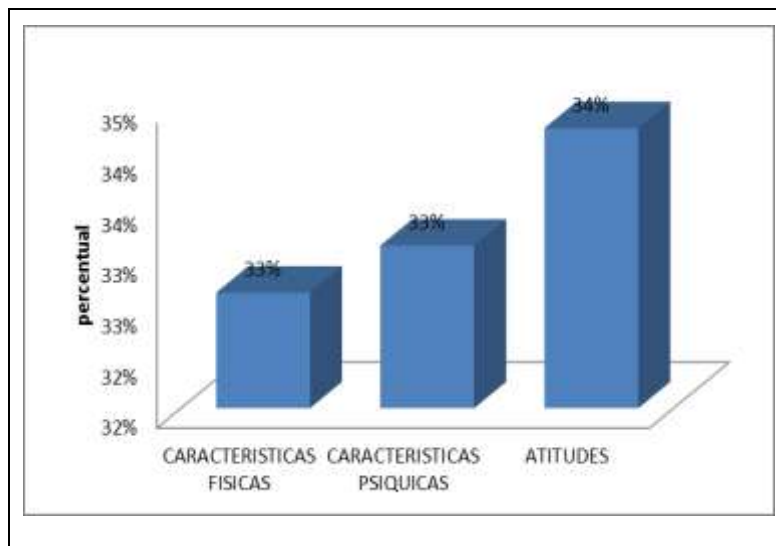
Na categoria "Características Físicas" temos 141 evocações, sendo 41 expressões geradas pela similitude, ou seja, sinônimos e aproximações de verossimilhança. Ex.:velho, idoso, envelhecido.

Na categoria denominada de "Características Psíquicas" encontramos 143 evocações gerando 53 expressões de verossimilhança. Ex. ansioso, ansiedade, agitado.

Em relação à categoria "Atitude" temos 148 evocações com 53 expressões por semelhança ou aproximação de sentido. Ex.: câncer, morto e doente.

No geral os dados mostram que as expressões referentes às "Atitudes" sobressaem, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das categorias das características sobre os tabagistas, segundo os Profissionais do PSF/ESF/SF-Resende, RJ.



Destas características 97% são negativas e somente 3% ressaltam características positivas como “esperançoso”; “prazer” e “socorro”.

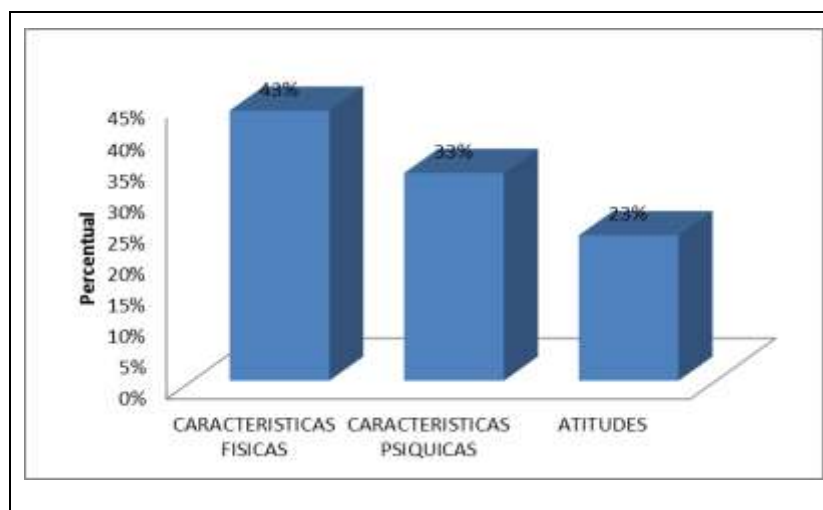
Em relação à terceira consigna “Circular a mais significativa para você”, também geramos as mesmas categorias anteriores, ou seja, características “Físicas”, “Psíquicas” e de “Atitudes”. Estas são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das categorias, segundo as evocações de palavras mais significativas da Técnica Projetiva que caracterizam o Tabagista pelos Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	CARACTERÍSTICAS PSÍQUICAS	ATITUDES
13	10	7
43%	33%	23%

Quando se apresenta a análise destacando as expressões “mais significativas”, neste momento, destacam-se as “Características Físicas” que podem ser visualizadas no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição das categorias das características mais significativas sobre os tabagistas, segundo os Profissionais do PSF/ESF/SF -Resende, RJ.



Cabe destacar que aqui todas as características físicas são negativas. Observamos que estas características “significativas”, apontadas pelos Profissionais representam o contrário das evocações anteriores, onde foram analisadas todas as palavras, sem destaque para a “mais significativa”.

A distribuição das evocações de palavras “mais significativas” dos profissionais expressaram 43% com grande inclinação para as relacionadas às características físicas tais como doente, morte e feio.

Apesar desta correlação “negativa” do tabagista há evocações de palavras que expressam a esperança, como na figura 8.



Fig8. "Esperança" (014_F_ACS)

Quando se cruza as categorias do desenho é possível observar a representação imagética de um sujeito que está num lugar distante do Profissional do PSF/ESF/SF de Resende, no estado do Rio de Janeiro. Em nenhum desenho aparece o sujeito em diálogo com este profissional. Dados que são analisados no próximo capítulo.

5. DIMENSÃO ANALÍTICO–CONCLUSIVA

Neste capítulo tecemos algumas articulações dos dados apresentados anteriormente a dimensão teórica. Na sequência é apresentado o nosso produto, como resultante desta busca pela compreensão das representações sociais do tabagista de um grupo sócio profissional, os do PSF/ESF/SF de Resende.

5.1 Discussão do *corpus* teórico e da Técnica Projetiva

A história do tabaco parece guardar força na memória coletiva dos profissionais do PSF/ESF/SF de Resende, quando observamos que estes associam o tabagismo entre o glamour e a decadência do ser tabagista.

Tal fato mostra-se evidente a partir da percepção de que há duas décadas, numerosos hábitos e comportamentos eram tidos como corriqueiros e sequer despertavam interesse entre os profissionais de saúde, entre eles, o tabagismo, que era considerado "um vício elegante" (FOCCHI, 2006).

Em contrapartida e de acordo com Laranjeiras (2004), o que hoje se apresenta é que fumar ha muito deixou de ser um ato de *glamour* e é, atualmente, o comportamento que mais produziu mortes na história da humanidade.

Seguindo nosso arcabouço teórico aportamos nas Representações Sociais e nelas também balizamos a construção deste trabalho no sentido de que, temos, acompanhados por Arruda (2002) a afirmativa comum que a representação social é a forma de saber prático que liga o sujeito a um objeto.

Desta forma nos permitimos pensar na relação que usuário e profissional estabelecem em busca da adesão e cessação do vício, mas que permeada pelos sentidos variados, esta relação se fragiliza diante das representações sociais com características de similitude que o grupo de profissionais constitui acerca do tabagista.

Jodelet (2001) já nos ensinou, nessa perspectiva, o quanto é preciso se destacar que a representação social é sempre representação de alguém e de alguma coisa, tendo com seu objeto, relação de simbolização e de interpretação.

Deparamo-nos, então, diante da constatação de que o tabagista foi, finalmente, inserido dentro do processo saúde e doença.

A concepção deste citado processo, como pontuamos anteriormente, tem evoluído de maior vinculação com a doença e morte para maior vinculação com a qualidade de vida e assim, passando de um sentido negativo para um sentido positivo (MENDES, 1995). Podemos ter inserido, portanto, neste contexto, o tabagista que além de ser alvo de morte, tem comprometida, enquanto sobrevive, sua qualidade de vida e a das pessoas que o rodeiam e isso, quer dizer, tanto de forma ativa quanto passiva.

As representações sociais instituídas ao longo da história como nos esclarece Almeida (2011), nos traz a possibilidade de consideração da vida cotidiana e, nela, seus múltiplos enredamentos. Neste cotidiano ousamos verificar as representações sociais destes profissionais da saúde sobre os tabagistas e a valoração do mesmo, enquanto indivíduo ativo na busca de sua aprendizagem e cessação do uso do tabaco e de seus derivados.

As representações sociais investigadas nesta pesquisa indicaram uma concepção de tabagista com maior vinculação com a doença e a morte em detrimento da vinculação com a qualidade de vida. Cabe destacar que as palavras “mais significativas” destacaram as características físicas negativas. Cremos seja por conta da cultura de focar no diagnóstico “doença” e não no doente, ser com possibilidades.

A proposta de enfrentamento da doença deveria ser de vinculação inversa e assim, passando de um sentido negativo para um sentido positivo como já pontuou Mendes (1995) em seu estudo da relação entre o processo de produção social associado a acesso a bens e serviços econômicos e sociais e a qualidade de vida.

Portanto, neste contexto, o tabagista deve ser entendido na sua totalidade, ou seja, pensado como sujeito vivente de uma sociedade consumista, numa cultura específica, com um núcleo familiar e uma subjetividade a ser compreendida e não um doente “burro”; “pé na cova”; “sem amor próprio”. Deve ser entendido, então, como uma pessoa “ansiosa”; “dependente” e “esperançosa”. Assim, a ação do profissional será nesta direção de atenção, cuidado e respeito. São representações negativas que podem levar ao abandono ao tratamento.

É com uma perspectiva humanizada da saúde que acreditamos favorecer a percepção dos profissionais frente aos tabagistas e possamos fortalecer a cultura em prol da qualidade de vida. Afinal, são os profissionais que devem compreendê-lo dentro do contexto sócio histórico e que além de ser alvo de morte, tem comprometida, enquanto sobrevive, sua qualidade de vida e a das pessoas que o rodeiam e isso, quer dizer, tanto de forma ativa quanto passiva. Daí sinalizar ao tabagista que há saúde a ser alimentada e esta depende de uma parceria humanizada entre o profissional e o tabagista.

5.2 O Produto

O nosso produto é um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM que possibilite a formulação de estratégias eficientes para estes profissionais diante do tratamento do tabagista. O movimento inicial de apresentação do referido produto contém a essência da nossa proposta que é a de viabilizar a transformação do “pensar o tabagista” e por ele, desenvolver estratégias de acolhimento humanizado que permitam aprimorar o protocolo de cessação do vício.

A estrutura do nosso produto está configurada por quatro (4) partes. Na primeira parte trazemos a apresentação do mesmo. Na segunda temos a introdução. Na terceira a sensibilização contendo entrevistas onde a pesquisadora

trata do tema para o público, via televisão e, finalmente na quarta parte trazemos as técnicas de atendimento que poderão ser conhecidas, orientadoras e utilizadas, pelos profissionais diante do tabagista, como ferramentas no processo de tratamento em busca da cessação.

De modo geral, nosso intuito primeiro, com este produto, é fazer com que ele provoque, em cada profissional que se ver diante da possibilidade de tratar um tabagista, uma transformação do sentido do que venha a ser este ser adoecido e do que ele necessita para se curar e se livrar das amarras da dependência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais instituídas ao longo da história nos traz a possibilidade de consideração da vida cotidiana e, nela, seus múltiplos enredamentos. Neste cotidiano ousamos verificar as representações sociais dos profissionais do PSF/ESF/SF de Resende sobre o tabagista, com a finalidade de valoração do trabalho destes profissionais frente aos tabagistas, na mesma relação valorativa, uma vez que este, também deve ser tratado como indivíduo ativo na busca de sua aprendizagem e cessação do uso do tabaco e de seus derivados.

O projeto desenvolvido neste estudo nos permitiu compreender as representações sociais dos tabagistas para estes profissionais, como sendo pessoas jovens na figura de homem e adultos doentes na figura de mulheres.

As representações sociais levantadas nos permitiu delinear três categorias e dois modos. As características denominadas de “características físicas”; “características psíquicas” e “atitudes”. O primeiro modo ou análise foi sobre o total de palavras evocadas nos desenhos e sobressaiu a categoria das “atitudes” com 34% do total. Em relação a mais significativa a “característica física” destacou-se com 43% das opções. Assim, as representações sociais dos profissionais estudados marcam a ideia de um tabagista com atitudes “negativas” e as “características físicas” depreciativas.

Os resultados guardam correlação com a teoria, sobre a faixa etária que mais chama a atenção tanto para os órgãos públicos de saúde como para os profissionais estudados, “O Adolescente”.

Assim, apontamos que a figura do “Adolescente” que sobressaiu nos desenhos vem ao encontro das ações do Ministério da Saúde em relação ao foco escolhido pelas indústrias do tabaco que acentuam suas estratégias de divulgação

e de modificação do cigarro com uso de aromas e químicos que possam atrair esta faixa etária.

A localização dos cigarros perto de doces e balas dos cigarros em lojas de conveniência também reforça o exposto acima.

As mulheres diferentemente de décadas atrás se tornam consumidoras e dependentes do cigarro e revelam um grau de dificuldade na adesão e cessação do vício.

Percebemos, também, que os profissionais que desenvolvem suas atividades no Programa de Combate ao Tabagismo ainda carregam ideias e valores que merecem uma revisão em prol do fortalecimento deste grupo para efetivar a adesão e a cessação deste vício pelo tabaco.

Deste modo nossa suspeição de que os tabagistas pouco aderem ao Programa, pode estar relacionado a forma como estes são representados pelos profissionais pode estar dificultando esta adesão, acentua-se e nos instiga a novos estudos, ampliando o grupo, agora junto aos próprios tabagista. Aqui marcamos nossa proposta de continuidade de pesquisas.

Acrescenta-se que na ampliação do estudo será possível comprovar a eficiência do nosso produto que é uma capacitação específica por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM que possibilite aos profissionais do PSF/ESF/SF uma visão mais humanizador do tabagista.

Enfim, os profissionais estudados denotaram uma dificuldade em perceber o tabagista como ser em tratamento que necessita de um discurso mais humanizador, ai a validade de nosso produto como recurso instrucional em prol de novas percepções sobre o tabagista como homem em busca do direito a vida saudável.

7 REFERÊNCIAS

AIELLO-VAISBERG, Tânia Maria José. **O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade.** Psicol. USP [online]. 1995, vol.6, n.2, pp. 103-127. ISSN 1678-5177.

ALBUQUERQUE, C.M.S.; OLIVEIRA C.P.F. **Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança.** Revista do ISP. 2002. Disponível em: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm] Acesso em: 30 novembro 2010.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos; TRINDADE, Zeidi, Araújo. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos.** Brasília: TechnoPolitik, 2011.

ARRUDA, A. **Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero - Cadernos de Pesquisa**, n. 117, novembro, 2002.

ATKINSON, D. **Pedagogy Against the State** *Internacional Journal of Art and Design Education*, Vol 27 – 2008.

BARTHES, Roland. **Para/ou onde vai a literatura.** In: VÁRIOS. *Escrever... para quê? Para quem?* Lisboa, Edições 70, 1975.

BAUER, Martin W. & GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** 2ªed. Pedrinho A. Guarechi (Trad). Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

BAUER, Martin W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: Editora Vozes, 2003..

BLEGER, J. **Psicología de la conducta.** Buenos Aires, Paidós, 1975.

BLEGER, J. **Temas de psicologia.** Buenos Aires, Nueva Vision, 1972.

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.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil).

Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer INCA**.

Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 38 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.035 de 31 de maio de 2004**. Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer**. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: INCA, 1997, 52 p.

CASTRO, R. V. Prefácio. In ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira *et al.* **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: TechnoPolitik, 2011.

COSTA, N. R. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação: saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: HUCITEC; 1998.

COUTINHO Sattler, Alexandre; VALADÃO Cade, Nágela. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, núm. 1, enero, 2013, pp. 253-

264. Rio de Janeiro, Brasil: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

DE BRUYNE, P. et. al. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

FOCCHI G.R.A. **Tabagismo**: dos fundamentos ao tratamento - Rev. psiquiatr. clín. vol.35 no.1. São Paulo, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: Saberes Necessários à Prática Educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

IGLESIAS, V., Cavada, G., Silva, C. ; CACERES, D. Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use. **Revista de saúde pública**, 41, 517-22, 2007.

JODELET, Denise (Org.) **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ. 2001.

_____. Experiência e representações sociais. In MENIN, Maria Suzana De S.; SHIMIZU, A. de M. **Experiência e Representação Social**: questões teórico e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAËS, R. **El aparato psíquico grupal**: Construciones de grupo. Espanha: Garnica Editor, 1976.

LARANJEIRAS, Ronaldo – In: RAW, Martin. **Parar de fumar é possível** – Publifolha – 2 ed. São Paulo – 2009.

LOURENÇÃO L.G.; SOLER, Z.A.S. O Movimento de Retorno ao Sujeito e a Abordagem das Representações Sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

_____. **Implantação do Programa Saúde da Família no Brasil**. Arq Ciênc. Saúde. v.11, n. 3, p.158-62, 2004.

MAGALHÃES, I. **Gênero e discurso no Brasil**: Discurso & Sociedad, 3 (4) 714-737, 2009.

MALBERGIER, A., **Tabagismo**: dos fundamentos ao tratamento. Rev. psiquiatr. clín. vol.35 no.1, São Paulo, 2008.

MANSUR, Jandira. **O que é toxicomania**. Editora Brasiliense, 1985.

MENDES, E.V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de saúde. 4. ed., Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MOREIRA L.B. et al: **Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil**. Rev. Saúde Pública 1995.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

NOVIKOFF, Cristina. As Representações Sociais Acerca dos Adolescentes: perspectivas e práticas pedagógicas em construção. **Dissertação** (Mestrado em Educação), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Desafios da Práxis Educacional à Promoção Humana na Contemporaneidade**, Rio de Janeiro, Reproarte, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão – (CID 10)**.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, MZ & ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999.

_____. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 557-567. ISSN 1413-8123.

PEIRCE, Charles Sanders – **Semiótica** – são Paulo – perspectiva – 1977.
In<http://pt.wikipedia.org/wiki/Plano_Plurianual> Acessado em 23 de maio de 2013.

PENN, Gemma. Análise semiótica de imagens paradas. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, p.319-342, 2003.

ROUQUAYROL, Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTAELLA, Lucia – **o que é semiótica?** São Paulo: Brasiliense – 1983.

SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de Lingüística Geral**. 11. ed. São Paulo: Cultrix, s/d., 1915.

SHIMIZU, A. de M. **Experiência e Representação Social: questões teórico e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SILVA, Lígia Maria Vieira da . **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil**, 2002.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

VIANNA, Lucia Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. UNA-SUS/ UNIFESP. Curso de Especialização em Saúde da Família, 2011.

VISCA, Jorge L. **Clinica psicopedagógica: epistemología convergente**. 2. ed. Buenos Aires: Edição do autor, 1994.

ANEXO 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

ANEXO 1

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO PSF: O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA”**, sob minha responsabilidade, conforme folha de rosto para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa, nos Programas de Saúde da Família de Resende, diretamente subordinada da Secretaria de Saúde de Resende, CNPJ 29178233000160. O objetivo é •

Compreender as representações sociais de tabagistas para profissionais do PSF de diferentes especialidades em Resende no estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de propor uma capacitação específica por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM que possibilite a reformulação do discurso médico diante do tabagismo.

A coleta de dados será realizada pela mestranda-pesquisadora Sônia Cardoso Moreira Garcia e será feita através de desenhos e fotografias.

Atenciosamente,


.....
Sônia Cardoso Moreira Garcia
Pesquisador Responsável

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CoEPS/UniFOA

(Observação: O TCLE deve ser impresso em duas cópias, ficando uma delas sob responsabilidade do Pesquisador Coordenador e a outra sob a guarda do participante)

Eu, Sônia Moreira, faço um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo chamado “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO ESF: O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA”.

Esta pesquisa pretende compreender o que os profissionais do ESF de Resende pensam sobre o tabagista. A finalidade é criar com uma capacitação específica por meio de um dispositivo auto-instrucional em forma de CD-ROM, que possibilite a reformulação do discurso dos profissionais do ESF diante do tabagismo.

Para sua realização será feito um DESENHO com participação voluntária. As etapas serão fotografadas.

Não faremos uso de imagens ou nomes que não sejam autorizados. Portanto, você não terá desconfortos ou correrá riscos. Os benefícios que esperamos com o estudo são de que esta pesquisa seja de utilidade pública frente ao controle do tabagismo, além de utilizada na formação continuada dos profissionais que atuam em ESF.

Durante todo o período da pesquisa, você terá o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa nos contatos abaixo:

Pesquisador principal: Sônia Moreira (24) 8816-7718; Orientador: Cristina Novikoff (24) 9979-1369.

Comitê de Ética em Pesquisa: UNIFOA: coeps@foa.org.br; Av. Paulo Erlei Alves Abrantes, nº 1325, Três Poços, Volta Redonda - RJ. CEP: 27240-000. Tel.: (0xx24) 3340-8400 - FAX: 3340.8404

A sua participação como voluntário não auferirá nenhum privilégio, seja de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo ainda se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V.Sa.

Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

“Confirmando ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Volta Redonda, ____ de _____ de 20____.

Participante: _____”

ANEXO 3 CARTA DE CIÊNCIA



Volta Redonda, 17 de setembro de 2012.

Da Profª Drª. Cristina Novikoff
 Orientador(a) da Mestranda: Sônia Cardoso Moreira Garcia
 Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COEPS

CARTA DE CIÊNCIA

Na qualidade de orientador(a) do mestrando(a) Sônia Cardoso Moreira Garcia, venho, através desta carta, dar ciência que o mesmo(a) pretende, com o aval do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, desenvolver uma pesquisa com o seguinte título: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TABAGISTA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DO PSF: O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA”**.

Atenciosamente,

Cristina Novikoff

Orientador(a) do Mestrando

APÊNDICE 1

TÉCNICA PROJETIVA – DESENHO

Nome:

Data:

Sexo:

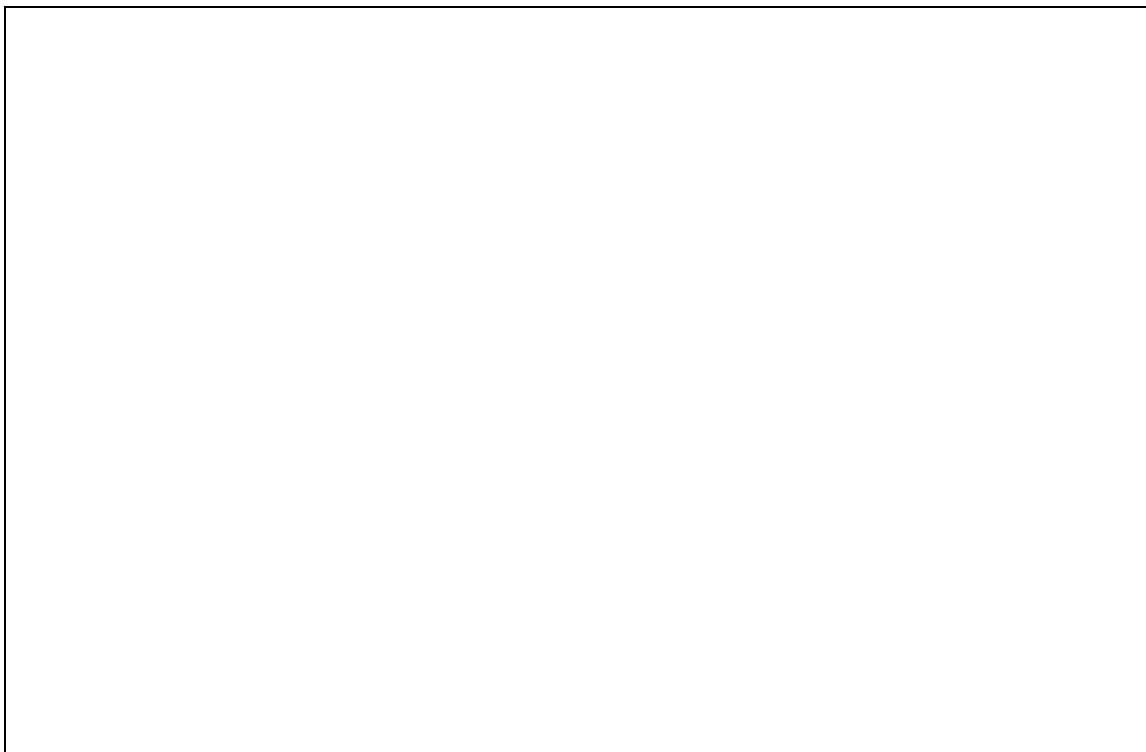
Consigna (Silêncio)

1 – Desenhar um tabagista.

2 – Dar título ao desenho.

3 – Escrever cinco (5) palavras que caracterizem um tabagista.

4 – Circular a mais significativa para você.





Programa de Pós-Graduação **Stricto Sensu** em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos doze dias do mês de julho do ano 2013, às onze horas, realizou-se nas dependências do PROMES, no Prédio do Campus Aterrado, do Centro Universitário de Volta Redonda, a sessão pública de Defesa da Dissertação da Mestranda **Sônia Cardoso Moreira Garcia**, intitulada **“Representações Sociais sobre o tabagista na perspectiva dos profissionais do PSF/ESF/SF”**, sob a orientação da Profa. Dra. Cristina Novikoff (orientadora). A mestranda concluiu os créditos exigidos para obtenção do título de Mestre, segundo os registros constantes nos arquivos da Secretaria do Mestrado. A banca foi constituída pela Profa. Dra. Cristina Novikoff (Presidente), Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva (membro interno) e Profa. Dra. Sônia Regina Mendes (membro externo). Encerrada a defesa, os examinadores expediram o parecer final sobre a dissertação, que foi considerada Aprovada tendo sido feitas as seguintes considerações:

Destaca-se a abordagem original do estudo e relevância do tema para enriquecer a área de ensino da saúde. Recomenda-se a divulgação em Congressos, periódica e cursos diversos.

Volta Redonda, 12 de julho de 2013.


Profa. Dra. Cristina Novikoff
Presidente da Banca


Profa. Dra. Sônia Regina Mendes
Examinador Externo


Profa. Dra. Ilda Cecília Moreira da Silva
Examinador Interno


Bruna Cristina Pereira
Secretaria do MECSMA

Estou ciente que, conforme a regulamentação vigente do MECSMA, o prazo para a entrega das versões finais da dissertação e do produto é de até 60 (sessenta dias) após a data de defesa.

Em, 12 de julho de 2013.


Sônia Cardoso Moreira Garcia