

**COMUNICAÇÃO: DISPOSITIVO DE RESSIGNIFICAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO  
EM GRUPOS DE CONTROLE DO TABAGISMO<sup>34</sup>**

**COMMUNICATION: DEVICE FOR THE RESIGNATION OF WORK PROCESSES IN  
TOBACCO CONTROL GROUPS**

Leones Oliveira da Silva<sup>35</sup>  
Gilson Saippa de Oliveira<sup>36</sup>  
Mariana Cabral da Rocha<sup>37</sup>

**Resumo**

Estudo exploratório, qualitativo que descreve as práticas comunicacionais desenvolvidas nos grupos de controle do tabagismo presentes na relação entre profissionais do Programa de Controle de Tabagismo e estagiários de Fonoaudiologia, buscando aperfeiçoar o sistema público de saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais acerca do uso da comunicação no tratamento antitabagismo mediante as estratégias do estágio. Os achados foram interpretados pela análise temática. Como resultados, destaca-se que na atuação dos estagiários, são desenvolvidas práticas centradas na concepção do letramento em saúde ampliando o poder da comunicação, como instrumento capaz de fazer surgir a produção de saúde e criação de ações transformadoras do processo de trabalho da Equipe.

**Palavras-chaves:** Formação em Saúde. Atenção Básica em Saúde. Apoio Institucional. Comunicação em Saúde. Tabagismo.

**Abstract**

An exploratory, qualitative study that describes the communication practices developed in the tobacco control groups present in the relationship between professionals in the Smoking Control Program and Speech Therapy Interns, seeking to improve the public health system. Semi-structured interviews were conducted with professionals about the use of communication in anti-smoking treatment through the internship strategies. The findings were interpreted by the thematic analysis. As results, it is highlighted that in

---

<sup>34</sup> Este texto resulta da Dissertação de Mestrado realizado no MPES/UFF.

<sup>35</sup> Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação docente interdisciplinar para o SUS - UFF, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Pós Graduação Latu Sensu em Teoria Psicanalítica (IBMR). Coordenador Geral da Associação de Pais e Amigos da Criança e Conselheiro do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do adolescente e do Conselho Municipal de Assistência Social. Psicólogo da Prefeitura Municipal de Nova Friburgo na função de Coordenador do Programa de Controle do Tabagismo e Supervisor do Estágio Obrigatório em Fonoaudiologia Institucional da UFF. E-mail:leonesoliveiraleo@gmail.com

<sup>36</sup> Professor Associado III - Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde de Nova Friburgo. Departamento de Formação Específica em Fonoaudiologia - Nova Friburgo, RJ- Brasil. E-mail: gilsonsaippa@gmail.com

<sup>37</sup> Fonoaudióloga, Servidora da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Nova Friburgo- RJ, mestranda da Universidade Federal Fluminense. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação docente interdisciplinar para o SUS - Niterói, RJ-Brasil. E-mail: marianacabral.fono@yahoo.com.br

the performance of trainees, practices are developed focusing on the conception of health literacy, expanding the power of communication as an instrument capable of raising health production and creating transformative actions of the Teamwork process.

**Keywords:** Health Education. Basic Health Care. Institutional Support. Health Communication. Smoking.

## Introdução

De maneira geral, pode-se afirmar que a Promoção da Saúde é uma estratégia do setor saúde que propõe o desenvolvimento de ações num determinado território que fortaleçam e ampliem a capacidade dos sujeitos em compreender, avaliar e utilizar as informações sobre saúde, visando a redução dos riscos e vulnerabilidades de adoecer e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Deste modo, nas últimas décadas tornou-se indispensável um olhar mais integral ao cuidado com a saúde de forma que se reduza a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que esse adoecer seja produtor de incapacidades, de sofrimento crônico e de mortes prematuras. É dentro desse contexto que a Promoção da Saúde destaca nos seus eixos prioritários a “Prevenção e o Controle do Tabagismo”.

Apesar de haver na sociedade contemporânea, de modo geral, uma aversão ao cigarro, ainda há um significativo número de pessoas que apresenta dependência à nicotina, existente na sua composição e, conseqüentemente, um número muito grande de adoecimentos e mortes causados pelo seu uso.

A partir das políticas públicas de enfrentamento à epidemia do tabagismo existe, atualmente, uma grande parcela de fumantes que se mostra consciente dos males causados pelo uso do tabaco e tem o desejo de parar de fumar.

A comunicação torna-se, então, elemento fundamental enquanto dispositivo capaz de tornar uma ação preventiva em mola propulsora de transformação, manutenção da saúde e da melhoria da qualidade de vida.

A comunicação em saúde deve ser valorizada, pois a sua presença nos espaços de produção da saúde, com a presença de profissionais de diferentes formações com um alto grau de articulação, é essencial. Contudo, não só as ações devem ser compartilhadas, mas também é necessário que se produzam processos

interdisciplinares nos quais, progressivamente, os núcleos de competências profissionais específicas enriqueçam o campo comum, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004 e SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

A aprendizagem construída nos espaços de trabalho em saúde, cria redes de interlocução entre os estudantes, docentes, profissionais de serviço, trazendo um diferencial na educação formal, a partir da ruptura com os limites daquele processo de ensino ofertado institucionalmente, aproximando-o do cotidiano, das relações entre os sujeitos e da comunicação/interação dos seus projetos (BATISTA et al, 2015).

Contudo, mesmo com todos os avanços alcançados na relação Ensino-Serviço, ainda não existe nas escolas e universidades a devida atenção ao tema do tabagismo, o que traz uma deficiência desses profissionais na abordagem, no diagnóstico e no tratamento do tabagista. As pesquisas apontam que os formandos, durante o período da graduação dos cursos relacionados à saúde, recebem menos de cinco horas dedicadas a construção de um saber que os auxiliem para atuar na abordagem e no tratamento do fumante (DUARTE et al, 2014).

É dentro desse contexto que este artigo vai privilegiar e descrever o uso das práticas comunicacionais desenvolvidas nos grupos de controle do tabagismo presentes na relação estabelecida entre profissionais do Programa de Controle de Tabagismo e estagiários de Fonoaudiologia Institucional da UFF, na busca para se aperfeiçoar o sistema público de saúde sob o olhar dos processos de comunicação no Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Impactos e desafios do programa de controle do tabagismo**

Antes de se tornar um grande vilão para a saúde, responsável por muitas doenças e mortes, o uso do tabaco era um elemento importante nas comunidades indígenas que o utilizavam nos seus rituais religiosos, como inseticida nas lavouras, além de ser reconhecido por essa população pelas suas propriedades medicinais analgésicas, antissépticas, em forma de unguentos, no combate a piolhos e para lavagens intestinais.

Levado pelos nossos colonizadores para a Europa, ele era cultivado nos jardins dos palácios reais e usado para o combate ao câncer. Passou a ser manufaturado a partir de 1850 na Inglaterra e somente em 1920 passou a despertar suspeitas quanto aos seus malefícios devido a uma incidência maior de câncer de pulmão nas pessoas que fumavam. Decorridos cinco séculos, o tabaco deixou o seu *status* de planta medicinal e passou a ocupar o lugar de principal causa de morte prevenível e um dos maiores problemas de saúde pública no mundo (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Mediante a crescente epidemia do tabagismo em todo o mundo, em 2003 aconteceu o primeiro tratado mundial de saúde pública, a Convenção Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS) como fruto de grande esforço que mobilizou a participação de 192 países Membros da Assembleia Mundial de Saúde. No seu artigo 3º CQCT/OMS traz o seu principal objetivo que é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. A partir da sua aprovação, recomendações e prescrições foram adotadas com o intuito de promover ambientes livres do tabaco, prevenir a iniciação, elevar os preços do cigarro, oferecer o tratamento para os fumantes, advertir sobre os riscos, ou seja, foram assumidas medidas intersetoriais como as advertências sanitárias e outras políticas de combate ao tabagismo (ARAÚJO, 2012).

O Tabagismo é, também, considerado como um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT constituem-se num grave problema de saúde pública, pois, segundo o Ministério da Saúde, elas representam 72% das mortes anuais, matam mais de 36 milhões de pessoas por ano, atingindo, principalmente, a população abaixo de 60 anos dos países em desenvolvimento. Entre as DCNT que mais matam, as cardiovasculares ocupam o primeiro lugar, seguidas de câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas e diabetes (WHO, 2012).

Nesta direção surge o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Portaria nº 1035/GM, de 31 de maio de 2004. O INCA/MS coordena e executa, em âmbito Nacional, o Programa de Controle do Tabagismo (PCT)

e suas ações são desenvolvidas em parceria com as três instâncias governamentais (federal, estadual e municipal).

A partir da publicação da Portaria SAS/MS 442/2004, foi preconizado pelo Ministério da Saúde que os grupos de apoio utilizem a abordagem cognitivo-comportamental associada à farmacoterapia. O tratamento da dependência do fumo é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mediante um programa coordenado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) e organiza-se a partir de: 4 sessões semanais estruturadas no 1º mês, 2 sessões quinzenais no 2º mês, 1 sessão mensal até completar 1 ano. Este Programa adota como modelo de intervenção a busca de mudança de crenças e comportamentos, que teve o seu acesso ampliado com a inclusão da oferta do serviço na rede de Atenção Básica (BRASIL, 2001; 2004).

Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dependência à Nicotina, inicialmente, entrevistas de anamnese são realizadas com cada paciente. Essa entrevista tem o objetivo de elaborar um plano de tratamento no qual o profissional irá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso de medicamentos, existência de comorbidades psiquiátricas, além de colher informações gerais da sua história clínica. Posteriormente, havendo a indicação para a Abordagem Intensiva, serão realizadas, em grupo, quatro sessões estruturadas, duas sessões quinzenais e realização de reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção de recaída, até completar um ano de acompanhamento. Todos os pacientes que conseguem ficar abstinente do cigarro até o momento que completou um ano do tratamento recebem um certificado (BRASIL, 2016).

As ações implementadas ao longo das últimas décadas vêm contribuindo de forma significativa para que o número de usuários do tabaco apresente uma queda vertiginosa, dando ao Brasil o destaque de ter uma das menores taxas de fumantes do mundo.

## Considerações sobre Comunicação em Saúde

A comunicação em saúde surge no Brasil como normatizadora de hábitos de higiene da população através de materiais campanhistas e publicitários em saúde, ou seja, buscava-se ter controle da população pela disciplina de práticas sanitárias saudáveis (SILVA; ROCHA, 2013).

A comunicação deve ser entendida como algo que está muito além de apenas divulgar informações. Etimologicamente, a palavra comunicação nasce do latim *communicare* que traz o significado de “tornar comum”. Assim, a prática em comunicação deve trazer consigo a ideia de algo que envolve uma troca e, por isso, implica em negociações e manejo de emoções.

Em abril de 2017 aconteceu a 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação e Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o tema “Discutir a democratização do acesso da população às informações sobre saúde”. Esta teve como objetivo disputar a narrativa sobre o direito à saúde, abrindo a discussão com a sociedade sobre a necessidade de se defender o SUS, de não tratar a saúde como mercadoria. Aqui, a comunicação adquiriu a vertente de estratégia de saúde, tornando-se central para a formação de uma consciência sanitária em que a sua apropriação elevará a capacidade do Controle Social contribuindo, desta maneira, para o crescimento e aprimoramento do SUS (BRASIL, 2017).

Pitta (2000; 2006) destaca que o Planejamento Estratégico Situacional é de fundamental importância por ser um instrumento da comunicação que vai organizar o planejamento em saúde e dar voz aos atores envolvidos. Afirma, ainda, que um diagnóstico feito através do diálogo e troca de ideias, em que os discursos, a produção de sentidos, a argumentação e a análise das situações sejam considerados prioritários, permite o exercício da cidadania, da liberdade de expressão e da democracia. O processo comunicacional auxilia na construção das ações e intervenções harmonizáveis com as necessidades diagnosticadas e demandadas coletivamente.

Araújo (2009) afirma que planejar o desenvolvimento e o treinamento de habilidades comunicacionais é fundamental para o processo de tomada de decisão, mas

deixa claro haver a necessidade de que esse planejamento esteja alicerçado por políticas de Educação Profissional.

Donato e Gomes (2010) acrescentam o quão é necessária a inclusão do estudo da Comunicação na formação dos profissionais de saúde. As autoras alertam para o fato de que a Saúde Pública é de responsabilidade não apenas dos profissionais da saúde, mas de toda a sociedade (governo, instituição e entidades da sociedade civil) e afirmam, ainda, que novas concepções da prevenção e da promoção dos valores da saúde serão possíveis a partir de um eixo estruturador das políticas públicas entre os setores da educação e da comunicação.

A comunicação deve ser vista como uma prática capaz de subverter relações de poder cristalizadas e ser instrumento de luta pelo direito à saúde dentro de uma concepção que ultrapasse aquelas centradas na doença, nos aspectos biológicos que não privilegiam o diálogo e o interesse pelas condições de vida da população (CARDOSO; ROCHA, 2018).

Nessa lógica, Deslandes (2009) destaca a necessidade de se construir uma política de Comunicação em Saúde em que as relações de poder e as produções de sentido sejam consideradas para permitir o surgimento de espaços efetivos de fala para o usuário.

Percebe-se que muitos avanços ocorreram nos últimos anos, pois segundo Aguiar et al (2014) a comunicação tem sido muito mais valorizada na formação profissional de saúde, onde se pode constatar que as relações entre profissionais e pacientes têm sido estabelecidas dentro de uma concepção mais humanizada de atenção à saúde e, principalmente, caracterizada por aspectos menos autoritários e mais dialógicos. Da mesma forma como no contexto das DCN que priorizam a escuta e o reconhecimento do 'outro' como sendo fundamentais nesse processo.

### **Sobre a atuação do fonoaudiólogo na Saúde coletiva**

Sobre a atuação da fonoaudiologia na Saúde Coletiva, a resolução Conselho Federal de Fonoaudiologia nº 320, 17 de fevereiro de 2006, afirma que a Saúde Coletiva

é um campo da Fonoaudiologia voltado a construir estratégias de planejamento e gestão em saúde, com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais.

Os saberes que sustentam as práticas do fonoaudiólogo na área de Saúde Coletiva devem ser capazes de: efetuar diagnóstico de grupos populacionais com base em estudos epidemiológicos, que contribuam na construção de indicadores de saúde e de identificação das necessidades da população, de ações no campo fonoaudiológico, bem como situacionais buscando identificar os elementos sanitários, assistenciais, ambientais, geopolíticos e culturais de território locais que compõem os processos de Saúde/Doença; planejar, coordenar e gerenciar programas, campanhas e ações articuladas interdisciplinar e intersetorialmente; definir e utilizar metodologias de avaliação e acompanhamento dos padrões de qualidade e o impacto das ações fonoaudiológicas e interdisciplinares desenvolvidas no contexto coletivo; e por último, planejar, coordenar, gerenciar e assessorar políticas públicas ligadas à saúde e à educação, bem como as ações de Vigilância à Saúde (GURGUEIRA, 2010).

Pode-se perceber nessa concepção de ensino, dentre outras coisas, a existência de uma participação muito mais ativa do aluno que necessita estar mais vigilante à realidade, formulando perguntas e expressando as suas opiniões sobre os objetos observados; a eliminação, ou pelo menos uma significativa redução, das diferenças de *status* entre professor e aluno; um maior entrosamento entre os atores envolvidos, despertando-os para a cooperação na busca de soluções mais eficazes para problemas comuns do grupo (BORDENAVE, 1989).

No caso desta pesquisa, a vivência dos estagiários do Curso de Fonoaudiologia no espaço de produção da saúde, em contato e convívio com profissionais de diferentes formações, se revela como um dispositivo capaz de criar novos imaginários sobre os processos de trabalho em saúde, pois estabelece uma relação entre os saberes mobilizados, formas de encontros produzidos com os usuários e outros trabalhadores, estratégias terapêuticas adotadas e as necessidades dos usuários. Estes saberes podem ser utilizados em diferentes contextos e situações do trabalho em equipes de saúde, não

se restringindo a apropriação de práticas centradas em procedimentos, que permanecem capturadas de sentidos e significados dos territórios nucleares das profissões isoladamente (BARROS E BARROS, 2008).

Estes balizamentos têm colocado diferentes desafios às instituições formadoras e seus agentes no diálogo que se estabelece com as instâncias de gestão, produção do cuidado e controle social do SUS. Dentre eles destacamos a valorização de estratégias pedagógicas centradas no trabalho em equipe em cenários diversificados de aprendizagem e a utilização sistemática de estratégias de produção da alteridade com os usuários, a experimentação em equipe e a prática de saúde como afirmação da vida, a partir do caráter público das intervenções desenvolvidas nos diferentes níveis de gestão, controle social e de produção do cuidado (CECCIM E CAPOZZOLO, 2004).

### **Percurso metodológico**

Este artigo nasce no processo de produção de uma dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Interdisciplinar no SUS, pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense.

Trata-se de um estudo intervencionista e exploratório, de perspectiva qualitativa, que foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e com parecer aprovado sob o nº 67843717.0.0000.5626, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Na ocasião da escolha do local para a coleta de dados existiam, no Município de Nova Friburgo, oito Unidades de Saúde devidamente cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), com profissionais da saúde de nível superior, corretamente capacitados pela Coordenação Estadual de Controle do Tabagismo. As unidades estavam vinculadas à Secretaria de Saúde do Estado e ofereciam o tratamento para os tabagistas. Contudo, vale ressaltar que no momento da definição da amostra havia apenas onze profissionais distribuídos em seis Unidades de Saúde que realizavam o tratamento de controle do tabagismo.

Para validação da pesquisa, os profissionais excluídos da amostra foram aqueles que atuavam no Programa de Controle do Tabagismo, mas que não recebiam estagiários nas suas unidades de saúde.

Os profissionais incluídos na amostragem foram aqueles que trabalhavam no Programa de Controle do Tabagismo de uma equipe multiprofissional de uma Policlínica, composta por um médico pneumologista, uma cirurgiã-dentista e uma fonoaudióloga que ocupavam a função de preceptores desses estagiários, conforme termo de convênio de cooperação entre a Instituição de Ensino Superior e o Município. Assim sendo, a amostragem contou apenas com esses três profissionais por serem os únicos atores que atendiam aos objetivos desta pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas foram organizadas a partir de perguntas em torno de temas relativos aos processos de comunicação em saúde ligados à cessação do hábito de fumar. Para tal, foram utilizados como instrumentos os conteúdos que estão presentes no modelo de anamnese clínica para o tratamento do tabagismo utilizado pela equipe no momento de ingresso do fumante no Programa. Os temas trabalhados foram: “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”; “Os primeiros dias sem fumar”; “Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”; e “Benefícios obtidos após parar de fumar”. Estes temas foram trabalhados nas quatro primeiras sessões estruturadas e que estão presentes nos 4 (quatro) Manuais do Participante (Brasil,2013). Assim, buscou-se vincular as temáticas instrumentais às estratégias desenvolvidas conjuntamente com o Estágio de Fonoaudiologia Institucional da UFF, sejam nas ações diretas com os usuários ou nas atividades de apoio aos processos de trabalho da equipe.

Para a realização das entrevistas semiestruturadas foi utilizado um questionário composto por 7 (sete) questões norteadoras: 1) Em sua opinião houve alterações no modo como você conduz as entrevistas de anamnese ao longo do seu tempo de trabalho no Programa? 2) Como você tratava os temas abordados na primeira sessão estruturada antes da presença dos estagiários? E depois, com a presença dos estagiários? 3) E os da segunda sessão estruturada? Você observa ter havido mudanças no modo de conduzir essas sessões? 4) Com relação ao processo de trabalho na

condução de terceira sessão estruturada, houve mudanças? 5) Você percebeu ao longo desses anos ter havido algum tipo de modificação nos aspectos comunicacionais dos grupos? 6) Você identifica que a presença dos estagiários tenha produzido mudanças no processo de trabalho da equipe do Programa de Controle do Tabagismo? Isso implicou em mudanças em outros espaços onde você atua na rede de cuidados? 7) Quer fazer mais algum comentário, de modo geral, sobre o trabalho desenvolvido em equipe multiprofissional do Programa de Controle do Tabagismo?

As entrevistas foram realizadas após agendamento feito por contato telefônico com cada um dos participantes. A ordem das entrevistas foi aleatória, obedecendo apenas à disponibilidade mais imediata ofertada por eles. As entrevistas, com duração que variou de dezessete a quarenta e cinco minutos, foram gravadas com a ciência e a devida autorização dos profissionais para garantir a preservação na íntegra dos atos de fala de cada entrevistado.

A análise temática permitiu compreender os resultados como um processo social e de conhecimento multideterminados. Ocorreram ações simultâneas em três movimentos: transcrição e organização do material analisado; exploração a partir de meios sistemáticos de triangulação das informações obtidas; e classificação e agregação das informações.

A partir desse momento, com o intuito de manter em sigilo a identidade dos profissionais envolvidos na pesquisa, os entrevistados passaram a ser identificados por grandes nomes da nossa literatura, a saber: Cecília Meireles, Raquel de Queiroz e Clarice Lispector. A escolha por identificá-los com os nomes dessas brilhantes escritoras deveu-se à maneira sensível, diria mesmo poética, como esses trabalhadores do SUS acolhem e participam das histórias trazidas pelos usuários, utilizando-se de certa *licença poética*, pois muitas vezes é necessário extrapolar os aprisionamentos dos protocolos para lidar com todas as mazelas e belezas que lhes são apresentadas.

## Resultados e Discussão

A presença dos estagiários junto à equipe na condução dos encontros dos grupos de controle do tabagismo trouxe transformações ao Programa. Os achados da pesquisa apresentam sinais dessas alterações dentro das seguintes temáticas: Apoio dos estagiários, Formação em Saúde, Trabalho em Rede, Mudanças no Processo de Trabalho/ Protagonismo dos Usuários e Criação de uma Nova Proposta de Tratamento.

### Apoio dos estagiários

Como apoiadores, alicerçados nos parâmetros da Política Nacional de Humanização, principalmente no documento que apresenta a Humanização como eixo das práticas da atenção, os estagiários, naquilo que se refere à utilização da comunicação na construção de autonomia e protagonismo dos atores envolvidos, inserem novas perspectivas de ações que produzem efeitos significativos no processo de trabalho.

Clarice Lispector evidenciou esse apoio ao relatar que, a partir da chegada dos estagiários junto ao Serviço,

“(...) eu notei na época, que eles enriqueceram bastante as nossas reuniões com os pacientes, na medida em que eram (as reuniões) extremamente dinâmicas, informativas, lúdicas para os pacientes então tirar o proveito daquilo ali no processo de abandono (do cigarro)”.

Dentro desta perspectiva, Cecília Meireles demonstra anuência ao relatar a influência da função Apoio dos estagiários ao Serviço provocando uma quebra no modo de produção “automatizado” do processo de trabalho adquirido ao longo do tempo:

“Porque é, interessante, você estar com alunos, né, é interessante também, porque ele te instiga a coisas novas. Você vinha.. por isso, você faz aquele trabalho sempre, então você acaba entrando já no automatismo, mesmo sendo grupo, mesmo os grupos sendo diferentes, mas você entra no automatismo. Quando chegam os estagiários, são alunos que vêm buscando coisas novas, a proposta do estágio é muito em cima disso, né. O professor instiga muito isso, que eles estudem, que eles busquem textos novos, informações novas.

Então isso pra gente é muito legal também, porque faz também com que você esteja sempre mais antenado, mais atento.”

Rachel de Queiroz também deixou muito claro a função de Apoio dos estagiários junto ao Serviço: “Funcionam como apoiadores. Dinamizam o processo, até às vezes ajudam a gente nas questões burocráticas do programa. A burocracia é total. E, assim, acho que dá mais um colorido no processo de trabalho.”

### **Formação em Saúde**

Alguns documentos e autores registram que essa presença dos alunos em formação no Serviço vem sendo estimulada e construída desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003, representando um enorme avanço no sentido da constituição de um espaço para a formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil, tendo como ordenador a formação a partir do SUS, resultando, assim, na articulação estratégica entre a saúde e a educação (BATISTA et al, 2015).

Na entrevista, Rachel de Queiroz ressalta o quanto tem havido transformações que vêm possibilitando corrigir falhas no cenário da Formação em Saúde nos últimos tempos: “Há falha, falha altíssima. A gente não foi trabalhado, é, bom, tô formada há 20 anos, para atuar em grupo, para trabalhar no serviço público, para trabalhar em saúde coletiva. A gente foi orientado pra ‘entrei, sentei, trabalhei, fui embora’.”

E conclui:

Hoje não, hoje a gente tem a disciplina de saúde coletiva na odonto. Tem nos PSF's, que são totalmente especialização da odonto, que você vê a função do dentista se ampliando. Mas, na minha graduação não. Até passei a estimular os próprios estagiários de odonto da cadeira pra vir trabalhar comigo no tabagismo. E alguns até foram, alguns participaram. Achei que ficou bem legal, pra ter a visão do dentista fora do consultório.

Clarice Lispector corrobora essa ideia quando afirma que a presença dos estagiários no Serviço traz mudanças na atuação cotidiana do profissional: “Até para

minha formação e informação, usar aquilo que, eventualmente, em outras situações, né. Enfim, pegar uma colinha ali, né...uma coisa que podia ir adiante, né...”.

### **Trabalho em Rede**

Cecília Meireles e Clarice Lispector deram um grande destaque às ações dos estagiários no Serviço no momento em que possibilitam um trabalho que se desprende dos manuais e busca um ato concreto, de produção da saúde, na rede:

Cecília Meireles: “...eu também achei interessante o trabalho de rede, que foi uma coisa assim, que eles (estagiários) sempre tentam puxar a questão da rede, da rede de apoio, né. Que... assim, como isso é importante!”

Clarice Lispector: “(...) Pois é, que antes não tinha essa estrutura. Chegar e sair fazendo essa busca ativa aí, né. Apesar da gente anotar no questionário o telefone de contato e tudo, né. Mas, a gente não tinha essa disponibilidade aí, de tempo pra poder fazer essa busca ativa. Algo que eu acho que, quando eles chegaram, eles andaram usando aí o SMS pra poder fazer alguma comunicação, alguma convocação (...)”

Essa fala é corroborada nos estudos realizados por Peixoto et al (2007) sobre o grande número de pacientes que não consegue se manter abstinente do tabaco após acompanhamento no Programa de Controle do tabagismo, nessa pesquisa o autor considera de grande relevância a busca de alternativas que ampliem a rede de apoio e possibilitem uma atuação com resultados mais eficazes.

A rede de apoio, que está além de apenas ser citada nos manuais, ganhou espaço no momento da elaboração de uma nova proposta do Programa para ser implementada no município.

Nesse novo modelo proposto, no décimo encontro (10ª sessão estruturada), por exemplo, o tema principal foi a Rede de Apoio Familiar/Social, onde é sugerido que cada usuário leve um convidado. Pode ser um familiar ou amigo, que tenha sido um importante apoiador para a cessação do tabaco. Neste encontro é explicado para o grupo o conceito de “apoiadores”, aqueles que dão suporte, e de “sabotadores”, aqueles que desacreditam e testam a pessoa que está tentando parar de fumar. O grupo

é incentivado a discutir a importância desse convidado no processo e, de forma mais geral, a importância da rede de apoio para o êxito do tratamento.

### **Protagonismo do usuário/mudanças no processo de trabalho**

Araújo (2009) destaca que a comunicação tem muita relevância na construção de vínculos, o que contribui para uma maior adesão ao tratamento, para a prevenção e promoção, na maior interação entre profissionais, usuários e familiares. Ou seja, dessa forma, quando o cuidado em saúde prevê a criação de vínculo, o acolhimento, o diálogo e a escuta permite-se o desenvolvimento da autonomia, de uma participação mais ativa, tanto dos membros da equipe quanto dos usuários.

Cecília Meireles valida essa afirmação de Araújo ao dizer, na entrevista, que:

Eu passei por muitos momentos também no grupo, não só com a presença ou não dos estagiários, mas com a presença de profissionais diferentes junto comigo, então isso também modifica muito, né. Teve momentos que essa primeira sessão principalmente, ela era muito didática, e chegou momento que aí ela fica um pouco mais dentro da demanda do grupo, né. Aquele grupo traz uma demanda e você acaba indo por esse caminho.

Esse movimento é de fundamental importância para o bom desempenho na cessação tabágica, pois, conforme nos diz Araújo (2009), é fácil perceber que a participação dos pacientes no processo do cuidado em saúde é passiva, apenas recebendo informações e orientações sobre o tratamento, não participando da construção do seu plano de terapêutico. É necessário dar voz aos usuários, empoderá-los, torná-los protagonistas das suas próprias mudanças.

### **Nova proposta de tratamento**

Ainda como resultados da pesquisa, foi constatado pelos profissionais do Programa que o acompanhamento feito em grupo como Rede de Apoio, como espaço de trocas, é um instrumento imprescindível para que se possa alcançar um maior

número de pacientes abstinentes do tabaco. E que o Programa necessitaria de alguns ajustes para que isso ocorresse.

Segundo relato dos profissionais, através de dados empíricos, existe um número significativo de pacientes que apresentam recaídas e abandono do tratamento após os três primeiros meses. Esse fenômeno ocorre justamente quando os encontros do grupo deixam de ser semanais, passam para os encontros quinzenais e continuam, até completar um ano de tratamento, com intervalos mensais.

Esse espaçamento nos encontros parece provocar um afrouxamento nos laços criados entre os participantes que deixam claro, através dos seus atos de fala, haver a existência de muitos fatores emocionais envolvidos nessa tentativa de abandono do tabagismo. Entende-se que para além da objetividade prática de cessação do tabaco, existe nestes encontros um atravessamento que permite a escuta das subjetividades.

A necessidade de se pensar um redimensionamento do Programa também apareceu através da fala dos entrevistados ao reconhecerem algumas falhas no modo como os manuais do participante apresentavam as informações.

Corroborando essa ideia, podemos citar os conteúdos abordados na segunda sessão estruturada (Os primeiros dias sem fumar) que aparecem nas falas dos entrevistados como sendo excessivos para serem trabalhados apenas num único encontro. Há a necessidade dessas informações serem divididas em mais de uma sessão: Cecília Meireles: “(...) Não é sempre que dá tempo nessa sessão, essa sessão dois é meio complicadinha, né. Que é uma coisa que a gente até sempre fala, de pensar de se dividir (...)”. E Raquel de Queiroz: “(...) É, o segundo (manual) eu realmente acho que é o melhor que tem. Acho que ele é grande para uma sessão só (...)”.

Outros exemplos surgiram nas entrevistas que destacaram a necessidade de reestruturação do Programa. Explicitaram a presença de lacunas na sua forma de comunicar, a pouca atenção dada ao cuidado para a formação de uma rede de apoio e o acolhimento das idiosincrasias e das inúmeras dificuldades rotineiras de cada participante.

A fala de Clarice Lispector expõe muitas dessas questões ao se reportar ao manual do participante da primeira sessão: “Entender por que se fuma e como isso afeta

a saúde”. Neste manual é solicitado que a pessoa responda um teste para verificar a existência ou não dos três tipos de dependências que o cigarro pode causar e que sejam relacionados, numa lista, os motivos que fazem com que ela queira parar de fumar e aqueles motivos que a levam a querer continuar fumando. Assim, ao relatar sobre os constrangimentos provocados nos participantes que não realizavam as tarefas sugeridas nesse manual, Clarice Lispector diz:

(...) eu imagino aí que muitos pela própria dificuldade de leitura, né, talvez são pessoas com pouca informação ou semianalfabetas, né. E talvez não tivessem alguém pra dar esse suporte em casa e ajudar no preenchimento. É causava até um constrangimento, né, na próxima sessão, quando voltasse, de falar que não sabe ler ou que não entende bem. De dificuldade de entendimento da forma como são colocadas as informações no manual. Outros, penso eu que talvez a própria correria do dia a dia dessas pessoas (...).

E Raquel de Queiroz acresce, confirmando ainda mais as premissas que, até então, não haviam sido referenciadas:

(...) é que normalmente a gente lia o manual junto com... até por que tinha uns que, lá tem uma população muito pobre, e a gente tinha um público que às vezes nem sabia ler. Então, a gente lia e fazia as coisas com eles. Então, a sessão às vezes demorava muito! Porque era tão... a gente às vezes até tinha que escrever pra eles.

Dados da OMS informam que quanto menor o nível de escolaridade, maior a prevalência do tabagismo. Como resultado, imbricado nessa questão, temos o cenário da epidemia do tabaco em decorrência da pobreza (BRASIL, 2012). Após essas constatações, foram realizados alguns encontros com os estagiários e supervisor tendo como desafio a criação de um novo modelo de tratamento, a partir do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, para a dependência à nicotina, preconizados pelo Ministério da Saúde. Esses encontros resultaram na elaboração de uma proposta de acompanhamento que mantém as 16 sessões sugeridas pelo Ministério da Saúde, mas apresenta um número maior de sessões semanais. Esse rearranjo objetivou dar uma ênfase maior às ações que privilegiassem um olhar mais cuidadoso dentro da ótica da

comunicação em saúde, permitindo o protagonismo do usuário e, conseqüentemente, possibilitando o alcance de uma maior adesão ao tratamento e menos casos de recaída.

Essa reestruturação do Programa também tem sido inserida como tema para discussão e adequação nos encontros que acontecem sistematicamente com os demais coordenadores de grupos das outras Unidades de Saúde que têm esse Serviço implantado, pois se entende que essa nova proposta na condução dessas reuniões foi elaborada em conformidade às observações que vêm ocorrendo no processo de trabalho realizado, como dito acima, na Policlínica que, entre as suas peculiaridades de território, tem a presença dos estagiários de fonoaudiologia.

### **Considerações Finais**

A ampliação do poder da comunicação, como instrumento capaz de fazer surgir a produção de saúde, se torna elemento fundamental para uma atuação mais eficaz no processo de trabalho dos profissionais envolvidos no Programa de Controle do tabagismo. Tem-se, neste processo, uma ideia mais ampla do que se entende por comunicação em saúde. Uma ideia que está muito além de apenas levar conhecimento, através dos manuais do participante, àqueles usuários que buscam por tratamento para a cessação do tabaco. Aqui, a ideia de comunicação adquiriu um caráter muito mais abrangente em que se entende que, quando se trata do encontro de pessoas, sempre existirão mais coisas além daquilo que se imagina ou espera e, nesse caso, são necessárias estratégias que levem em conta essa dimensão ampliada do comunicar humano.

Assim, nesses “poéticos” encontros onde a escuta é privilegiada e considerada como o canal para se efetivar o diálogo, a comunicação torna-se produção de saúde, de arranjos, e rearranjos mais potentes para a vida, possível numa relação sustentada em princípios de colaboração e cooperação entre os envolvidos. Ela é a principal ferramenta para ressignificar os processos de trabalho e garantir o principal objetivo da Promoção em Saúde no que diz respeito em evitar o agravamento ou o aparecimento das doenças relacionadas ao uso do tabaco.

Sugere-se que aconteça a realização de outras pesquisas que se debrucem sobre o tema da comunicação em saúde nessa relação entre preceptores e estagiários buscando mudanças na formação desses futuros profissionais e ao mesmo tempo considerando a necessidade de se buscar alterações nos processos de trabalho dos profissionais do SUS.

Por fim, espera-se que esse artigo possa ampliar o conhecimento dos temas abordados e que, assim, contribua, minimamente, para identificar oportunidades e buscar alternativas para subsidiar ações no campo da atenção básica, principalmente, aquelas voltadas para uma maior efetividade do Programa de Controle do Tabagismo e, conseqüentemente, para o fortalecimento do SUS.

## Referências

AGUIAR, A. C. et al. O Ensino da Comunicação na Formação Profissional em Saúde no Brasil: Análise da Literatura Especializada Posterior à Homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais. In.: **Cadernos da ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica**. – Vol. 10 (dezembro 2014) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014. p. 69-75. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM\\_Vol10.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol10.pdf). Acesso em: 10/09/ 2018.

ARAÚJO, A. J. **Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica, 2012.

ARAÚJO, T. C. C. F. **Comunicação em Saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v.61, n.2, 2009.

BALBANI, A P. S.; MONTOVANI, J. C. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina**. *Rev Bras Otorrinolaringol*. V.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72992005000600021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992005000600021). Acesso em: 10 de junho de 2017.

BARROS de BARROS, M. E. **De amoladores de facas a cartógrafos: a atividade do cuidado**. In: *Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. PINHEIRO, R; MATTOS, R (Orgs.) RJ, IMS/UERJ, CEPESC/ABRASCO, 2008.pp.279-296.

BATISTA, S. H. S. S. et al. . **Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2015, vol.19, suppl.1, pp.743-752. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>. Acesso em 15 de fevereiro de 2017.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor. Área da saúde. Brasília, 1989. p. 19-26. Texto traduzido e adaptado por Maria Thereza Grandi, do artigo La transferência de tecnologia apropriada ao pequeno agricultor.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.** Aprova Política de Promoção da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761\\_21\\_06\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html). Acesso em 23 de março de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761\\_21\\_06\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html). Acesso em 23 de março de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep). Acesso em 10 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Coordenação de Prevenção e Vigilância. Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante.** Rio de Janeiro, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Manual do Participante (1,2,3 e 4)** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/programa-nacional-controle-tabagismo>>. Acesso em 10 outubro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional Livre de Comunicação em Saúde.** Realizado em 18, 19 E 20 de abril de 2017. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/Relatorio\\_1CNLCS.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/Relatorio_1CNLCS.pdf). Acesso em 01 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **A ratificação da convenção- quadro para o controle do tabaco pelo Brasil: mitos e verdades.** Rio de Janeiro, 2004.

CARDOSO, J. M.; ROCHA, R. L. **Interfaces e Desafios Comunicacionais do Sistema Único de Saúde.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1871-1880. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.01312018>. Acesso em 12 de abril de 2017.

CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. **“Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação”.** In MARINS, J. J. et al (Orgs.) Educação Médica em Transformação Instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo ABEM/Hucitec.346-390, 2004.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. **Processo comunicativo e humanização em saúde.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação. São Paulo, v.13, n.1, p.641-649, 2009.

DONATO, A. F.; GOMES, A. L. Z. **O estudo da Comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações.** Boletim do Instituto de Saúde 2010; 12:37-43.

Duarte, R. S. et al. **Proposta interdisciplinar de apoio à cessação do tabagismo em uma unidade de saúde da estratégia saúde da família: relato de experiência.** Rev Bras Med Fam Comunidade.

2014;9(33):pp-pp. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)708](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)708). Acesso em 15 de junho de 2018.

GURGUEIRA, A. L. **Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde**. In: ROCA (Ed.). Tratado de Fonoaudiologia. 2ª Edição, 2010. p.619 a 626. ISBN 978-85-7241-828-7.

PEIXOTO S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA M. F. **Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte)**. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, v.23, n.6, pp.1319-1328. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600007>. Acesso em 03 de novembro de 2017.

PITTA, A. M. R.; RIVERA, F. J. U. **Sobre pontos de partida: planejamento em comunicação e integralidade da atenção em saúde**. Interface, São Paulo, v.10, n.20, p.395-410, 2006.

PITTA, A.M. R.; MAGAJEWSKI, F. R. L. **Políticas nacionais de comunicação em tempos de convergência tecnológica: uma aproximação ao caso da saúde**. Interface, São Paulo, v.4, n.7, p. 61-70, 2000.

SILVA JR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos**. In: PINHEIRO. R; MATTOS, R. A. (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 241-257.17-12-08.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES C.A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. Modelos de atenção e a saúde da família** / Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, V. C.; ROCHA, C. F. **A Comunicação em Saúde no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura**. 2013. Acesso em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/97638>. Acesso em 17 de dezembro de 2016.

WHO. World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: **the MPOWER package**. Geneva; 2008 [citado 2012 dez]. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)) Acesso em 03 de maio de 2016.

Data do envio: 31/05/2019

Data do aceite: 14/12/2019.