Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813) v.12 n.3 (2026)
DOI: 10.18310/2446-4813.2026v12n3.5294

Artigo Original

Fluxograma descritor construído por meio de pesquisa-ação na cessação do tabagismo masculino para profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde em Belém, Pará

Descriptor flowchart developed through action research on smoking cessation among men for Primary Health Care professionals in Belém, Pará

Flujograma descriptor construido mediante investigación-acción sobre la cesación del tabaquismo masculino para profesionales de la salud en la Atención Primaria de Salud en Belém, Pará

Melissa Orlanda Costa do Nascimento
Bacharela em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil;
Public Health student. Pará State University, Belém, PA, Brazil;
E-mail: melissaorlandaa@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4358-1963

Crissia Adrielly Ferreira da Silva
Bacharela em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil;
Public Health student. Pará State University, Belém, PA, Brazil;
E-mail: adriellyf07@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4358-1963

Contribuição dos autores: MOCN: Escrita do projeto, coleta e análise de dados. CAFS: Participação em todas as etapas de elaboração do trabalho, incluindo a concepção e produção do pré-projeto, elaboração e redação do projeto de pesquisa, coleta e análise de dados, desenvolvimento do manuscrito, revisão crítica do conteúdo intelectual e adequação da versão final para submissão. ABF: atuou auxiliando na revisão final do manuscrito e na submissão. WAML: revisão crítica do conteúdo e auxílio na elaboração do projeto. RPR: supervisão da pesquisa, auxílio em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. TMM: coleta de dados, análise de dados, escrita do projeto e revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Ana Beatriz Ferreira

Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil;
Nursing student. Pará State University, Belém, PA, Brazil;
E-mail: ana.b.ferreira@aluno.uepa.br; ORCID: 0009-0006-9930-5999

Wesley Alexsandro Monteiro Lopes

Médico de Família e Comunidade; Secretaria Municipal de Saúde de Belém Belém, PA, Brasil;
Family Medicine Physician. Belém Municipal Health Department, Belém, PA, Brazil;
E-mail: wesley.mont90@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7070-6055

Rosiane Pinheiro Rodrigues

Doutora em Ciências e Desenvolvimento Socioambiental pela Universidade Federal do Pará; Pesquisadora da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil;
PhD in Science and Socio-Environmental Development from the Federal University of Pará; Researcher at the Federal University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil;
E-mail: rosiuepa@gmail.com; ORCID: 0000-0002-5445-9402

Thayse Moraes de Moraes

Doutora em Doenças Tropicais; Docente dos Cursos de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Pará, Belém, PA, Brasil;
PhD in Tropical Diseases; Faculty Member of the Public Health Program, Pará State University, Belém, PA, Brazil;
E-mail: thayse.moraes@uepa.br; ORCID: 0000-0002-3509-6503

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 30/06/2026

Aprovado em: 06/10/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Objetivo: Elaborar um Fluxograma Descritor (FD) da linha de cuidado do tabagismo voltado à saúde do homem em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belém, Pará. **Métodos**: Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na pesquisa-ação, com participação de profissionais da equipe multiprofissional. Foi construído o FD real do percurso do usuário tabagista na ESF" e o "FD ideal do percurso do usuário tabagista na ESF, em oficinas utilizando tecnologias leves e leve-duras, com apoio da matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças). **Resultados**: A análise de conteúdo evidenciou desafios como baixa procura espontânea dos homens, barreiras socioculturais, ausência de fluxos padronizados, limitações estruturais e fragilidades na articulação da Rede de Atenção à Saúde. **Conclusões**: A elaboração do FD real permitiu a reflexão quanto à qualificação do processo de trabalho o fluxograma ideal apresenta potencial estratégico para o aprimoramento de ações da APS direcionadas ao controle do tabagismo no homem.

Palavras-chave: Saúde do Homem; Tabagismo; Processo de Trabalho em Saúde; Estratégias de Saúde Nacionais.

Abstract: Objective: To develop a Descriptor Flowchart (DF) for the smoking care pathway focused on men's health at a Family Health Strategy (FHS) unit in Belém, Pará. **Method**: This is a qualitative study based on action research, with the participation of professionals from a multidisciplinary team. The "real DF of the smoking user's pathway in the FHS" and the "ideal DF of the smoking user's pathway in the FHS" were constructed in workshops using soft and soft-hard technologies, supported by a SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) matrix analysis. **Results**: Content analysis revealed challenges such as low spontaneous demand from men, sociocultural barriers, lack of standardized flows, structural limitations, and weaknesses in the articulation of the Health Care Network. **Conclusion**: The development of the real DF allowed for reflection on the qualification of the work process, and the ideal flowchart presents strategic potential for improving Primary Health Care (PHC) actions aimed at male smoking control.

Keywords: Men's Health; Tobacco Use Disorder; Healthcare Work Process; National Health Strategies.

Resumen: Objetivo: Elaborar un Flujograma Descriptor (FD) de la línea de cuidado del tabaquismo centrado en la salud del hombre en una Estrategia Salud de la Familia (ESF) de Belém, Pará. **Métodos**: Se trata de una investigación cualitativa, fundamentada en la investigación-acción, con la participación de profesionales del equipo multiprofesional. Se construyeron el "FD real de la trayectoria del usuario fumador en la ESF" y el "FD ideal de la trayectoria del usuario fumador en la ESF", en talleres utilizando tecnologías blandas y blando-duras, con el apoyo de la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). **Resultados**: El análisis de contenido evidenció desafíos como la baja demanda espontánea de los hombres, barreras socioculturales, ausencia de flujos estandarizados, limitaciones estructurales y debilidades en la articulación de la Red de Atención a la Salud. **Conclusiones**: La elaboración del FD real permitió reflexionar sobre la cualificación del proceso de trabajo, y el flujograma ideal presenta un potencial estratégico para el perfeccionamiento de las acciones de la Atención Primaria de Salud (APS) dirigidas al control del tabaquismo en el hombre.

Palabras clave: Salud del Hombre; Tabaquismo; Proceso de Trabajo en Salud; Estrategias de Salud Nacionales.

INTRODUÇÃO

Habitualmente, a população masculina acessa os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) tardiamente, influenciada por estigmas sociais relacionados à masculinidade e pela dificuldade em cuidar da própria saúde, o que pode ocasionar o agravamento de comorbidades e o aumento da demanda por atenção especializada. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)[1] orienta a APS na adoção de estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos e ampliação do acesso[2].

A baixa adesão masculina às práticas de autocuidado gera desafios para a APS no cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e no enfrentamento de seus fatores de risco associados[3]. Nesse contexto, o tabagismo é reconhecido pela Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11), como um transtorno mental e comportamental, sendo a nicotina a principal substância psicoativa responsável pela dependência, o

que configura o tabagismo como um importante problema de saúde pública[4].

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo global de tabaco encontra-se em declínio; contudo, entre os homens, essa redução ocorre em ritmo mais lento[5]. No Brasil, o tabagismo permanece entre as principais causas evitáveis de adoecimento e mortalidade. Estima-se que 12% das mortes anuais no país, entre pessoas com mais de 35 anos, estejam relacionadas ao uso do tabaco, totalizando cerca de 145.077 óbitos por ano[6].

No Pará, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) indicam que, entre 2021 e 2023, ocorreram 3.479 óbitos por causas evitáveis entre homens de 15 a 74 anos, com predominância de DCNT, neoplasias, doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo, além de causas externas[7].

Em consonância com esse cenário, dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), referentes a 2023, mostram que, em Belém, a prevalência de fumantes entre os homens foi de 13,6%, superior à observada entre as mulheres (4,8%). Os dados também indicam maior exposição masculina ao tabagismo passivo no ambiente de trabalho, evidenciando a relevância dos fatores de risco associados ao adoecimento e à mortalidade evitável nessa população[8].

Diante da relevância da morbimortalidade associada ao consumo de tabaco entre os homens, destaca-se a Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, que institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforça a responsabilidade compartilhada entre os três entes federativos pelo cuidado integral, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento da dependência de nicotina[9].

Nesse contexto, a linha de cuidado do SUS para a prevenção e o controle do tabagismo organiza ações de detecção precoce, tratamento e acompanhamento. A APS é priorizada como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a garantir o acesso contínuo e integral. Entre as estratégias eficazes, destaca-se a abordagem básica PAAPA

(Perguntar, Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar), que favorece a adesão e a continuidade do cuidado por meio de intervenções individuais e coletivas, com ou sem apoio farmacológico[10].

Nesse cenário, a discussão sobre o tabagismo masculino na saúde coletiva deve considerar o conceito de interseccionalidade, compreendido como a articulação entre diferentes marcadores sociais da diferença, como gênero, raça/etnia, classe social e território, que se sobrepõem e produzem vulnerabilidades distintas para cada sujeito. Embora o recorte de gênero masculino unifique parte da análise, é necessário reconhecer que as experiências de homens negros, pardos e indígenas em relação ao cuidado em saúde e à cessação do tabagismo diferem daquelas vivenciadas por homens brancos, sobretudo quando se consideram as dimensões da saúde mental envolvidas na descontinuidade do uso da nicotina, como o estigma, o sofrimento psíquico e as recaídas. Os fatores étnico-raciais operam, assim, como determinantes sociais que atravessam os processos assistenciais, influenciando o acesso, a adesão e a permanência dos usuários nas estratégias de cessação do tabagismo[11].

Portanto, a estruturação da linha de cuidado no contexto da APS deve adequar-se à realidade na qual está inserida. Essa adequação pode ser favorecida pela aplicação da micropolítica do trabalho em saúde, compreendida como o conjunto de modos de organização e relações produzidas no cotidiano do trabalho entre profissionais, usuários e gestores, com o objetivo de compreender e reorganizar os processos assistenciais de acordo com as necessidades singulares de cada território[12,13].

Evidencia-se a necessidade de estimular reflexões sobre as práticas do trabalho multidisciplinar em saúde e potencializar o uso das tecnologias leve-duras na condução do cuidado. Nesse contexto, o fluxograma descritor, conforme proposto por Franco e Merhy, constitui uma tecnologia estratégica para organizar o processo de trabalho e tornar visível a dinâmica real do cuidado produzido no cotidiano dos serviços de saúde. Essa ferramenta favorece a produção de um cuidado mais integral e singular[14].

Nesse sentido, a baixa adesão dos homens às estratégias de cessação do tabagismo na APS está associada a barreiras culturais, sociais e estruturais

que limitam o acesso e a efetividade das ações de prevenção e tratamento, além de contribuírem para a persistência de elevadas taxas de morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. O objetivo deste estudo foi construir um fluxograma descritor (FD) da linha de cuidado do tabagismo voltado à saúde do homem na Estratégia Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na pesquisa-ação. Essa abordagem orientou a produção de informações a partir de cinco etapas: 1) exploratória-diagnóstica; 2) definição do tema; 3) problematização; 4) teorização; e 5) seminários com dinâmicas coletivas e coleta de dados[15].

Para o desenvolvimento do produto proposto, adotou-se a tecnologia do FD[14], ferramenta de gestão de processos assistenciais que possibilita a representação e a análise visual dos processos de trabalho em saúde, identificando fluxos, gargalos e potenciais melhorias. Essa tecnologia leve-dura auxilia na compreensão do cenário de prevenção das DCNT, dos fatores de risco e das ações de promoção da cessação do tabagismo na população masculina.

A simbologia do FD é própria para representar os processos de trabalho em saúde. Nessa simbologia, a elipse indica os pontos de entrada e saída do usuário no processo de produção do cuidado; o losango representa os momentos de decisão que determinam a continuidade do fluxo assistencial; e o retângulo corresponde às ações e intervenções efetivamente realizadas pelos profissionais. Essas etapas são conectadas por setas que indicam a direção do fluxo. A aplicação dessa simbologia possibilitou visualizar objetivamente o percurso do usuário tabagista na ESF, evidenciando os nós críticos do processo de trabalho e subsidiando a construção coletiva dos fluxogramas real e ideal[14].

O estudo foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde localizada em Belém, Pará, vinculada à ESF e sob gestão do SUS. A unidade oferece atendimento ambulatorial por demanda espontânea e programada à população adscrita. Inicialmente, realizou-se contato com a gestão e os profissionais da unidade para apresentar os objetivos e as propostas da

pesquisa, verificar a disponibilidade dos participantes e agendar os encontros.

A ESF possui quatro equipes multiprofissionais, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e três a quatro agentes comunitários de saúde. Participaram da pesquisa profissionais de três equipes de saúde da ESF. Foram incluídos os profissionais vinculados à ESF havia, no mínimo, um ano, com cadastro ativo e frequência regular na unidade. Foram excluídos os profissionais afastados por motivo de adoecimento ou férias.

Na primeira etapa da pesquisa-ação, a equipe de pesquisa realizou o levantamento de dados institucionais da ESF. Nesse processo, observou-se a insuficiência de registros sobre o tabagismo no prontuário eletrônico do cidadão (PEC), especificamente no campo “Problema/Condição de Saúde”, por meio da codificação da Classificação Internacional de Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2) ou da CID-11. Na segunda e na terceira etapas, a escassez de registros anteriormente identificada foi discutida como possível expressão de negligência em relação ao registro do tabagismo, evidenciando a fragmentação do trabalho multiprofissional e a ausência de delimitação de atribuições específicas e compartilhadas entre as categorias profissionais envolvidas, o que configurou um nó crítico. Na quarta etapa, identificou-se a necessidade de aprofundamento teórico sobre o fluxograma descritor e a matriz SWOT/FOFA (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*/Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), visando à implementação dessas ferramentas com a equipe na etapa seguinte. Por fim, na quinta etapa, foram pactuadas a realização das dinâmicas coletivas e a coleta de dados nos dias destinados ao expediente interno da ESF, a fim de evitar prejuízos às agendas de atendimento da população adscrita.

A coleta de dados em campo ocorreu entre 8 de setembro e 8 de outubro de 2025. A elaboração do FD ocorreu em dois encontros, realizados nos dias 12 e 19 de setembro, com duração aproximada de duas horas cada e participação de quatro profissionais em ambos. No primeiro encontro, foi realizada a dinâmica “Pense & Cole”, seguida da construção coletiva do fluxograma descritor real, articulada a um diálogo teórico inicial sobre a organização dos fluxos assistenciais. No segundo encontro, foi desenvolvida

a dinâmica da matriz SWOT/FOFA, seguida da construção coletiva do fluxograma descritor ideal.

As oficinas com dinâmicas coletivas contribuíram para a implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS), reforçando seu papel como política e estratégia político-pedagógica do SUS e sua caracterização como tecnologia leve. Em seguida, realizou-se a sistematização das etapas de construção do FD, compreendido como tecnologia leve-dura, conforme Franco e Merhy[14].

Dessa forma, a relação entre pesquisa-ação, EPS, matriz SWOT e FD evidencia-se na articulação entre método, estratégia pedagógica e tecnologias de trabalho em saúde. A pesquisa-ação combinou investigação científica e intervenção prática em um ambiente real, orientando a produção coletiva de conhecimento com a equipe. A EPS, como tecnologia leve, promoveu a reflexão crítica dos profissionais sobre o próprio processo de trabalho. A matriz SWOT funcionou como instrumento de planejamento estratégico para identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas ao cuidado ao usuário tabagista. Por sua vez, o fluxograma descritor, como tecnologia leve-dura, sistematizou essa construção coletiva em um instrumento gráfico capaz de subsidiar a reorganização dos processos assistenciais. Essa integração possibilitou que a elaboração dos fluxogramas real e ideal resultasse de um processo dialógico e formativo, construído com os profissionais da ESF, e não de uma elaboração exclusivamente técnica.

Em conformidade com a quinta etapa da pesquisa-ação e com as etapas de elaboração do FD[14], foram produzidos dois produtos tecnológicos, um em cada oficina: o “FD real do percurso do usuário tabagista na ESF” e o “FD ideal do percurso do usuário tabagista na ESF”. A proposta metodológica foi adaptada mediante a incorporação da matriz SWOT como ferramenta de planejamento estratégico na oficina com dinâmica coletiva. Essa ferramenta foi utilizada para identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas ao processo de trabalho, além de subsidiar o matriciamento entre as perguntas norteadoras dos profissionais e a elaboração dos fluxogramas descritores.

Os dados foram analisados segundo a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin[16], seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Esse método possibilitou identificar três categorias: “Significados e desafios do uso do FD no cotidiano da APS”; “Percurso assistencial e fluxo real do homem tabagista na RAS”; e “Cuidado à saúde e fluxo ideal do homem tabagista na RAS”.

O corpus da análise foi constituído pelas transcrições das respostas dos profissionais durante as oficinas com dinâmicas coletivas. Os dados também foram registrados em diários de campo e gravações de áudio. Na fase de pré-análise, os áudios foram armazenados em formato digital no Google Drive, em pastas organizadas cronologicamente. Para preservar a confidencialidade dos participantes, foram utilizados códigos compostos pela letra inicial da categoria profissional, seguida de numeração crescente quando havia mais de um participante da mesma categoria: médicos (M1, M2 e M3), enfermeiros (E1, E2 e E3) e agentes comunitários de saúde (ACS). As transcrições passaram por um processo de suavização gramatical para facilitar a leitura, sem alteração do sentido do conteúdo.

A exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação foram realizados por três pesquisadores: duas pesquisadoras treinadas em análise de conteúdo e um supervisor com experiência em análise qualitativa. Inicialmente, os três pesquisadores realizaram a leitura flutuante e atribuíram rótulos ou códigos a trechos específicos, de forma individual e independente, abrangendo todo o corpus. Foram identificados trechos ou frases como unidades de registro. Posteriormente, os pesquisadores reuniram-se em sessões de discussão coletiva para comparar os códigos gerados. As divergências foram debatidas até que se chegasse a um consenso sobre a definição e o refinamento das categorias finais, construídas por meio de uma abordagem mista, dedutiva e indutiva. Assim, a análise resultou de discussões coletivas e do consenso entre os pesquisadores.

Os registros dos diários de campo foram articulados às falas dos participantes para validá-las ou contextualizá-las. Na seção de Resultados e Discussão, essa articulação é apresentada por meio da inserção de trechos das falas dos participantes, entre aspas, seguidos imediatamente da análise dos

pesquisadores, fundamentada nas notas do diário de campo correspondentes ao dia da coleta.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o Parecer nº 7.822.024 e o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 91574525.0.0000.5174. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a leitura dos objetivos e o esclarecimento sobre a confidencialidade de sua participação. Foram respeitados os princípios da autonomia, da privacidade, do sigilo e da dignidade dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo quatro profissionais da equipe multiprofissional da ESF, provenientes de três equipes distintas: um médico de família e comunidade (equipe 3), duas enfermeiras (equipes 2 e 3) e uma ACS (equipe 1). O perfil sociodemográfico revelou participantes com idades entre 35 e 60 anos. Houve predominância do sexo feminino (75%) e da cor da pele autodeclarada como parda (75%). Entre os participantes, havia um homem e uma profissional que se autodeclarou branca. O tempo de formação acadêmica variou de 8 a 27 anos, enquanto o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde variou de 7 a 22 anos. Quanto ao vínculo empregatício com a instituição, todos os profissionais eram servidores públicos temporários contratados.

Além disso, a matriz SWOT foi utilizada como ferramenta de planejamento estratégico para identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças relacionadas ao processo de trabalho, bem como para organizar a discussão das categorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Respostas predominantes dos participantes, mediada pelos elementos da matriz SWOT – Força, oportunidade, fraqueza e ameaça.

Força	**Oportunidade**
- Pactuação e criação de instrumento por meio da educação permanente. - Comunicação sensível e escuta qualificada aos usuários do território.	- Instrumento de organização e reflexão; - Busca ativa; - Criação de grupos educativos; - A implementação do fluxograma para todas as equipes da ESF.
Fraqueza	**Ameaça**
- Falta de capacitação dos profissionais para abordar o tabagismo, e	- Ações estabelecidas por dias das demandas programadas;

principalmente, participação nos momentos de educação permanente; - Desinformação e a falta de organização nos serviços da rede; - Equipe reduzida; - Subfinanciamento da APS para o desenvolvimento de ações continuadas.	- Condutas profissionais individuais e isoladas na consulta; - Sobrecarga dos serviços da APS.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Significados e desafios do FD no cotidiano da APS

As observações registradas no diário de campo possibilitaram retratar a percepção dos profissionais sobre o FD como ferramenta facilitadora do trabalho e da organização das atribuições entre os membros da equipe.

> "Eu escolhi facilitador porque o FD descreve objetivamente não só para nós profissionais, mas para a comunidade em geral todas as etapas que eles devem seguir". (M)

A centralidade do FD está no usuário e nas ações implementadas pela equipe. A ferramenta é considerada facilitadora por proporcionar a compreensão da organização dos fluxos na perspectiva da equipe multiprofissional e dos usuários[17]. Em termos de funcionalidade, o FD é orientado pela micropolítica dos processos de trabalho em saúde, auxiliando na transformação do ambiente, potencializando o "trabalho vivo" e ampliando a percepção das atribuições profissionais no processo produtivo em saúde[18].

Nesse cenário, a construção do FD, aliada à incorporação da matriz SWOT como ferramenta de planejamento estratégico nas oficinas com dinâmicas coletivas, possibilitou a percepção prática do "trabalho vivo". Entre as potencialidades identificadas, destacaram-se o FD como instrumento de organização, reflexão e apoio à tomada de decisões gerais e específicas da equipe multiprofissional; a responsabilização dos ACS pela busca ativa dos homens tabagistas no território; a possibilidade de criação de grupos terapêuticos específicos voltados ao tabagismo; e a implementação do FD no processo de trabalho das quatro equipes da ESF. Também foram identificadas barreiras, como a organização das ações conforme os dias destinados às demandas programadas, a adoção de condutas profissionais individuais e isoladas durante as consultas e a sobrecarga dos serviços da APS.

Nesse contexto, a ESF, como componente fundamental da APS, orienta práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e articulação do cuidado integral, exigindo sintonia entre as equipes[19]. Assim, o FD favorece a estruturação da assistência a diferentes públicos, especialmente à população masculina, reforçando que a organização do trabalho é fundamental para transformar o cenário assistencial.

> "É uma maneira de refletir, quanto ao cumprimento do nosso papel na atenção primária, para uma investigação atenta, detalhada e em equipe quanto a condição de tabagista nesses usuários". (E2)

A construção do FD permite que os profissionais visualizem a responsabilidade compartilhada, favorecendo a compreensão da promoção da saúde como uma dinâmica comum a todos[20]. O desenvolvimento de uma percepção crítica e reflexiva ocorre a partir da construção coletiva de uma representação visual da estruturação do processo de trabalho.

A atuação da ESF fundamenta-se na compreensão ampliada do cuidado, no reconhecimento das necessidades dos usuários e na coordenação dos fluxos assistenciais. Considerando as DCNT importantes causas de adoecimento e desafios para o SUS, o FD possibilita uma prática em saúde mais organizada, contribuindo para o aprimoramento dos planos terapêuticos e para a resolução de problemas[21].

Além disso, a implementação do FD no planejamento da equipe pode contribuir para reduzir o estresse de usuários e profissionais, favorecendo condições mais humanizadas de trabalho e cuidado.

> "Quando a gente pactua e cria um instrumento objetivo, a equipe tem facilidade de seguir naquele processo, além de menos estresse para todos. Já pensando realmente nos caminhos que você consegue traçar, sem dúvidas". (E1)

O relato acima possibilita refletir sobre as potencialidades do FD, especialmente quanto à organização da atuação profissional e à construção coletiva do instrumento por meio da educação permanente. Nesse sentido, a ausência de planejamento constitui um possível nó crítico, associado à rotina individualizada e à fragmentação das ações no trabalho multiprofissional[22]. Nesse contexto, o FD pode contribuir para a melhoria dos fluxos assistenciais e para a definição objetiva dos papéis profissionais,

permitindo visualizar atribuições específicas e compartilhadas e favorecendo a clareza das funções e a integração nas diferentes etapas da assistência.

O trabalho da equipe multiprofissional da ESF caracteriza-se pela busca de um atendimento humanizado e pela construção integrada do cuidado, possibilitando abordagens mais eficazes, abrangentes e adequadas às especificidades locais. Infere-se que a colaboração entre diferentes profissionais, orientada à implementação dos princípios do SUS, se torna fundamental para superar barreiras institucionais e culturais[23].

Assim, os discursos sugerem que o alinhamento entre os profissionais das equipes é essencial para a efetivação das ações e para a produção do cuidado.

> "Dentro dessa questão do tabagismo, se nós tivéssemos mais apoio para colocar algo que atraísse mais os homens para cá, mais estratégias [...] A equipe foi reduzida! A meu ver, deveria ser inserido mais um profissional na ESF, para não ter que referenciar o paciente, que já tem dificuldade de adesão". (ACS)

Os horários incompatíveis com a rotina de trabalho e a ausência de estratégias específicas para atrair esse público aos serviços[24] podem ser compreendidos como obstáculos institucionais que influenciam a baixa adesão dos homens aos cuidados em saúde. Essas barreiras refletem dificuldades de adequação dos serviços às necessidades dessa população.

Além disso, desafios recorrentes afetam o cotidiano da ESF, incluindo a sobrecarga de trabalho, as lacunas na capacitação das equipes, a insuficiência de recursos humanos e insumos e as limitações estruturais, dificultando a organização do trabalho[25]. Esses fatores podem comprometer a oferta de ações e serviços de saúde, reforçando a necessidade de refletir sobre o uso de tecnologias para qualificar a produção do cuidado[20]. Nesse cenário, a realidade analisada permitiu identificar obstáculos relacionados tanto à organização dos serviços de saúde quanto à autonomia dos usuários.

> "Acredito que seja a desinformação, a falta de organização nos serviços e na rede também. A rede é muito fragmentada em Belém [....]. Isso deveria ser feito através de uma capacitação adequada, de uma disponibilidade de materiais para divulgação e de tratamento." (M)

> "O usuário tem que se sentir à vontade para buscar um acompanhamento. Eu gostaria de ter um discurso mais

> sensível para esse tipo de atendimento, acredito que falte capacitação. Eu atendo e quando pergunto 'Você tem vontade de parar de fumar? ', [....] Eles dizem que é difícil parar de fumar, e então perdem o interesse. É difícil convencê-lo. Se tivesse uma busca, uma explicação maior dos problemas que ele vai adquirir fumando, talvez fosse diferente." (E2)

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

O tom de desabafo era evidente nos relatos dos profissionais de saúde, que lançavam luz sobre um paradoxo doloroso vivenciado no cotidiano: o reconhecimento das próprias limitações pelos profissionais. Os registros evidenciam que cobrar adesão aos programas de saúde sem oferecer suporte emocional, capacitação em comunicação terapêutica e articulação em rede aos trabalhadores significa exigir que os profissionais que atuam na linha de frente superem, individualmente, limitações estruturais dos serviços. Nesse sentido, os registros sugerem que o nó crítico pode não estar na falta de vontade do fumante, mas na invisibilidade do percurso terapêutico na rede de atenção à saúde.

A EPS é reconhecida como uma ferramenta que contribui para a melhoria do ambiente de trabalho, fortalece a aprendizagem coletiva e promove a reflexão sobre questões que orientam as ações de prevenção e promoção da saúde[26]. No planejamento das ações de cuidado voltadas ao tabagismo na população masculina, os profissionais demonstraram valorizar a EPS, embora essa prática não ocorra regularmente, especialmente no que se refere às necessidades específicas do público masculino.

Nesse sentido, a reorganização da carga horária destinada à EPS, com a possibilidade de utilizar até 16 horas mensais da jornada de trabalho para atividades formativas, pode favorecer a qualificação profissional e fortalecer a capacidade de resposta das equipes diante das necessidades específicas da população masculina fumante[27].

A APS desempenha papel fundamental na implementação de estratégias educativas e de apoio à cessação do tabagismo, contribuindo para intervenções precoces, para a interrupção do consumo de tabaco e para a redução das doenças relacionadas a esse hábito[28]. Entre essas estratégias, destacam-se os materiais educativos voltados ao autocuidado, os cartazes de

acolhimento, os grupos de apoio organizados por eixos temáticos relacionados à cessação do tabagismo e as ações de busca ativa[29].

O distanciamento dos homens dos serviços de saúde reflete barreiras institucionais e pressões sociais que desencorajam a busca por cuidado. Contudo, a responsabilidade pela saúde masculina envolve também os próprios usuários, por meio do exercício da autonomia no autocuidado[30]. A ausência de estratégias específicas pode gerar nos homens uma sensação de desconexão com os espaços de saúde, dificultando a identificação com o ambiente e com os profissionais.

Percurso assistencial e fluxo real do indivíduo em tratamento para cessação do tabagismo nas RAS

O conhecimento dos profissionais sobre o percurso assistencial dos usuários torna-se fundamental para organizar o sistema, otimizar potencialidades e mitigar fragilidades. Ao compreender a realidade local, torna-se possível adequar os serviços às necessidades dos usuários e promover um acolhimento humanizado[31].

As narrativas permitiram identificar o acolhimento e o ponto inicial de atendimento ao homem tabagista, antes da consulta clínica. Na ESF, o usuário geralmente acessa primeiro a recepção, confirma sua chegada e aguarda atendimento. Contudo, os relatos evidenciam a ausência de um fluxo definido:

> “Bem, depende, não existe um fluxo disso. A gente tem os dias das demandas programadas, em que cada equipe define o dia de marcação das consultas”. (M)

> “A maioria é direcionada a ir lá na recepção, que vai definir se a pessoa está com uma consulta programada ou não no dia”. (E1)

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

Os relatos revelam que há um desenho institucional do fluxo, mas o atendimento depende da organização interna de cada equipe. No balcão da recepção, o trabalhador assume o papel de avaliar o acesso, validando ou não a urgência da demanda apresentada no dia.

Nesse panorama, o FD parte das demandas do usuário e deve ser construído coletivamente, favorecendo a organização das percepções sobre os

problemas existentes no fluxo assistencial[14]. As perguntas iniciais para a identificação do percurso real baseiam-se no primeiro contato do usuário com o serviço, permitindo reconhecer obstáculos e potencialidades do acolhimento.

Frente ao exposto, presume-se que haja ausência de integração ou de compreensão compartilhada entre os profissionais quanto ao percurso inicial do usuário, possivelmente associada à fragmentação do trabalho. Assim, o FD, enquanto tecnologia leve-dura, torna-se uma ferramenta relevante para integrar os profissionais, visualizar as etapas assistenciais e as atribuições da equipe, além de fortalecer a humanização e o vínculo entre o usuário e o serviço.

Em continuidade, estratégias tradicionais de organização do trabalho, como agendas fixas e campanhas pontuais, tendem a fragmentar o cuidado e a limitar o acesso a outras demandas. Nessa perspectiva, o PlanificaSUS propõe reorganizar o processo de trabalho, priorizando o cuidado longitudinal e a adaptação das ações às necessidades cotidianas da comunidade[32].

Outra etapa importante para a construção do FD real consiste em compreender o itinerário do usuário, desde as abordagens iniciais até a construção do vínculo durante a consulta clínica. Conforme relatado:

> “Primeiro, geralmente, é pela enfermagem. Nenhum paciente tabagista chega nos procurando, dizendo que quer parar de fumar. Essa detecção é feita, comumente, em consultas.” (E1)

Habitualmente, o acolhimento ocorre no ambiente clínico, quando surgem relatos de problemas e se estabelece uma conexão entre o médico ou enfermeiro e o paciente. Entretanto, a humanização do cuidado busca antecipar essa conduta, oferecendo, ainda no ponto de entrada, educação em saúde e informações sobre os atendimentos disponíveis, de modo a favorecer a autonomia e o vínculo com o serviço[33].

Reconhece-se que os profissionais enfrentam obstáculos para engajar homens em iniciativas de abandono do tabagismo, pois muitos não buscam atendimento regularmente, o que pode reduzir a adesão aos tratamentos. Assim, tornam-se necessárias estratégias educativas e campanhas

adaptadas, que abordem os riscos à saúde e os fatores culturais e emocionais associados ao uso do tabaco[34].

Quanto ao atendimento clínico, a anamnese favorece a identificação do estágio motivacional e orienta a escolha do tratamento mais adequado, conforme a linha de cuidado e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Contudo, observa-se uma fragilidade relacionada à ausência de um protocolo definido:

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

A fala de M revela o esforço para romper com o modelo biomédico tradicional, centrado na lógica da queixa-conduta. Ao renunciar ao roteiro e concentrar-se no 'estilo de vida', o profissional busca atuar a partir da perspectiva da clínica ampliada, valorizando a singularidade do usuário e os determinantes sociais da saúde.

> "Cada profissional vai ter a sua abordagem." (M)
>
> "Não sigo um roteiro [...] pergunto qual é o estilo de vida dele, se é fumante [...] registro em prontuário e ofereço se ele tem interesse em tratar o agravo." (E1)

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

No discurso de E1, a abordagem do tabagismo e de outros agravos de forma meramente consultiva, expressa pela oferta de tratamento condicionada ao interesse do usuário, tensiona o princípio da proatividade e da busca ativa, inerentes à ESF. Em um território vulnerável, a manifestação de desinteresse pode estar relacionada à falta de acesso, ao estigma ou ao sofrimento psíquico. Essa situação desafia a equipe a desenvolver estratégias que favoreçam o reconhecimento das necessidades de saúde e a construção do desejo de cuidado antes mesmo da proposição da terapêutica.

Na abordagem do usuário tabagista, é essencial que os profissionais estejam capacitados para orientar sobre a cessação do tabagismo, encaminhar o usuário ao tratamento adequado quando houver interesse e garantir o correto preenchimento dos prontuários, assegurando a continuidade do cuidado[34].

Diante do interesse pelo tratamento, recomenda-se avaliar o grau de dependência à nicotina por meio do teste de Fagerström. Associado à

anamnese, o teste favorece uma abordagem sensibilizada do usuário e permite conhecer sua história de tabagismo, incluindo a idade de iniciação, as tentativas prévias de cessação e a presença de doenças relacionadas ao tabaco[35].

Entretanto, a articulação entre a APS e os demais pontos de atenção mostra-se desafiadora, devido à sobrecarga de demandas e à descontinuidade do cuidado. Conforme relatado:

> "A questão maior é a sobrecarga dos serviços na APS [...] quando a gente pactua com o cliente para ele ter acompanhamento multiprofissional, eu não sei exatamente quando e se ele vai conseguir esse atendimento." (E2)

A articulação entre os pontos de atenção das RAS permanece fragmentada, marcada por fragilidades na regionalização e na organização dos serviços. A fragilidade da APS compromete a continuidade do cuidado e sobrecarrega os demais níveis de atenção. Assim, a identificação dos pontos críticos da ESF constitui uma etapa inicial para a implementação da linha de cuidado, fundamentada na responsabilidade compartilhada, um dos princípios da RAS[4].

Reconhece-se que o fluxo assistencial prevê o encaminhamento do usuário ao programa de cessação do tabagismo mais próximo, preferencialmente na APS, espaço estratégico para a prevenção das DCNT e de seus fatores de risco[33]. Contudo, diante das vulnerabilidades estruturais da ESF analisada, a adoção do FD pode reforçar o papel da APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado[9].

O FD contribui para superar a fragmentação dos serviços e promover práticas mais resolutivas e centradas nas necessidades dos usuários[4]. Sua utilização na oficina não se restringiu à visualização do percurso do usuário tabagista, mas também favoreceu a articulação entre os pontos de atenção e ampliou a compreensão dos profissionais sobre a lógica da RAS.

No âmbito das fragilidades do fluxo, identificou-se a indisponibilidade de insumos e a falta de incentivos para a ampliação do cuidado voltado ao controle do tabagismo:

> “Esse tratamento é muito difícil sem acompanhamento farmacológico e reposição de nicotina [...] a gente não tem disponibilidade [...] é sobre subfinanciamento mesmo.” (M)

Evidencia-se que a insuficiência de investimentos em saúde pode se manifestar em limitações financeiras e de recursos humanos, incluindo a ausência de insumos medicamentosos, o que constitui uma barreira relevante à efetivação do tratamento[36]. A redução do número ou a ausência de profissionais da área farmacêutica também pode dificultar o acesso aos medicamentos necessários[36]. Além disso, é necessário considerar o contexto social e regional para desenvolver estratégias culturalmente adaptadas às condições de vida e saúde da população[37,38].

De acordo com os discursos, a ESF busca auxiliar os usuários no manejo terapêutico do tabagismo por meio de ações isoladas e não sistemáticas, uma vez que não há um programa implementado. Como relatado:

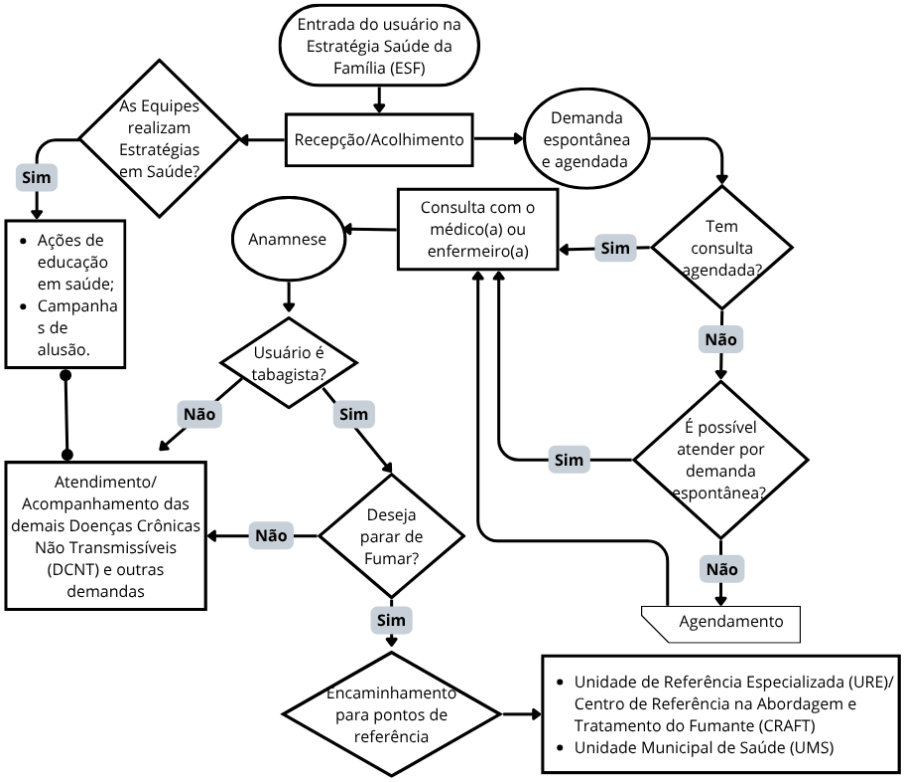
> “A gente tem todo o ‘know-how’ do que fazer, mas não tem os meios para implementar isso somente em nossas mãos.” (M)

A Educação Permanente em Saúde e o engajamento profissional são fundamentais para essa linha de cuidado[4]. No contexto da EPS, o FD mostra-se viável como estratégia pedagógica, pois ambas as ferramentas contribuem para estruturar o processo de trabalho, permitindo reorganizar as práticas assistenciais a partir da realidade local e transformar a práxis[25]. Nesse sentido, quanto à oferta do tratamento, torna-se relevante o preparo da gestão e dos profissionais, bem como a disponibilidade dos manuais técnicos previstos no protocolo clínico.

No processo de trabalho, conforme observado na Figura 1, identificou-se a realização de ações educativas direcionadas ao tabagismo. Entretanto, também foram identificados nós críticos, como a inserção do atendimento ao tabagista no eixo comum de assistência a outras doenças crônicas, sem estratégias específicas de intervenção. Outro ponto a ser destacado refere-se às consultas com médicos e enfermeiros na ESF, nas quais o usuário que deseja parar de fumar tem sido encaminhado diretamente aos pontos de referência, sem a adoção de estratégias padronizadas para a abordagem do tabagista, dentro e fora dos consultórios, pela equipe de saúde. Também foram identificados obstáculos à pactuação de planos entre os profissionais

e encaminhamentos sem articulação entre os pontos de atenção da RAS. A construção do FD permitiu analisar entraves como a ausência de um programa de cessação e controle do tabagismo, as dificuldades na realização de ações voltadas ao público masculino e a baixa procura e adesão dos homens aos serviços da ESF.

Figura 1. Fluxograma REAL do indivíduo em tratamento para cessação do tabagismo



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Cuidado à saúde e fluxo ideal do indivíduo em tratamento para cessação do tabagismo na RAS

A análise dos discursos revela que o cuidado ao homem tabagista na APS é marcado por tensões entre as demandas dos usuários, as limitações do serviço e as barreiras socioculturais relacionadas à masculinidade. Esse eixo fundamentou a elaboração do fluxograma ideal, integrando os resultados empíricos e as possibilidades de reorganização do processo de trabalho.

As falas evidenciam a necessidade de qualificação dos profissionais e de compartilhamento interno dos fluxos:

> "Enfatizar esse fluxograma para as demais equipes".

> "[...] para que todo mundo entenda esse fluxograma, para que possa ser implementado entre todas as equipes dentro da ESF". (E2)

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

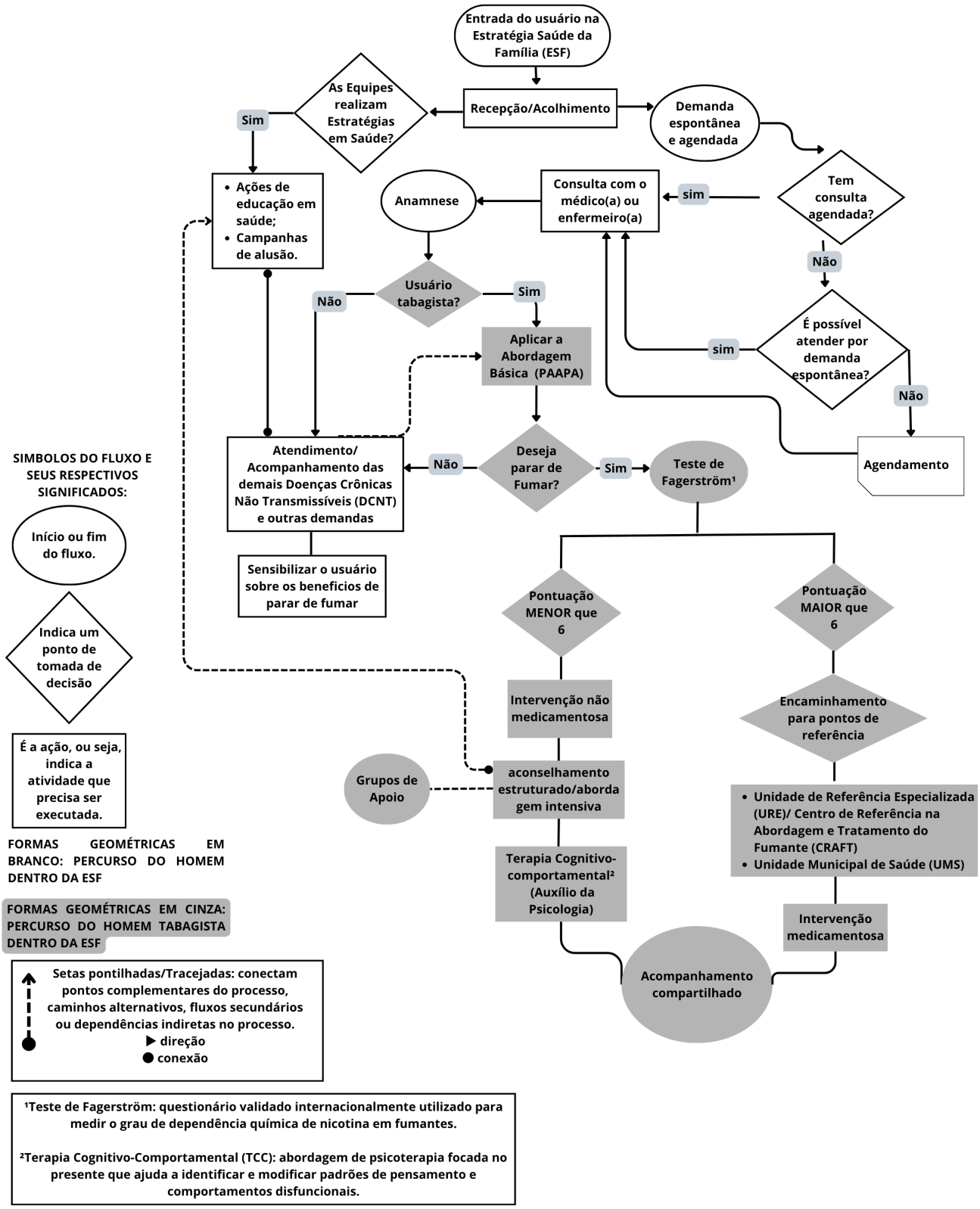
Nota-se um forte apelo à coletividade, expresso na fala “para que todo mundo entenda”. O participante E2 assume um papel de multiplicador, demonstrando preocupação com a equidade na disseminação do conhecimento técnico dentro do serviço. Isso sugere que o sucesso de uma nova diretriz na ESF está fortemente atrelado à sua validação e apropriação coletiva.

Essa perspectiva está em consonância com achados sobre a implantação parcial da PNAISH nas unidades[39]. Tais fragilidades justificam a elaboração do fluxograma ideal (Figura 2) como ferramenta organizacional voltada à definição de responsabilidades e à reorganização do processo de trabalho. Entre as principais mudanças propostas, destacam-se: a aplicação da abordagem básica (PAAPA) no consultório; a realização do teste de Fagerström para estratificação do grau de dependência à nicotina entre os usuários que desejam parar de fumar; a padronização dos encaminhamentos para grupos terapêuticos, terapia cognitivo-comportamental ou intervenção medicamentosa; e o encaminhamento aos pontos de referência da RAS, quando necessário. Busca-se, sobretudo, favorecer a compreensão da importância da implementação da linha de cuidado do tabagismo e dos critérios que orientam a tomada de decisão clínica.

Tais elementos, inseridos no FD ideal, estão alinhados às recomendações previstas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (2020), do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria Conjunta nº 10/2020[36]. Nesse cenário, estratégias percebidas como promissoras, como a formação de grupos, a realização de ações educativas, a flexibilização dos horários e o fortalecimento do vínculo, surgem como possibilidades concretas de reorganização do processo de trabalho:

> “Criando grupos educativos e repassando informações precisas”. (E2)
>
> “Horários estratégicos”. (ACS)
>
> “Melhorando o conhecimento e influenciando na saúde através de ações educativas”. (E1)

Figura 2. Fluxograma IDEAL do indivíduo em tratamento para cessação do tabagismo



Fonte: Elaborado pelos autores, 2025.

Registro de campo – 12/09/25 - ESF

Hoje ficou muito nítido como os pequenos detalhes operacionais mudam o rumo de uma intervenção. Nota-se a complementaridade entre os diferentes saberes e funções na rede de cuidado. As pessoas não apenas ouvem, elas compreendem e trazem isso para o cotidiano. É a saúde acontecendo pela via da educação.

Essas proposições estão alinhadas às evidências que destacam a relevância de estratégias educativas e grupais no enfrentamento do tabagismo, considerando seu potencial para ampliar o acesso à informação, fortalecer vínculos e favorecer mudanças comportamentais[34].

A busca ativa também aparece como elemento central na reorganização do cuidado:

> "Busca ativa". (ACS)
>
> "Busca ativa, além de informar sobre reuniões e dias estratégicos". (E2)

Diante da baixa procura espontânea e da rotatividade dos usuários, a continuidade do cuidado depende da adoção de estratégias ativas de monitoramento, incorporadas ao FD ideal como etapa estruturante do processo assistencial.

Outro achado refere-se à mudança de postura profissional decorrente das formações e discussões promovidas durante a construção do fluxo:

> "Antes [...] eu nunca perguntei 'Você tem vontade de parar de fumar?'; agora [...] vou ter um olhar diferenciado". (ACS)

O conhecimento insuficiente das diretrizes de saúde do homem compromete a efetividade das ações, sendo a formação continuada decisiva para superar esse desafio[41]. Os achados evidenciam que a reorganização do trabalho em saúde não se restringe à criação de instrumentos, mas também envolve a transformação das práticas profissionais e da escuta clínica. Assim, a EPS surge no FD como requisito estruturante para a implementação e a continuidade das mudanças propostas.

No âmbito clínico, a equipe discute a avaliação da dependência à nicotina como subsídio para a individualização do tratamento:

> “Menor que seis, a gente pode introduzir a psicologia e ações educativas; acima de seis [...] precisa ir acompanhando, com introdução do tratamento medicamentoso.” (E1)

A fala da participante é apresentada como referência para a definição de uma conduta clínica. Entretanto, é importante ressaltar que essas condutas devem estar fundamentadas nas recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (2020), do Ministério da Saúde[35]. Nesse contexto, a definição do papel do teste de Fagerström e sua articulação com a educação em saúde, o apoio psicológico e a farmacoterapia reforçam a necessidade de estabelecer critérios claros no FD ideal, visto que a combinação entre apoio comportamental e tratamento medicamentoso aumenta as chances de cessação do tabagismo.

O suporte psicológico também é reconhecido como necessário, especialmente quando o uso do cigarro está relacionado a conflitos emocionais:

> “[...] às vezes a pessoa se aborrece, fica chateada e descarrega no cigarro [...] seria muito válido o acompanhamento com a psicologia”. (E1)

Esse entendimento reforça a importância do cuidado integral e interdisciplinar. Considerando que as normas sociais relacionadas à masculinidade podem dificultar o reconhecimento e a expressão de sentimentos, o cigarro pode ser utilizado por alguns homens como recurso para lidar com tensões emocionais. Essa possibilidade reforça a necessidade de abordagens que considerem as experiências individuais e as necessidades de saúde de cada usuário.

Os achados evidenciam que barreiras como a incompatibilidade entre os horários de atendimento e a jornada de trabalho, a baixa procura espontânea pelos serviços e a dificuldade de expressão emocional não devem ser interpretadas como características universais do “ser homem”, mas como manifestações de masculinidades plurais, atravessadas por marcadores sociais como classe, geração, raça/etnia e território. Reconhecer essa heterogeneidade é fundamental para que o FD não reproduza, na prática assistencial, o apagamento das diferenças que a literatura sobre saúde do homem historicamente aponta como um dos entraves à efetividade das políticas voltadas a essa população. Isso se torna

especialmente relevante porque grande parte das pesquisas ainda enfatiza uma concepção hegemônica e universal de homem, deixando pouco espaço para a consideração de masculinidades de homens negros e indígenas.

Essa discussão torna-se ainda mais relevante quando situada no contexto amazônico em que o estudo foi desenvolvido. O Pará é o estado brasileiro com maior proporção de pessoas pardas (69,9%) e concentra a terceira maior população quilombola já quantificada do país, além de apresentar expressiva presença indígena[40]. Nesse sentido, a implementação do FD na Amazônia paraense requer uma abordagem territorializada, que reconheça as especificidades étnico-raciais da população local e evite a importação acrítica de modelos assistenciais elaborados para outros contextos regionais.

Portanto, o diferencial do FD construído para o homem tabagista, em comparação com um fluxo geral de cessação do tabagismo, não reside nas etapas clínicas em si, como a aplicação do PAAPA, o teste de Fagerström e os encaminhamentos para grupos terapêuticos ou farmacoterapia, mas na contextualização dessas etapas a partir das barreiras de gênero, raça e território que atravessam o acesso e a adesão dos homens ao cuidado. Enquanto um fluxo geral tende a operar sob a lógica da demanda espontânea, na qual o usuário procura o serviço e recebe atendimento conforme o protocolo, o fluxo construído nesta pesquisa incorpora a busca ativa pelos agentes comunitários de saúde (ACS), a flexibilização dos horários e a mudança de postura profissional, com a inclusão de perguntas diretas aos homens sobre o desejo de parar de fumar. Esses elementos respondem às barreiras institucionais e subjetivas identificadas nos discursos dos profissionais.

Além disso, o fluxo ideal reconhece a dimensão emocional do tabagismo masculino, articulando o suporte psicológico à terapêutica medicamentosa em resposta às dificuldades de expressão do sofrimento psíquico relatadas no contexto estudado e à possibilidade de utilização do cigarro como recurso para lidar com tensões emocionais. Em suma, o diferencial do FD não está apenas na organização técnica do cuidado, mas também na sua capacidade de tornar visíveis e contemplar as especificidades de gênero, raça e território que moldam o percurso do homem tabagista na APS.

Cabe ressaltar que a perspectiva interseccional serviu como referencial para a interpretação dos resultados e a elaboração das ações propostas, mas não foi incorporada como um componente específico de avaliação no desenho gráfico do fluxograma. Essa limitação constitui uma possibilidade de aprofundamento em aplicações futuras.

Limitações do estudo

Entre as limitações do estudo, destacam-se a ausência de dados documentais sistematizados no PEC da ESF sobre os registros relacionados ao tabagismo, o número reduzido de participantes, o curto período de coleta de dados (um mês) e a realização da pesquisa em uma única ESF. Além disso, não foi possível avaliar a implementação efetiva do FD ideal nem seus efeitos sobre o processo de trabalho e a organização do cuidado, uma vez que essa etapa não integrou o escopo desta pesquisa.

CONCLUSÕES

A elaboração do FD real possibilitou refletir sobre a qualificação do processo de trabalho, enquanto o fluxograma ideal se apresentou como uma ferramenta estratégica para fortalecer a linha de cuidado do tabagismo e aprimorar as ações da APS. O estudo evidenciou fragilidades institucionais, barreiras socioculturais, sobrecarga dos profissionais da APS, lacunas de capacitação, escassez de recursos humanos, restrições estruturais, indisponibilidade de insumos e ausência de protocolos padronizados.

Outro desafio central identificado foi a inexistência de uma estratégia padronizada para a abordagem do usuário tabagista na unidade, associada à fragmentação das RAS nos processos de encaminhamento, retorno e contrarreferência. Essa desarticulação compromete a continuidade do cuidado e pode reduzir a efetividade das ações desenvolvidas.

Nesse contexto, a atuação do sanitarista na APS, por meio da implementação do fluxograma descritor, pode contribuir para a organização da gestão do cuidado no território. A EPS voltada à atenção ao homem tabagista, articulada à PNAISH, o uso clínico do teste de Fagerström, a definição compartilhada de fluxos internos e a adoção de ações flexíveis constituem possibilidades para reorganizar o cuidado.

As estratégias propostas apresentam potencial para contribuir com iniciativas de sensibilização e acolhimento voltadas à superação de barreiras socioculturais que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde. Nesse processo, a Educação Popular em Saúde também pode favorecer a participação, a autonomia e o empoderamento dos usuários.

Assim, o estudo contribui para evidenciar que o fluxograma descritor não se limita a uma representação gráfica, mas pode constituir um instrumento pedagógico, organizacional e transformador, reafirmando a centralidade da EPS na qualificação do processo de trabalho. Sua utilização apresenta potencial para fortalecer práticas colaborativas, estimular a reflexão crítica das equipes e contribuir para a qualificação do cuidado ao homem tabagista.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.562, de 12 de dezembro de 2021. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Diário Oficial da União. 15 dez 2021; Sec. 1. [acesso 18 abr. 2026]. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.562-de-12-de-%20dezembro-de-2021-367540610

2. Vieira NF, Lanza FM, Araújo DD, Cunha ES. Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Em: Pagotto V, Nunes ABN, organizadores. Princípios que orientam a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Goiânia: Cegraf UFG [Internet]; 2023 [acesso 18 abr. 2026]; p.20-1. Disponível em: https://portaldelivros.ufg.br/index.php/cegrafufg/catalog/book/238

3. da Cunha WB, Guedes V de O, Bezerra STF, da Costa FR, de Oliveira NP. Desenvolvimento da política de saúde do homem na Atenção Primária: foco para as DCNT na população urbana e rural. Rev Pol Pub Cidades [Internet]. 2025 [acesso 18 abr. 2026];14(3). Disponível em: https://journalppc.com/RPPC/article/view/1853/1117.

4. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde lança linha de cuidado para prevenção e controle do tabagismo. Ministério da Saúde [Internet]. 2021 [acesso 18 abr. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/noticias/2021/ministerio-da-saude-lanca-linha-de-cuidado-para-prevencao-e-controle-do-tabagismo

5. OMS. OMS revela que um 1 em cada 5 adultos ainda é dependente do tabaco. Nações Unidas [Internet]. 2025 [acesso 18 abr. 2026]. Disponível em: https://news.un.org/pt/story/2025/10/1851170

6. Pinto M, Bardach A, Palacios A, An B, Alcaraz A, Rodríguez B, et al. Carga da doença e econômica atribuível ao tabagismo no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. IECS [Internet]. 2024 [acesso 18 abr. 2026];1-5. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/15986

7. DATASUS [Internet]. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM): óbitos da população masculina por causas evitáveis de 15 a 74 anos, Pará, 2020-2023. [acesso 20 nov. 2024]. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br

8. Vigetel. Tabagismo e Consumo Abusivo de Álcool. Ministério da Saúde [Internet]. 2023 [acesso 20 fev. 2025];51. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_tabagismo_consumo_abusivo_alcool.pdf

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 502, de 1 de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet], 13 jun. 2023 [acesso 18 abr. 2026]; seção 1, p. 60. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-502-de-1o-de-junho-de-2023/view

10. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Abordagem breve, mínima e básica [Internet], 2021 [acesso 26 mar. 2025];7. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/12620/1/2021-abordagem-breve-minima-basica.pdf

11. Ferreira FGPN, Cabral LMS, Amorim D, Martini MR. Racismo como determinante social da saúde: impactos do tabagismo na saúde da população negra [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2025 [citado 27 set. 2026]. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/17767/1/Racismo%20como%20determinante%20social%20da%20sa%c3%bade.pdf

12. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida [Internet]; 2014 [acesso 18 abr. 2026]; p. 35-62 Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/project/micropolitica-e-saude-producao-do-cuidado-gestao-e-formacao/

13. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos ML de M, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saude Debate [Internet]. 2019 [acesso 18 abr. 2026];43(especial 6 dez):70-83. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2133

14. Franco TB, Merhy EE. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2003. São Paulo: Hucitec [Internet]; 2005[acesso 18 abr. 2026]; p. 135-60. doi:10.1590/S0102-311X2005000500039.

15. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 19ª ed. São Paulo: Cortez [Internet]; 2025 [acesso 18 abr. 2026]. p. 13-54. Disponível em: https://api.metabooks.com/api/v1/asset/mmo/file/12530363b608469ea9afaeffed6a913b?access_token=13a46dfd-5120-4c7b-ab97-24d073db9777

16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016. p. 57-277.

17. Lustosa G, dos Santos E, Oliveira C, Silva S, Almeida AC, Oliveira M, et al. Fluxograma de atendimento a crianças e adolescentes em unidade de atenção secundária em saúde mental, durante a pandemia por COVID-19, no Distrito Federal. HRJ [Internet]. 2020 [acesso 18 abr. 2026];1(5):20-38. Disponível em: https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/22

18. Túlio BF. O Uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz -MG. Em: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec [Internet]. 2003 [acesso 18 abr. 2026]. p. 161-98. Disponível em:

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/fluxograma_descritor_e_Projetos_Terapeuticos_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf

19. de Araújo ÁC, Vieira LJE de S, Ferreira Jr AR, Pinto AGA, de Freitas KM, Ribeiro CL. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Escola Anna Nery [Internet]. 2023 [acesso 18 abr. 2026];27:1-7. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2022-0330pt.

20. Rodrigues RP, do Carmo WLN, Canto CIB, Santos E do S da S, de Vasconcelos LA. Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. Saude Debate [Internet]. 2019 [acesso 18 abr. 2026];43(spe6):109-15. doi:10.1590/0103-11042019S610.

21. de Santana CVS, de Azevedo IAM, de Araújo ALO, do Nascimento JA, Costa SB, de Oliveira DL, et al. Fluxograma analisador na construção coletiva do processo de trabalho para o cuidado integral de diabéticos na atenção primária à saúde. REAS [Internet]. 2025 [acesso 18 abr. 2026];25:1-9. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18531

22. Amaral V de S, de Oliveira DM, de Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. Physis Rev Saude Colet [Internet]. 2021 [acesso 18 abr. 2026];31(1):1-20. doi:10.1590/S0103-73312021310106.

23. Ferreira CA, Abe YAM, Barbosa M de L, Rebelo VSM, do Nascimento Jr EF, do Nascimento ÉTML, et al. A importância da equipe multidisciplinar no SUS: revisão de literatura. CLS [Internet]. 2025 [acesso 18 abr. 2026];18(2). Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/15732

24. Dias BVB, Sousa JLM, Silva CCB, Penachione RA, Thomaz MCA, Romão R do C. Saúde do homem: determinantes que intervêm na busca pela prevenção. RMS [Internet]. 2023 [acesso 18 abr. 2026];3(3):70-82. Disponível em: https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/pt_BR/article/view2038

25. Geremia DS, de Oliveira JS, Machado SKK, de Oliveira AA, Marques VM, Rossetto M. Organização do processo de trabalho dos coordenadores na gestão da Estratégia Saúde da Família. Rev APS [Internet]. 2023 [acesso 18 abr. 2026];26:1-12. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262333213

26. Santiago EKS, Vidal G, da Costa AEP, Schultz AP, Magalhães CB de L, Lopez ASQ, et al. Educação Permanente em saúde como estratégia para profissionais na assistência integral à saúde do adulto em comunidades vulneráveis. LEV [Internet]. 2025 [acesso 18 abr. 2026];16(52):e7830. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/7830

27. Ministério da Saúde. Saúde estabelece formação e educação permanente de trabalhadores da atenção primária do SUS. Governo Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acesso 18 abr. 2026]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/outubro/saude-estabelece-formacao-e-educacao-permanente-de-trabalhadores-da-atencao-primaria-do-sus

28. Costa AL de O, Bernardes JM, Lima MCP. Programa de Controle do Tabaco: fatores associados ao risco de abandono do tratamento. Rev APS [Internet]. 2022 [acesso 18 abr. 2026];25:81-160. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35466/24894

29. Soares AMC, de Sousa MNA. Formação de grupo de cessação do tabagismo na atenção primária: à prática mediada pelo arco de Maguerez. CLCS [Internet]. 2024 [acesso 18 abr. 2026];17(2):e3756. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3756

30. Silva e Silva A, Barbosa MGA, da Rocha AA, Carvalho TWS, Lins SR de O, Souza APB. Saúde do homem: dificuldades encontradas pela população masculina para ter acesso aos serviços da unidade de saúde da família (USF). Braz J Hea Rev. [Internet]. 2020 [acesso em 2026 abr. 19];3(2):1966-89. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/7752

31. Gádia LL. Linhas de cuidado de atenção integral à saúde, dispositivo de gestão no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa [monografia]. Goiânia (GO): PUC Goiás; 2021 [acesso 18 abr. 2026]. 41 p. Disponível em: https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/2883

32. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PlanificaSUS: manual para utilização do instrumento de autoavaliação dos macroprocessos [internet]. Ministério da Saúde; 2023 [acesso 18 abr. 2026]. Disponível em: https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=30871f0c8bf671a0712f2beeb2690f0c0ddb948f&t=1728308521&type=biblioteca

33. Quevedo AL, Oliveira Souza Castro RC. Verificação da aplicação da Política Nacional de Humanização no atendimento das Unidades de Saúde da Família em um município do interior paulista. Implantol Health Sci [Internet]. 2024 [acesso 18 abr. 2026];6(5):255-70. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/2040

34. dos Santos LCA, Ribeiro WA, de Castro K, Cirino HP, Dias LL da C, de Morais MC, et al. Saúde do homem tabagista na atenção primária a saúde: desafios do enfermeiro e do médico para a educação em saúde. EACAD [Internet]. 2022 [acesso 18 abr. 2026];3(2):1-13. Disponível em: https://eacademica.org/eacademica/article/view/245

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Instituto Nacional do Câncer (INCA). 24 set 2020. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/relatrio_pcdt_tabagismo_520_2020_final.pdf/@@display-file/file

36. Santiago A. Assistência farmacêutica no controle do tabagismo [monografia]. Paracatu (MG): Centro Universitário Atenas. 2022 [acesso 12 nov. 2025]. 31 p. Disponível em: https://www.atenas.edu.br/uniatenas/iniciacaoCientifica/listaMonografias/paracatu/7/2022

37. Bonner ASM. Análise temporal das internações e mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis no Oeste Amazônico [dissertação]. Rio Branco (AC): Universidade Federal do Acre; 2024. [acesso 12 nov. 2025]. Disponível em: https://www2.ufac.br/ppgsc/dissertacoes/8a-turma

38. Souza Filho ZA, Sá AMM, Cunha LKRA, Silva TF, Santos RB, Ramos FRS, Prado ML. Cuidado de enfermagem à população amazônica: produção de conhecimento e formação de recursos humanos. REBEN [Internet]. 2021 [acesso 19 nov. 2025];75(Suppl 2):e20201084. Disponível em: https://reben.com.br/article/cuidado-de-enfermagem-a-populacao-amazonica-producao-de-conhecimento-e-formacao-de-recursos-humanos/

39. Oliveira ISB, Lenza N de FB, Lenza N de FB, Costa AAC, Souza CBL. Saúde do Homem: ações de prevenção na Estratégia de Saúde da Família [Internet]. 2019 [acesso 19 nov. 2025];2(1):48-54. Disponível em: https://revistas.atenas.edu.br/higeia/article/view/24

40. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022: cor ou raça [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 27 set. 2026]. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR