

## Percepção de Usuários sobre um Programa de Cessação do Tabagismo

### Perception of Users Concerning a Smoking Cessation Program

### Percepción de Usuarios acerca de un Programa para Cesar el Tabaquismo

*Cíntia Juliana da Silva Bettio<sup>1</sup>*

*Prefeitura Municipal de Três Lagoas*

*Laís Alves de Souza Bonilha*

*Alberto Mesaque Martins*

*Adriane Pires Batiston*

*Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)*

---

#### Resumo

A dependência do tabaco é um importante problema de Saúde Coletiva. Objetivo: Conhecer a percepção dos usuários sobre o programa de cessação do tabagismo no município de Água Clara, MS. Métodos: Foram realizados dois grupos focais com 15 usuários que realizaram o tratamento em uma Unidade Básica de Saúde. Resultados: Os resultados evidenciam que o processo grupal é importante no tratamento devido ao acolhimento que recebem do profissional e dos outros membros do grupo. Os usuários percebem o uso da medicação como fator determinante no tratamento e sugerem mudanças como a troca de experiências com ex-usuários do programa, psicoterapia individualizada, metodologias dinâmicas e agilidade nos atendimentos. Considerações finais: Os usuários destacaram como importantes a grupalidade para troca de experiências, bem como os materiais de apoio que recebem e a medicação. Na percepção deles, um maior vínculo com o médico e maior tempo de tratamento poderiam contribuir para a prevenção de recaídas.

*Palavras-chave:* estratégia saúde da família, saúde pública, tabagismo, cessação do hábito de fumar

#### Abstract

Tobacco addiction is an important Collective Health problem. Objective: To know the perception of users about the smoking cessation program in the city of Água Clara, MS. Methods: Two focus groups were carried out with 15 users who underwent treatment at a Basic Health Unit. Results: The results show that the group process is important in the treatment due to the welcome they receive from the professional and from the other members of the group. Users perceive the use of medication as a determining factor in the treatment and suggest changes such as the exchange of experiences with former users of the program, individualized psychotherapy, dynamic methodologies and agility in care. Final considerations: The users highlighted as important the group for exchanging experiences, as well as the support materials they receive and the medication. In their perception, a greater bond with the doctor and longer treatment time could contribute to the prevention of relapses.

*Keywords:* family health strategy, public health, tobacco use disorder, smoking cessation

#### Resumen

La adicción al tabaco es un problema grave de salud colectiva. Objetivo: Conocer la percepción de los usuarios acerca del programa para dejar de fumar en el territorio de Água Clara, MS. Se realizaron dos grupos focales con 15 usuarios que se sometieron a tratamiento en una Unidad Básica de Salud. Resultados: Los resultados evidencian que el procedimiento en grupo es importante en el tratamiento debido a la bienvenida que reciben del profesional y de otros miembros del grupo. Los usuarios se dan cuenta que el uso de medicamentos es un factor determinante en el tratamiento y sugieren cambios como el intercambio de experiencias con antiguos usuarios del programa, psicoterapia individual, metodologías dinámicas y agilidad en los servicios. Consideraciones finales: los usuarios resaltaron como importante el trabajo en grupo para intercambiar experiencias, así como los materiales de apoyo que reciben y la medicación. En la percepción de ellos, un buen vínculo con el médico y más tiempo de tratamiento contribuirían a la prevención de recaídas.

*Palabras clave:* estrategia de salud familiar, salud pública, tabaquismo, cese del hábito de fumar

---

<sup>1</sup> Endereço de contato: Rua Maria Guilhermina Esteves, 266, Jardim das Oliveiras, Três Lagoas, Mato Grosso do Sul. Telefone: (67) 99922-5104. E-mail: [cintia\\_bettio@hotmail.com](mailto:cintia_bettio@hotmail.com)

## Introdução

A dependência do tabaco atinge cerca de 1,1 bilhão de pessoas, sendo responsável por aproximadamente 4 milhões de mortes anuais no mundo todo. Do total de fumantes, cerca de 80% desejam abandonar o hábito de fumar e, destes, 97% necessitam de tratamento para conseguir superar esta dependência (Martins, 2009; Silva, Goyatá, & Souza, 2012; World Health Organization [WHO], 2018; Pinto et al., 2019). Além disso, pesquisas apontam que cerca de 80% dos fumantes têm o desejo de parar de fumar e já fizeram pelo menos três tentativas para isso, porém menos de 5% destes conseguem permanecer abstinentes sem ajuda (Martins & Seidl, 2011; Silva, Goyatá, & Souza, 2012; Mesquita, 2013).

O Brasil é pioneiro nas ações referentes ao controle do tabagismo e uma referência mundial, visto que, desde 1989, já vinha desenvolvendo ações no sentido de oferecer tratamento para a cessação do tabagismo (Silva, Martins, Faria, & Cotta, 2014). Somente em 2003 é que se instituiu o tratado internacional entre 192 países, chamado de Convenção-Quadro para Controle do Tabaco, o qual foi uma resposta para a epidemia mundial que havia se tornado o tabagismo, de forma que todos estes países deveriam implantar ações neste sentido (Silva et al., 2014; Bernardes, Menezes & Souza, 2020).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde criou Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante, oferecendo tratamento através do apoio medicamentoso e Abordagem Cognitivo-Comportamental, visando à cessação do hábito de fumar (Portes, Machado, & Turci, 2019; Bernardes et al., 2020). Inicialmente, este tipo de tratamento se restringia às unidades hospitalares, tendo seu acesso limitado, gerando grande pressão por parte daqueles que desejavam parar de fumar e buscavam algum tipo de tratamento. Diante disso, o Ministério da Saúde ampliou a oferta do programa para outros níveis de atenção à saúde, passando a ser desenvolvido, prioritariamente, nos dispositivos da Atenção Primária (Portes et al., 2019; Bernardes et al., 2020).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o programa é desenvolvido por equipe interdisciplinar e a participação pode ser por demanda espontânea ou através de encaminhamento médico, mediante verificação de agravos à saúde relacionados ao uso do tabaco (Silva et al., 2014; Bernardes et al., 2020). Na primeira etapa, realiza-se uma avaliação do grau de dependência de nicotina em que se encontra o paciente, através do teste Fagerstrom e uma avaliação médica para verificar a necessidade de tratamento medicamentoso. Em seguida, os usuários participam de sessões grupais, orientadas pela Abordagem Cognitivo-Comportamental que visa a apoiá-los no processo de cessação, informando a eles sobre riscos e benefícios de parar de fumar, formas de lidar com a síndrome de abstinência, dependência psicológica e condicionamentos associados ao hábito de fumar (Martins & Seidl, 2011). Por fim, existe a etapa de manutenção para aqueles pacientes que conseguiram parar de fumar com o tratamento, com o objetivo de prevenir futuras recaídas (Mesquita, 2013; Portes, Campos, Teixeira, Caetano & Ribeiro, 2014).

Os índices brasileiros apontam que as políticas de controle do tabaco, dentre elas o programa de cessação do tabagismo, colaboraram com uma redução superior a 30% no uso do tabaco, índice maior que a maioria dos outros países do mundo (Silva et al., 2014; Portes et al., 2019). Entretanto, apesar do êxito do programa, ainda são incipientes os estudos que consideram as percepções dos usuários do programa de cessação de tabagismo. Como cada

ator social envolvido nos programas de saúde (usuários dos serviços, familiares, representantes da população, profissionais e gestores dos serviços) tem objetivos e percepções distintas quando analisam a qualidade das ações de saúde, é necessário se considerar as percepções destes diversos atores para democratizar as avaliações, que pretendem influenciar processos de tomadas de decisões (Medina, Silva, Aquino, & Hartz, 2005; Feliciano, 2010).

Segundo Feliciano (2020), as interações entre profissionais de saúde, equipes destes serviços e usuários, por sua pluralidade de ideias, experiências e opiniões, afetam a percepção das necessidades de saúde, a busca pela assistência, aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento. Conforme relata Mehry (1998), se considerarmos o ponto de vista do usuário, pode-se dizer que são raros os serviços de saúde que se adequam plenamente às suas necessidades, já que seu ponto de vista geralmente não coincide com o dos governantes ou dirigentes dos serviços. O usuário, portanto, sente-se desamparado, inseguro, desprezado, desprotegido e desrespeitado. Desta maneira, se existe a pretensão de se superar a crise existente nos setores da saúde, é preciso atentar-se sobre as queixas que os usuários apresentam, já que, a partir disso, será possível uma maior compreensão sobre os problemas, subsidiando propostas de mudanças para maior efetividade destes serviços (Medina et al., 2005).

Nessa perspectiva, o objetivo deste artigo é analisar as percepções de usuários sobre o programa de cessação do tabagismo.

### Método

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa, a qual vem sendo reconhecida como essencial para apreender os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, considerando-se aí os sentidos, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores expressos na linguagem comum da vida cotidiana (Minayo, 2014). A investigação foi realizada no município de Água Clara, interior do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil.

Para conhecer as percepções dos usuários sobre o programa de tabagismo, foram realizados dois grupos focais, um com sete e outro com oito participantes, totalizando 15 participantes (Gatti, 2005). Os critérios de inclusão utilizados para participação nesta pesquisa foram: a) ser maior de 18 anos, b) ter participado de, no mínimo, três das quatro sessões grupais de abordagem cognitivo-comportamental, independentemente de ter parado ou não de fumar, para que tivessem melhores condições de abordar o programa em todo o processo que o compõe. Os encontros dos grupos aconteceram no Centro Municipal de Múltiplas Especialidades no município de Água Clara, em dias e horários agendados com os participantes, e tiveram duração média de 90 minutos cada um.

Os participantes foram localizados através do cadastro junto à coordenação do programa no município, e o acesso a esses dados, assim como a execução da pesquisa, foi previamente autorizado pelo gestor municipal. Os usuários foram convidados antecipadamente para participarem do grupo focal, por contato telefônico, já sendo feitos todos os esclarecimentos necessários, como a participação voluntária, data e local onde seria realizado o grupo focal e outras informações pertinentes.

Os encontros foram gravados em áudio e vídeo e contaram com a participação de um moderador, que estimulou os participantes orientado por roteiro estruturado com

questões-chave, direcionadas para o aprofundamento de cada tópico. Além disso, um relator foi responsável por realizar anotações, como a atitude e o componente emocional dos participantes durante os depoimentos, e um operador de gravação teve como função o manuseio dos instrumentos para gravação visual e de áudio das sessões.

A gravação dos grupos focais foi transcrita na íntegra, e o resultado foi analisado através da técnica de Análise de Conteúdo, que tem como objetivo a busca dos sentidos e significados de um documento ou discurso, amplamente usada em pesquisas qualitativas no campo da saúde (Bardin, 2016). Nessa vertente, as categorias de análise, elaboradas ao final do processamento dos dados qualitativos, correspondem ao agrupamento de temas com significados semelhantes e permitem responder aos objetivos da pesquisa, na medida em que representam a percepção de um grupo sobre determinada temática (Bardin, 2016).

O presente estudo atendeu às recomendações previstas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 50092115.5.0000.0021. Em garantia do sigilo, utilizou-se como identificação dos participantes a letra P, indicativo de participante, seguido pelo número de identificação atribuído pelos pesquisadores aos participantes. Ex.: P8.

## Resultados e Discussão

O processamento dos discursos deu origem a seis categorias de análise, que serão apresentadas a seguir.

### A Grupalidade como Processo Terapêutico

Ao se estimular os participantes para que revelassem suas percepções acerca do programa de cessação do tabagismo, a temática que surgiu com maior força nos discursos foi a importância das sessões grupais de tratamento, orientadas pela abordagem cognitivo-comportamental. O que inicialmente é visto como um processo obrigatório do tratamento, meramente com a finalidade de se obter as medicações, no decorrer do processo vai ganhando significado e sendo progressivamente valorizado, a ponto de ser reconhecida a possibilidade terapêutica do grupo. Nesse sentido, um dos participantes afirma: *“Eu me sentia bem quando vinha na reunião, era gostoso aquele tempo que a gente passava aqui reunido. A gente passa a conhecer muita gente através do programa, cada um dá opinião e isso ajuda”* (P1).

As trocas de experiências entre os participantes, que acontecem nas reuniões, foram ressaltadas como pontos positivos, assim como a escuta qualificada oferecida pela psicóloga e o acolhimento que recebiam, que é diferente do que geralmente encontram em outros ambientes, caso queiram falar sobre o assunto. Conforme aponta um dos participantes: *“Se você tem mais tempo com a psicóloga, ela te entende, mas se você for falar com outra pessoa que não fuma, a pessoa fala para a gente tomar vergonha na cara”* (P13).

Estas informações trazidas à discussão pelos participantes do grupo focal nos estimulam a refletir sobre a exclusão social em que vivem os que ainda fumam em um mundo antitabaco. Estes vivenciam a contradição entre a sedução do fumo, especialmente por seus efeitos relacionados à sensação de prazer, ao bem-estar e à promoção de socialização, os quais foram amplamente apoiados pela mídia, durante anos, e, por outro lado, os efeitos adversos

à saúde, massivamente divulgados por políticas de controle do tabaco. Estas, relacionadas à restrição do fumo em ambientes fechados, embora tenham sido associadas a resultados positivos, como a redução de fumantes no Brasil, estimulam a discriminação, por ser o ato de fumar considerado comportamento de risco (Spink, 2010).

O grupo, através do profissional de saúde preparado e a experiência compartilhada pelos seus integrantes, oferece o acolhimento que o indivíduo busca quando procura pelo tratamento. Os conteúdos ali trabalhados apresentam-se como ferramentas para conseguirem mudar o próprio comportamento e reforço para manterem-se abstinentes. O processo grupal apresentou-se tão relevante para o sucesso do tratamento que os usuários pontuaram que o número de encontros propostos pelo Ministério da Saúde (quatro sessões) deveria ser aumentado, já que interfere diretamente em sua motivação para deixar de fumar. O Ministério da Saúde permite que o município adequa a quantidade de reuniões de acordo com a sua realidade, porém informa que pesquisas realizadas apontam que o aumento do número das reuniões iniciais, apesar de aumentar as taxas de cessação, promove diferenças muito sutis nessas taxas, não sendo viável ao considerar-se a relação custo-benefício (Brasil, 2015). Nessa vertente, um dos entrevistados afirma: *“É muito pouco tempo o tratamento, eu infelizmente não consegui porque acho que faltou mais tempo de acompanhamento”* (P13).

Apesar de o Ministério da Saúde fazer tal afirmação, é preciso ouvir os indivíduos que fazem uso deste serviço e avaliar a possibilidade de atender a tal solicitação, já que o custo de um profissional de saúde não é muito alto ao se comparar com os valores investidos em doenças ocorridas por consequência do tabagismo (Pinto & Ugá, 2010; Mendes, 2013).

Durante as reuniões, uma das ferramentas utilizadas para a aprendizagem é o material de apoio, que foi considerado útil, tanto para reforçar o que fora abordado nas reuniões quanto para informar os familiares sobre os malefícios dos produtos derivados do tabaco. Podemos dizer que este material de apoio se configura como um vínculo em que o participante leva o encontro do grupo para outros encontros, agora com pessoas de sua convivência e estima, como familiares e amigos. É algo concreto que fica do grupo para sua vida: *“Os materiais de apoio ajudam, porque fala muitas coisas que a gente nem entende direito e passa a entender”* (P3).

A importância do grupo como uma fortaleza no processo de tratamento se estende para a fase de manutenção de apoio após a finalização do programa, que consiste em reuniões não obrigatórias sistematizadas pelo Ministério da Saúde para os usuários que cessaram o uso do cigarro durante as quatro reuniões iniciais. Porém, os usuários também sugeriram que essa proposta seja estendida para todos os participantes e que o intervalo entre os encontros seja mais curto, como pode ser observado na fala de um dos participantes: *“Depois que acaba, tinha que ter encontros pelo menos 1 vez por mês, porque às vezes a gente tá com algum conflito e podia vir para conversar com a psicóloga”* (P9).

A criação de grupos abertos, que ocorressem com frequência mensal para todos que tivessem participado do programa, independente de terem deixado ou não de fumar, poderia atender à necessidade apresentada por eles durante a discussão. Esse encontro serviria como reforço para aqueles que já houvessem parado de fumar, prevenindo a recaída, assim como também apoiaria os que ainda não conseguiram, como preparação interna para a tomada de decisão.

## A Medicalização como Fator Determinante

Outra categoria percebida nos relatos dos participantes remete à medicação como determinante para o sucesso do tratamento, conforme pode ser percebido na fala de um dos entrevistados: *“Para mim a parte que me ajudou no programa foi os adesivos. O dia que não colocava os adesivos vinha aquela vontade de fumar, e dia que colocava não vinha vontade”* (P11).

O conjunto de falas dos participantes evidencia a crença que as pessoas têm com relação ao tratamento em saúde, obrigatoriamente condicionado ao uso da medicação, seguindo o modelo biologicista e medicalizante de saúde, subestimando o uso de outros métodos de tratamento não convencionais. De acordo com Bruning, Mosegui e Viana (2012), os próprios profissionais de saúde, em sua formação, não foram preparados para incorporar outros tipos de terapia, valorizando a cura pelo uso de medicamentos e reforçando-os como símbolo de saúde, sendo a enfermidade associada ao fator orgânico. Pode-se refletir, então, que o significado da medicação apresentado pelos usuários pode ter sido reforçado ao longo do tempo pelos próprios profissionais de saúde, que consideravam como imperativo para o tratamento de doenças o uso de tecnologias duras. Sobre isso, Malta e Mehry (2010) referem que o uso de recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos desconsidera o processo saúde-doença com seus determinantes sociais e ambientais, que se relacionam com a subjetividade e singularidade do sujeito.

Outro participante, ao expor sua perspectiva, reforça a importância dos medicamentos, mas também considera que outros fatores estão envolvidos no ato de cessar o hábito tabágico: *“Para parar de fumar 80% é os adesivos, 20% é a cabeça da gente, tá?”*(P12).

A proposta formulada pelo Ministério da Saúde é que o programa de cessação do tabagismo tenha como estratégia principal a abordagem cognitivo-comportamental, sendo o apoio farmacológico auxiliar e, portanto, não abrangendo seu uso a todos os usuários, mas apenas àqueles que apresentarem grau de dependência da nicotina mais elevado ou quando é identificada a necessidade através da consulta médica (Brasil, 2015).

Na prática, o usuário já chega condicionado a esperar pela medicação, como uma maneira de terceirizar a responsabilidade pela sua saúde ao médico e à droga. Esta conduta foi alimentada durante muito tempo pelo modelo hegemônico de saúde, que via o paciente apenas como objeto de intervenção, desprovido da capacidade de obter conhecimento sobre a saúde e se responsabilizar por ela, desconsiderando então os valores, crenças e representações de saúde e doença para o próprio paciente (Almeida, Moutinho, & Leite, 2016).

Ainda sobre a valorização do uso dos medicamentos, vários participantes relacionaram a eficácia do programa ao período de uso das medicações, revelando sua concepção de que, quando o tempo de uso das medicações acaba, há forte possibilidade de recaída com retorno ao tabagismo, como pode ser percebido na fala de um dos participantes: *“Esse adesivo que tem nicotina tira a vontade enquanto a gente está usando ele, só que depois que acaba, a gente volta a fumar!”* (P1).

A solicitação manifestada pelos participantes, ilustrada no discurso acima, é a extensão do uso do adesivo no programa para além da duração sugerida pelo Ministério da Saúde, que é de dois a três meses, numa tentativa de evitar o retorno ao hábito de fumar. Porém o uso inadequado ou prolongado de medicações, mesmo que na forma de adesivos, pode

trazer várias complicações para a saúde, conforme detalhado na própria bula. Segundo pesquisa de Silva e Henrique (2011), cerca de 50% dos usuários não fazem uso adequado de suas medicações ao tratarem de condições diversas, configurando-se como um problema de saúde pública mundial, devido às consequências econômicas decorrentes deste comportamento. O hábito de consumo de medicamentos de forma desnecessária e irracional pode ser influenciado pelo fácil acesso e publicidade existente em torno do assunto, estimulando inclusive a cultura da automedicação, que no Brasil já é vista como um sério problema a ser enfrentado (Naves, Castro, Carvalho, & Merchám-Hamann, 2010).

Ainda assim, a maior parte dos participantes da pesquisa reforçou que o sucesso do tratamento depende principalmente do uso da medicação, chegando até mesmo a sugerir medicações mais fortes ou mesmo o uso mais prolongado do adesivo de 21 mg, que é o mais forte pois tem maior concentração de nicotina, conforme descrito nas falas a seguir: *“Quando acabou a primeira fase que era com os adesivos mais fortes, eu voltei a fumar. Se pudesse continuar mais tempo com esses seria melhor”* (P10). *“Acho que esse adesivo de 21 mg a gente deveria usar pelo menos mais 1 mês”* (P13).

Observa-se que a abordagem do Ministério da Saúde ao destacar como estratégia principal as tecnologias leves-duras, que são conhecimentos adquiridos a fim de organizar a atuação do profissional de saúde, como a abordagem cognitivo-comportamental, é pertinente e reconhecida pelos usuários, conforme veremos na categoria de análise seguinte. Entretanto, por ser estruturada, protocolada, bem organizada e normalizável, aproxima-se em características da tecnologia dura, o que limita os benefícios reconhecidos nas tecnologias leves (Lima, Juca, Nunes & Ottoni, 2012).

Identifica-se, como proposta de promoção da saúde, a necessidade de sensibilização nos serviços de saúde, envolvendo profissionais das equipes e a população para se discutir e superar a cultura de medicalização e que diminui o potencial cultural dos indivíduos para lidar por si mesmos com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte, havendo uma redução da perspectiva terapêutica, desvalorizando a abordagem da saúde voltada ao modo de vida, valores, fatores sociais e subjetivos implicados no processo saúde-doença (Tesser & Barros, 2008).

### **O Papel dos Profissionais no Fortalecimento do Processo**

A partir dos grupos focais, observa-se que a abordagem utilizada pelos profissionais de saúde junto aos usuários é um fator de grande relevância durante o programa, já que tanto os fatores positivos quanto os negativos destacados referem-se com maior frequência aos aspectos humanos do que à própria estrutura do programa. Nesse sentido, um dos participantes afirma: *“A psicóloga é boa porque procura ter interesse com as pessoas, ela não faz simplesmente o trabalho dela que é a reunião e esquece da gente, ela procura saber, ligar para lembrar, para saber como a gente tá”* (P6).

O usuário que chega a qualquer serviço de saúde busca ser acolhido em sua demanda, mas, além do comprometimento físico, traz consigo também comprometimentos emocionais e sociais advindos da própria doença ou mesmo de sua condição e história de vida. É necessário que o profissional tenha uma visão holística daquele paciente que espera pelo atendimento, já que, como descreve a Organização Mundial de Saúde, conceitua-se saúde

como bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades (Brasil, 2015; WHO, 2018). Desta maneira, muitas vezes não é suficiente apenas a prescrição da medicação ou a solicitação de exames para atender à demanda, é necessário abordar outras questões subjetivas para que sua necessidade de saúde seja atendida. Conforme aponta um dos participantes: *“O bom é que a psicóloga incentiva muito a gente para tomar os remédios certinho, encaminha para o médico, é bom porque a gente fica mais animado”* (P7).

Foi identificada como fator negativo a dificuldade de acesso à consulta médica, já que, em Água Clara, o médico destinado para o programa não atende exclusivamente esses pacientes, mas os “encaixa” durante seu atendimento na UBS, geralmente deixando-os para o final, o que também compromete a qualidade da consulta. De acordo com um participante: *“Melhoraria se a gente tivesse mais acesso ao médico e ele pudesse responder mais. Ele poderia perguntar mais, se a gente tem problemas, eu acho que isso é obrigação dele, né?”* (P3).

Em pesquisa realizada por Bispo, Tavares e Tomaz (2014), observou-se que a própria categoria médica reconhece o comprometimento na qualidade das suas ações em saúde e a dificuldade para realizar ações interdisciplinares devido à formação acadêmica centrada no modelo biomédico, que reforça a crença dos usuários em procurar sempre a medicina tradicional e medicamentosa e que, conseqüentemente, leva a um excesso de demanda para atendimentos ambulatoriais.

O excesso de demanda das ESF para atendimento médico e a escassez de médicos em municípios do interior talvez possam explicar a atenção individualizada pontuada pelos pacientes e considerada insuficiente. Percebe-se, contudo, que este é um fator que influencia na motivação do paciente para o tratamento, já que observamos nesta pesquisa que a percepção do acolhimento e apoio profissional os incentiva a continuar sem o uso do cigarro, como pode ser observado a seguir: *“A gente chega com alguma dúvida, mas o médico dá pouca chance, nem responde direito, só faz a receita”* (P2).

### **Tempo de Espera e Seu Impacto na Motivação para o Tratamento**

Os serviços de saúde, devido a sua demanda elevada, muitas vezes apresentam filas de espera que pode durar meses e até anos para o atendimento do paciente. Esta questão foi abordada pelos participantes da pesquisa como fator negativo, que compromete a motivação e os resultados do tratamento, podendo levar inclusive à desistência do processo ou mesmo recaída daqueles que já pararam de fumar e por algum motivo estão sentindo-se inseguros para manterem-se abstinentes e, por isso, precisariam reiniciar o tratamento. Um dos entrevistados afirma: *“Eu participei do programa 2 vezes, da primeira vez eu parei, mas depois de 3 meses que acabou os adesivos eu avisei que estava quase voltando, mas tive que esperar mais 1 ano para voltar no tratamento”* (P1).

Os integrantes dos grupos abordaram a necessidade de ampliar o número de atendimentos para diminuir o tempo de espera para a entrada no programa, assim como aumentar a disponibilidade das medicações para atender à demanda: *“Tinha que atender mais gente por vez, porque não demorava tanto para chamar”* (P9).

Em Água Clara, a equipe que desenvolve o programa não é exclusiva para este serviço, dividindo seu tempo entre diversos tipos de atendimento, o que coincide com a realidade encontrada em outros lugares, fazendo com que a qualidade do atendimento deste programa

fique comprometida, já que não há possibilidade de dedicar-se conforme a necessidade e expectativa da população atendida. Embora o tabagismo seja considerado um grave problema de saúde pública no mundo, e o programa de cessação do tabagismo esteja mostrando sua eficácia, ainda não é visto como prioridade, já que não há uma equipe própria que possa dedicar-se exclusivamente a ele, no sentido de ampliar o seu acesso e melhorar ainda mais os seus resultados.

Percebe-se uma sobrecarga dos profissionais das unidades de saúde da família, o que compromete a qualidade dos serviços por eles prestados, devido ao excesso de atividades oferecidas pela ESF, que inclui o programa de cessação do tabagismo (Oliveira, Moretti-Pires, & Parente, 2011).

A espera prolongada é um dos fatores que influenciam na motivação para o tratamento, juntamente de outros fatores, como gênero, etnia, idade, história anterior de tratamento, sistemas familiares e comunitários. Devido ao número elevado destes fatores e de sua complexidade, o resultante comportamental de uma pessoa é altamente variável ao longo do tempo (Fontanella, 2010).

### “Com a Palavra, o Usuário!”

À solicitação por sugestões ao programa, os participantes citaram o acompanhamento individual com a psicóloga, o intercâmbio de experiências através da promoção de encontros com pessoas que já passaram pelo programa e pararam de fumar, com depoimento para os iniciantes, a presença do médico nas reuniões, a flexibilidade de horário das reuniões e a utilização de metodologias mais participativas e dinâmicas.

Os participantes relataram que atendimentos individualizados, além do grupal que já acontece com a psicóloga, são importantes para atender às necessidades específicas de cada um, já que, às vezes, pode haver constrangimento e inibição para abordar assuntos íntimos no grupo, e que esse fato pode comprometer o sucesso do tratamento. Nessa vertente, um participante afirma:

*“Às vezes, a gente vem na reunião e tá com algum problema em casa, a gente não vai falar no meio de todo mundo o nosso problema, né? Eu acho que tinha que ter a psicóloga uma vez por semana ou uma vez por mês para conversar com cada um individual”* (P6).

Foi considerado relevante o contato dos participantes iniciantes com outras pessoas que já passaram pelo programa, visando ao compartilhamento da experiência, compreendendo que o relato de quem já passou pela mesma situação tem mais valor do que a participação do próprio profissional de saúde. Como aponta um dos entrevistados:

*“Era bom quando a pessoa viesse a primeira vez na reunião, tivesse alguém que já tenha parado, para a pessoa não se iludir que vai ser fácil, porque a psicóloga fala, mas quando você passa por aquilo e você fala, todo mundo fica te ouvindo, sabia?”* (P13).

Percebe-se que a figura do médico é simbólica para o paciente, pois, em sua percepção, é ele quem representa a saúde, a solução para os seus problemas, e, por isso, os pacientes sentem necessidade de aproximação com esta figura, tão importante para eles. Uma sugestão dada, possivelmente no intuito de lidar com a carência pelo atendimento médico, que, em nosso caso, não satisfaz as expectativas, foi de que o médico participasse das reuniões de

abordagem cognitivo-comportamentais, tanto para colaborar na discussão do grupo como para realizar a avaliação médica e a prescrição da medicação no ambiente do programa, e não na UBSF, onde não se diferenciam dos outros usuários. Segundo um dos participantes: *“Se o médico viesse em alguma reunião para conversar com a gente, seria legal”* (P6).

A flexibilidade de horários para as reuniões foi outra sugestão dada pelos participantes para facilitar o acesso de todos ao programa, considerando as pessoas que trabalham durante o dia e que também têm necessidade do tratamento. Um dos entrevistados afirma: *“Se tivesse grupo à noite seria muito bom, porque muitas outras pessoas iriam frequentar”* (P11).

A utilização de dinâmicas ou atividades diferenciadas também foram abordadas, não necessariamente ligadas ao tema do tabagismo, mas que também os auxiliasse a lidar com o estresse causado pela falta do cigarro ou resultantes de outros conflitos da vida. *“Podia ter outras coisas diferentes nas reuniões, não só do cigarro, uma brincadeira às vezes para distrair a gente, né?”* (P6).

Esta solicitação demonstra que o paciente, quando busca o tratamento, deseja mais do que apenas os procedimentos técnicos. Ele necessita de um atendimento singular, de um cuidado acolhedor, que atenda às suas necessidades de saúde de modo ampliado e que não se restrinja a condições físicas. Estas pessoas buscam vivências mais saudáveis, outras formas de cuidar da própria saúde e que as fortaleçam para lidar com a sua vida.

### Considerações Finais

Concluímos que a importância do processo grupal para os participantes do programa de tabagismo vai se transformando com o decorrer do tempo, pois o que inicialmente é considerado como uma obrigação, posteriormente, torna-se a base do tratamento, devido ao acolhimento que ali recebem dos profissionais de saúde, a troca de experiência com outras pessoas em situação parecida e a aprendizagem que adquirem através dos conteúdos trabalhados e materiais de apoio que recebem, que auxiliam tanto a si mesmos quanto aos familiares. A importância do grupo se estende também para a fase de manutenção, que é reconhecida como um reforço para quem deixou de fumar manter-se abstinente, e aquele que ainda não conseguiu, reforçar sua motivação e conseguir parar posteriormente. Os benefícios das sessões e da manutenção foram tão reconhecidos, que os usuários sugeriram que o número de reuniões obrigatórias fosse aumentado e a manutenção se estendesse a todos os participantes e acontecesse em intervalos menores.

Evidenciou-se também que a expectativa das pessoas que participaram do programa estava centrada na cura através da medicalização, já que a maioria deles reforçaram a necessidade do uso da medicação para que fosse possível a cessação do hábito de fumar, sugerindo inclusive o aumento do tempo de uso ou aumento da dosagem proposta para se obter maior eficácia.

Considerou-se como diferencial para a qualidade do tratamento a abordagem feita pelos profissionais de saúde junto aos usuários, pois, quando se sentem acolhidos, sentem-se mais motivados, e, quando não recebem a atenção esperada, isto representa um obstáculo ao tratamento, influenciando negativamente na motivação. Nesse caso, foram citados o acolhimento realizado pela psicóloga nas reuniões como fator positivo, e a dificuldade de acesso e qualidade da atenção médica como fator negativo.

As sugestões para melhoria da qualidade do programa foram: aumentar o número de reuniões obrigatórias de abordagem cognitivo-comportamental, incluir atividades diferenciadas nestas reuniões como dinâmicas e oficinas de artesanato, além da presença do médico nestas reuniões. Foi também sugerido que a manutenção aconteça com um intervalo menor de tempo após a finalização do programa, de forma que os pacientes, depois que terminam o tempo mínimo do tratamento, ainda tenham um recurso de apoio, independentemente de terem parado ou não de fumar.

Como limitações, o presente estudo foi realizado em nível local, podendo, portanto, refletir a realidade do contexto estudado, não podendo ser extrapolado para outras realidades, embora possa contribuir para importantes reflexões sobre os programas de cessação do tabagismo em diferentes contextos. Estudos futuros e com utilização de metodologias de pesquisas distintas são imprescindíveis para aumentar o conhecimento científico sobre a temática.

### Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Código de Financiamento 001.

### Referências

- Almeida, E. R., Moutinho, C. B., & Leite, M. T. (2016). Prática pedagógica de enfermeiros de saúde da família no desenvolvimento da educação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 20(57), 389-402.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardes, L., Menezes, H. F., Souza, I. M. (2020). Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(2), e00136919.
- Bispo, E. P., Tavares, C. H., & Tomaz, J. M. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: O olhar do preceptor na saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 18(49), 337-350.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Bruning, M. C., Mosegui, G. B., & Vianna, C. M. (2012). A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu, Paraná: A visão dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2675-2711.
- Feliciano, K. V. (2010). Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: I. Samico, E. Felisberto, A. Figueiró, & P. Frias. (Orgs.), *Avaliação em saúde: Bases conceituais e operacionais* (pp. 29-41). Rio de Janeiro: MedBook.
- Fontanella, B. J. (2010). Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias: Um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 139-145.
- Gatti, B. A. (2005). *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília, DF: Líber Livro Editora.

- Lima, M., Juca, V. J., Nunes, M. O., & Ottoni, V. E. (2012). Signos, significados e práticas de manejo da crise em centros de atenção psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 16(41), 423-512.
- Malta, D. C., & Mehry, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 14(34), 593-613.
- Martins, K. C. (2009). “Eu queria, mas não conseguia...”: Aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. (Dissertação de mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF).
- Martins, K. C., & Seidl, E. M. (2011). Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 55-64.
- Medina, M. G., Silva, G. A., Aquino, R., & Hartz, Z. M. (2005). Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Z. Hartz, & L. Silva (Orgs.), *Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde* (pp. 41-64). Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Mendes, A. C. (2013). *Análise de custos do programa de cessação do tabagismo no Sistema Único de Saúde*. (Dissertação de Mestrado em Medicina Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia).
- Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In C. Campos, D. Malta, A. Reis, A. Santos, & E. Merhy (Orgs.), *Sistema único de saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público* (pp. 103-20). São Paulo: Xamã.
- Mesquita, A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 15(2), 35-44.
- Minayo, M. C. (2014). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (14a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Naves, J. O., Castro, L. L., Carvalho, C. M., & Merchám-Hamann, E. (2010). Automedicação: Uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1751-1762.
- Oliveira, H. M., Moretti-Pires, R. O, & Parente, R. C. P. (2011). As relações de poder em equipe multiprofissional de saúde da família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 15(37), 539-550.
- Pinto, M., Bardach, A., Palacios, A., Biz, A., Alcaraz, A., Rodriguez, B., Pichon-Riviere, A. (2019). Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(8), e00129118.
- Pinto, M., & Ugá, M. A. (2010). Os custos das doenças tabaco-relacionadas para o sistema único de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1234-1245.
- Portes, L. H., Campos, E. M., Teixeira, M. T., Caetano, R., & Ribeiro, L. C. (2014). Ações voltadas para o tabagismo: Análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 439-448.
- Portes, L. H., Machado, C. V., & Turci, S. R. (2019). Coordenação governamental da Política de Controle do Tabaco no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2701-2714.

- Silva, L. D., & Henrique, D. M. (2011). Uso incorreto de medicamentos por pacientes após acidente vascular cerebral. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 187-197.
- Silva, M. J., Goyatá, S. L., & Souza, W. A. (2012). Tabagismo: Apague esse vício. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 10(1), 77-85.
- Silva, S. T., Martins, M. C., Faria, F. R., & Cotta, R. M. (2014). Combate ao tabagismo no Brasil: A importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 539-552.
- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: Reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde & Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Tesser, C. D., & Barros, N. F. (2008). Medicalização social e medicina alternativa e complementar: Pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 914-920.
- World Health Organization (2018). *Tobacco fact sheets*. Genebra: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

#### Sobre os autores:

**Cíntia Juliana da Silva Bettio:** Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Especialista em Psicologia da Saúde pelas Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI). Graduada em Psicologia pelas FAI. Atualmente é psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) do município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul (MS). **E-mail:** cintiabetio@yahoo.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-2823-6835>

**Laís Alves de Souza Bonilha:** Doutora em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste (UFMS). Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS. Especialista em Fisioterapia Respiratória pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Atualmente é professora da UFMS. **E-mail:** laissouza@hotmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-2157-3006>

**Alberto Mesaque Martins:** Doutor e mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gérias (UFMG). Especialista em Psicologia da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicólogo pelo Centro Universitário União de Negócios e Administração (UNA). Atualmente é Professor Adjunto na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **E-mail:** alberto.mesaque@ufms.br, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-6032-3122>

**Adriane Pires Batiston:** Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Marília (UNIMAR). Atualmente é professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **E-mail:** abatiston@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-9567-7422>

Recebido em: 30/05/2020

Última revisão: 06/10/2020

Aceite final: 16/12/2020

