

## DESAFIOS DO ANTITABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE POR MEIO DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

MARTINS, Alinne Oliveira da Silva<sup>1</sup>

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves<sup>2</sup>

MORAES, Vítor Fernandes Farias de<sup>3</sup>

### RESUMO

O conceito de uma Abordagem Centrada na Pessoa em cessação tabáquica perpassa pelo ponto central da compreensão da mudança de comportamento ao ter o profissional de saúde norteando o usuário a ser autônomo quando os condicionamentos de abstinência física e emocional aparecerem. Este estudo objetivou analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o uso do método clínico centrado na pessoa no tratamento de tabagismo em uma unidade básica de saúde da Zona Leste de Porto Velho, Rondônia. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizada entre agosto e setembro de 2024, utilizando gravador de voz para a captação das respostas do roteiro de entrevista semiestruturado adaptado, com 17 profissionais de uma unidade básica de saúde de Porto Velho/RO. O *corpus* textual foi processado no software Maxqda, e analisado por triangulação de métodos: campo empírico, referencial teórico e análise de conjuntura, considerando o contexto amplo da realidade. A análise de conteúdo de Bardin se deu em sua vertente temática. Das entrevistas, emergiram duas categorias: limitações assistenciais e formativas no tratamento do tabagismo e a utilização de práticas de cuidado centradas na pessoa. Conclui-se que há uma tentativa de aprimoramento de práticas centradas na pessoa em tratamento tabagista. Contudo, essas práticas ainda são minoritárias e difusas. Percebe-se, ainda, a presença de discursos alinhados à ótica biomédica, que desconsidera a integralidade, o protagonismo e as práticas colaborativas interprofissionais.

**Palavras-Chave:** Assistência Centrada no Paciente. Controle do Tabagismo. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

The concept of a Person-Centered Approach to smoking cessation revolves around the central point of understanding behavioral change, with the healthcare professional guiding the user towards autonomy when physical and emotional withdrawal symptoms arise. This study aims to analyze the perceptions of healthcare professionals regarding the use of the person-centered clinical method in smoking cessation treatment at a primary healthcare unit in the East Zone of Porto Velho, Rondônia. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, conducted between August and September 2024, using a voice recorder to collect responses from an adapted semi-structured interview guide with 17 professionals from a primary healthcare unit in Porto Velho/RO. The textual corpus was processed using Maxqda software and detailed through triangulation of methods: empirical field, theoretical framework, and contextual analysis, considering the broad context of reality. Bardin's content analysis was performed using its thematic aspect. From the interviews, two categories emerged: limitations in care and training in smoking cessation treatment, and the use of person-centered care practices. It is concluded that there is an attempt to improve person-centered practices in smoking cessation treatment. However, these practices are still in the minority and diffuse. Furthermore, the presence of discourses aligned with the biomedical perspective is noticeable, which disregards comprehensiveness, protagonism, and interprofessional collaborative practices.

**Keywords:** Patient-Centered Care. Tobacco Control. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR., Enfermeira pesquisadora do Centro de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva, Rondônia, Brasil; [alinnemartins12@gmail.com](mailto:alinnemartins12@gmail.com)

<sup>2</sup> Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Professora associada do Departamento de Enfermagem da Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE)/UNIR; Rondônia, Brasil; Enfermeira, Orientadora da mestranda. [katia@unir.br](mailto:katia@unir.br)

<sup>3</sup> Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Centro de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva, Rondônia, Brasil, Enfermeiro Residente em Saúde da Família; [viktor.farias.2001@gmail.com](mailto:viktor.farias.2001@gmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, medidas educativas com vistas a prevenir o início precoce, proteger a população da nociva fumaça, e a cessação do tabagismo datam desde a década de 80 pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer (Brasil, 2023; INCA, 2023).

Sales, *et al.*, (2019) afirmam que os danos do cigarro ao sistema respiratório acontecem ainda intrauterino e que permeiam pela fase adulta fragilizando o sistema imunológico, caracterizando a presença de doenças crônicas ou agravos não transmissíveis, no entanto sendo fator de risco para doenças transmissíveis.

Andrade e seus colaboradores (2022) ressaltam, que em 2019, cerca de 76% dos casos de óbitos foram ocasionados pelas Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) com preferências ao sistema cardiovascular, respiratório e neoplasias aos quais são suscetíveis de mudança de estilo de vida, dentre eles, a redução da prevalência do hábito de fumar.

Além disso, nota-se a diminuição da função pulmonar, favorecendo mortes em 12% por asma, atribuição em 15% de mortes por tuberculose, impotência sexual, dificuldades para engravidar, partos prematuros, baixo peso ao nascer, abortos espontâneos, facilitação de doenças cardiovasculares e o surgimento de cânceres de boca, garganta, esôfago, pâncreas, bexiga, colo do útero e principalmente o de

pulmão, que é a terceira neoplasia que mais mata (Andrade; Machado; Barbosa, 2022).

O tabaco é responsável por mais de 8 milhões de mortes ao ano, sendo a principal causa de morte evitável; destas, cerca 1,2 milhão de pessoas veem à óbito por causa do fumo passivo (OPAS, 2019).

Visando nortear melhores condutas no Sistema Único de Saúde (SUS) a serem seguidas pelas secretarias de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o tratamento do tabagismo segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDT) (2020) acontece prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) devido seu caráter estratégico para estratificação de risco diante da proximidade da população à área de cobertura. Em Porto Velho, na capital de Rondônia, o tratamento foi implantado na APS no ano de 2019.

O PCDT (2020) recomenda mediante fortes evidências combinação de formas farmacológicas e não farmacológicas para o sucesso do tratamento antitabagista caracterizada consecutivamente por uso de pastilhas, gomas, adesivos e/ ou associação de 150 mg de Bupropiona, além da abordagem cognitiva comportamental realizada em grupo de reuniões compostos na APS, ao qual totaliza um ano de tratamento separando a quantidade, a qualidade e os objetivos das reuniões da seguinte forma: no primeiro mês, semanalmente; no

segundo mês, quinzenalmente; do terceiro ao décimo segundo mês, mensalmente.

O cigarro é um hábito ensinado, estimulado e mantido diante da presença de nicotina, uma substância psicoativa que desencadeia sensações de recompensa, prazer e que leva ao vício. O tratamento objetiva mudanças de crenças baseado em treinamentos cognitivos comportamentais que visem o desestímulo de vinculações que levem a prática (Perez, 2022; Lopes *et al.*, 2023; INCA, 2024).

Nesse sentido, o MCCC preza por meio dos seis seguintes elementos: 1) entender a doença e a compreensão do indivíduo frente à doença e processo passado; 2) entender quem é a pessoa, incluindo seus sentimentos, ideais, funcionalidades perdidas ou não, suas expectativas, sua rede de apoio, como amigos e familiares e a comunidade onde ele reside; 3) Saber priorizar o que mais afeta no momento, integrar nas decisões ao realizar pactuações de mudanças de estilo de vida e comportamentos; 4) Promover saúde e prevenir riscos com educação em saúde; 5) Estabelecer vínculo entre profissional e usuário; 6) Ser realista quanto aos recursos disponíveis, a longitudinalidade e o trabalho em equipe (Stewart, 2017; Castro; Knauth, 2022).

O MCCC explora aspectos autônomos de cada pessoa e pode ser utilizado em qualquer dimensão de saúde, pois seu foco está na compreensão da pessoa que atravessa uma experiência de saúde, em seus determinantes

sociais e em buscar meios de dispor a melhoria do usuário mediante a ferramentas, como: uma escuta qualificada, estabelecer momentos proativos de fala e exposição, atividades reflexivas individuais ou em grupo, da negociação do entendimento de mudança de estilo de vida e de hábitos ruins que visem a satisfação do profissional de saúde e principalmente do usuário ao sentir-se acolhido e compartilhar da autonomia em decidir também sobre os seus cuidados de saúde (Lindson *et al.*, 2021; Pires *et al.*, 2022; )

Um dos principais componentes é entender o porquê da procura pelo serviço naquele dado momento da vida da pessoa, algo que de maneira grupal pode ser debatido e assim obter o reconhecimento de forma integral do indivíduo e o que ela espera do contato que ela está buscando com o profissional de saúde. Tais esclarecimentos permitem avaliar níveis de expectativas e satisfação (Lindson *et al.*, 2021).

Portanto, a pergunta de pesquisa norteadora é a seguinte: os profissionais de saúde da APS fazem o uso de cuidados centrados na pessoa para indivíduos que estão realizando tratamento de tabagismo na APS? Assim, esse trabalho tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o uso do método clínico centrado na pessoa no tratamento de tabagismo em uma unidade básica de saúde da Zona Leste de Porto Velho, RO.

## 2. METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Em campo, a pesquisa qualitativa parte da busca do pesquisador em compreender aspectos profundos e mais subjetivos de um problema tendo como enfoque da coleta dos seus dados a entrevista pautada na perspectiva dos entrevistados diante do contexto ao qual se situam. Dessa forma, o estudo qualitativo infere resultados que não buscam generalizar suas informações com situações diferentes dos indivíduos e locais pesquisados (Creswell, 2014; Rodrigues; Oliveira; Santos, 2021).

### Cenário do estudo

O estudo aconteceu na capital do estado de Rondônia. A cidade de Porto Velho é uma das sete capitais que compõem a Região Norte do Brasil, localizando-se no terço oeste, na Amazônia Ocidental no Planalto Sul Amazônico, realizando fronteira com a Bolívia; Com uma população estimada em 460.434 é o município que contém mais pessoas no estado, constitui-se o quarto mais populoso da região norte e a capital estadual mais extensa de todo o país (IBGE, 2022).

Quanto à área da saúde, as unidades totalizam-se em trinta e oito, dividindo-se em: dezoito de zona urbana, destas apenas duas

Unidades Básicas de Saúde, sendo as dezessete restantes, Unidades de Saúde da Família; dezoito Unidades de Saúde da Família em zona rural.

A escolha do cenário foi intencional em virtude de ser uma das unidades que é campo de prática da Graduação de Enfermagem e da Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

### Participantes

Foram convidados para compor os entrevistados os profissionais de saúde integrantes da ESF (Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Odontólogos e Residentes de Saúde da Família), do período matutino e vespertino de uma unidade de Saúde da Família saúde (USF) da Zona Leste de Porto Velho-RO, que realizavam o atendimento aos usuários adscritos e que obedecessem aos seguintes critérios de inclusão/exclusão. Inclusão: profissionais da ESF acima de 18 anos de idade e com mais de seis meses de experiência na unidade. Exclusão: profissionais que não estavam no dia da coleta, que se encontravam afastados ou de férias; constituindo-se por 17 profissionais de saúde.

### Instrumentos de coleta de dados

Além do perfil sociodemográfico, foi

elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por cinco questionamentos abertos, adaptado do estudo de Santiago (2020), que tinham interesse em apreender os significados e compreensões dos participantes acerca do objeto de estudo.

As entrevistas tiveram em média 10 minutos de duração e foram realizadas durante a rotina de funcionamento da USF entre os meses de agosto e setembro de 2024, sob auxílio de um gravador de voz para a captação das falas.

Visando preservar o anonimato dos participantes, as falas foram codificadas com letras e números que não explicitam respectivamente a categoria profissional. Utilizou-se a seguinte codificação da letra “E”, que significa entrevistado para cada profissional, acrescido de uma numeração conforme ordem das entrevistas.

#### Análise de dados

Os conteúdos das entrevistas foram organizados e analisados no MaxQda Analytics Pro - versão 24.6.0/2024, à luz do referencial teórico, a qual utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2016).

A análise se deu por triangulação de métodos/técnicas para coleta dos dados, a saber: campo empírico, referencial teórico e análise de conjuntura, que compreende o contexto mais amplo e abstrato da realidade, visando uma maior compreensão e análise do estudo.

A análise seguiu as etapas proposta por Bardin (2016), que estabelece três passos para sua sequência metodológica. Anterior à pré-análise, realizou-se a verificação da acurácia das transcrições, comparando-as com as gravações de áudio.

**1) Pré-análise:** realizou-se a leitura flutuante, estabelecendo o primeiro contato com as entrevistas transcritas de maneira a conhecer o sentido do todo e constituindo o *corpus*, seguindo as normas de validade da análise: 1- Exaustividade - dar conta do roteiro; 2 - Representatividade - dar conta do universo pretendido; 3 - Homogeneidade - coerência interna de temas, técnicas e interlocutores; 4 - Pertinência - adequação ao objeto e objetivos do estudo. Construindo-se, as unidades de registros por meio de palavras-chave ou frases;

**2) Exploração do material:** durante a exploração do material, houve o desmembramento das unidades de registros, iniciando-se o processo da categorização, as quais foram exaustivamente lidas e relidas para o reagrupamento por categorias para análise;

**3) Tratamento e interpretação dos resultados:** realizou-se a inferência qualitativa a partir de premissas já aceitas de outros estudos, pondo em relevo a interpretação dos dados e atribuindo um grau de significação mais ampla aos conteúdos analisados, à luz do quadro teórico (Bardin, 2016).

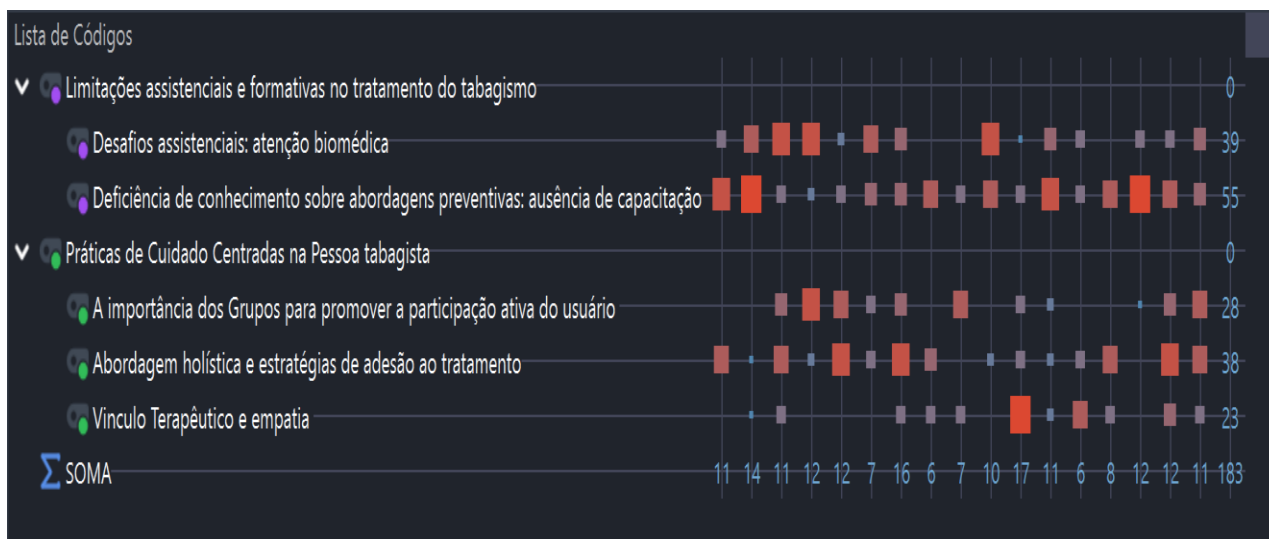
Para assegurar a validade e confiabilidade desta pesquisa foram adotados os

critérios de credibilidade, transferibilidade, confirmabilidade e reflexividade (Guba; Lincoln, 2005). Isto é, os pesquisadores realizaram a codificação e os temas foram desenvolvidos com base nos dados; para proteger contra o viés da pesquisa foram mantidas notas reflexivas que subsidiaram as interpretações dos resultados; as informações sobre o processo de recrutamento, as características dos participantes e a geração de dados foram relatadas para aumentar a transferibilidade e a confiabilidade; por fim,

para fortalecer a confirmabilidade, foram incluídas citações para sustentar as interpretações (Braun; Clarke, 2021).

Emergiram das falas, duas categorias, e delas, duas subcategorias da primeira categoria e três subcategorias da segunda categoria, abaixo, no mapa de matriz de códigos enfatiza a frequência de cada fala por meio do tamanho e coloração dos círculos. Dessa forma, os círculos maiores e com o tom mais avermelhado são as falas mais constantes.

**Figura 1** – Matriz de código acerca das conexões entre as subcategorias das entrevistas com os profissionais de saúde do estudo. Porto Velho, RO, 2024



Fonte: MaxQDA, 2024.

### Aspectos éticos

A presente pesquisa obteve autorização do gestor municipal de saúde de Porto Velho-RO e é vinculado ao subprojeto “CONDIÇÕES CRÔNICAS EM PORTO VELHO-RO: aspectos assistenciais, do Letramento em Saúde e da qualidade de vida, o qual é vinculado ao

projeto matriz: “Atenção à saúde em Rondônia: perspectiva assistencial, do trabalho e da Educação na Saúde” – CAAE 66833023.1.0000.5300, aprovado sob o parecer n. 5.890.371.

### 3. RESULTADOS

Quanto ao perfil dos 17 profissionais entrevistados, houve um empate entre os com 24 a 45 anos com 35,29% cada. A maioria referiu ser casado (52,94%), mas também houve uma porcentagem expressiva de solteiros (35,29%). A profissão mais frequente foi de enfermeiras (35, 29%), seguidos de Técnicos em Agente Comunitário de Saúde (23,53%) e médicos (17,65%), o profissional menos participativo foi o cirurgião-dentista com 5,88%.

Dos entrevistados, 23,53% não têm especialização/pós-graduação, 29,4% possuem especialização em áreas comuns a assistência hospitalar, 23,53% estão em curso de especialização em Saúde da Família como residentes e apenas 17,65% são especializados em saúde pública.

Quase metade dos profissionais possuem mais de 5 anos de trabalho na Unidade de Saúde (47,06%), entretanto nota-se também um destaque de trabalhadores recentes com menos de 1 ano (35,29%).

**Tabela 1-** Perfil sociodemográfico dos profissionais entrevistados de uma Unidade de Saúde da Família na Zona Leste em Porto Velho

Variáveis	n°	%
<b>Idade</b>		
24 a 34 anos	6	35,29
35 a 45 anos	6	35,29
+ de 45 anos	5	29,41
<b>Estado Civil</b>		
Casados	9	52,94
Divorciados	2	11,76
Solteiros	6	35,29
<b>Profissão</b>		
Dentista	1	5,88
Enfermeiras	6	35,29
Fisioterapeuta	1	5,88
Médicos	3	17,65
Técnicos em Agentes Comunitários de Saúde	4	23,53
Técnicos de Enfermagem	2	11,76
<b>Especialização</b>		
Nenhuma	4	23,53
Clínica Médica	1	5,88
Dentística	1	5,88
Endocrinologia	1	5,88
Psicopedagogia	1	5,88
Residência em Saúde da Família	4	23,53
Saúde Pública	3	17,65
UTI/ Urgência e emergência	2	11,76

#### Tempo de trabalho na USF

Menos de 1 ano	6	35,29
De 1 a 5 anos	3	17,65
Mais de 5 anos	8	47,06
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>

Destacou-se diante de exaustiva leitura, codificação das unidades de registros à luz do referencial teórico e exploração dos conteúdos das entrevistas dos profissionais de saúde, conforme análise de conteúdo proposto por Bardin (2016) as seguintes duas categorias; a primeira com duas subcategorias e a segunda com suas respectivas três subcategorias que emergiram das falas dos participantes e ficaram evidentes nas entrevistas;

Estas incluíram 1) **Limitações assistenciais e formativas no tratamento do tabagismo:** a) Desafios assistenciais: atenção biomédicas; b) Deficiência de conhecimento sobre abordagens preventivas: ausência de capacitação; 2) **Práticas de cuidado centrados na pessoa tabagista:** a) Abordagem holística e estratégias de adesão ao tratamento; b) A importância dos grupos para promover a participação ativa do usuário; c) Vínculo terapêutico e empatia.

#### 4. LIMITAÇÕES ASSISTENCIAIS E FORMATIVAS NO TRATAMENTO DO TABAGISMO

Obstáculos assistenciais no tratamento de tabagistas podem partir de inúmeros fatores, dentre eles: desconhecimentos de tecnologias leves, da ineficácia em criar habilidades que deveriam emergir desde a formação na

academia, da ausência de aprimoramento de uma educação constante e permanente, falta de afinidade do profissional com a temática, de práticas pouco ou nada colaborativas entre os profissionais que corroboram com um sistema que têm raízes profundas na centralidade da doença em detrimento de uma ótica que destaque a pessoa. Essas falas estão representadas nas subcategorias.

##### 4.1 DESAFIOS ASSISTENCIAIS: ATENÇÃO BIOMÉDICA

Tradicionalmente, fatores históricos, econômicos e culturais corroboraram para o desenvolvimento e perpetuação da lógica biomédica e hospitalocêntrica, que são expressas nas práticas profissionais até os dias atuais, destacando uma concepção que superestima a cura da doença por meio ações reducionistas. Neste sentido, desconsideram-se os aspectos psicossociais que influenciam no processo saúde e doença e bem-estar da pessoa como caracterizam-se as falas abaixo:

"Para mim um tratamento de choque seria uma questão [efetiva]." (E 4)

"Eu acho que tinha que ter não só um protocolo em relação a ele tá querendo participar do grupo, mas numa abordagem mais fácil até no acesso às medicações." (E 10)

"Eu lido mais com o tabagismo nas questões clínicas mesmo... aqui no consultório... com alguns problemas de periodonto... manchas... e até às vezes tumores... ou algo do tipo.... mas diretamente com [a prevenção do] tabagismo não..." (E 15)

#### 4.2 DEFICIÊNCIA DE CONHECIMENTO SOBRE ABORDAGENS PREVENTIVAS: AUSÊNCIA DE CAPACITAÇÃO

Os excertos abaixo relacionam a superficialidades de abordagens com a ausência de capacitação. A busca por estratégias para promover a cessação do tabagismo e da adesão ao tratamento é, portanto, de interesse central da saúde pública. Para isto, é necessário cursos/oficinas de capacitação dos profissionais da APS, na medida em que muitos dos entrevistados afirmaram frustração e limites que interferem na constância do programa somada a falta de oferta de treinamento ou educação em promoção da cessação do tabagismo

"Mas a minha experiência com o tratamento ela é bem superficial até porque eu ainda não coordenei nenhum grupo e não parei para estudar sobre o tabagismo em si.." (E1)

"Nunca teve uma capacitação sobre o tabagismo mesmo... ou grupo de tabagismo.... nem sobre o protocolo... mas sobre o tabagismo se teve teve alguma capacitação eles não chamaram os dentistas... o que eu acho uma pena.... porque o tabagismo afeta o corpo como um todo... então acho que teria [que incluir] todos os profissionais....e eu sinto falta dessas capacitações..." (E15)

"A gente conversa bastante, a gente tem até uma psicóloga aqui "pra" tá com eles, mesmo assim eles acabam desistindo... tanto que eu tinha um grupo de manhã, aí estavam com dois pacientes, aí eu desisti, né...então assim é uma pena....não é que eu fiquei desacreditada do programa,

mas é muito difícil convencer as pessoas que o melhor é ser saudável, fazer o tratamento." (E 2)

#### 5. PRÁTICAS DE CUIDADO CENTRADOS NA PESSOA TABAGISTA

Apesar das falas quanto as limitações assistenciais e formativas, foram identificadas práticas que, embora de forma minimizada, ainda buscam centralizar o cuidado na pessoa que luta pelo antitabagismo, a qual muitas vezes tem o Sistema Único de Saúde como única referência.

##### 5.1 ABORDAGEM HOLÍSTICA E ESTRATÉGIAS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Perceber uma pessoa de maneira integral parte da necessidade de um constante reinventar-se, a modo que consiga adequar e aprimorar práticas, habilidades, escutas, comunicação e orientações a formas que promovam autonomia e sejam equitativas a alcançar e acessar determinada pessoa, mesmo que em grupos, uma vez que o ser humano tem singularidades que os diferem. As falas a seguir enfatizam o quão primordial se faz saber ser flexível nas estratégias para adesão ao tratamento:

"Acho que quando se fala de terapia comportamental e de mudança de hábito, você tem que centrar no indivíduo porque não tem como você achar que uma coisa vai servir para todo mundo, né...cada indivíduo é único e tem suas particularidades... o paciente, cada um se comporta de uma maneira... às vezes uma estratégia que dá

certo para um, não dá certo para outro..." (E3)

"É necessário [que] o usuário se enxergue nesse processo e ele entenda que isso é algo benéfico pra ele e não algo que a gente quer impor... que melhore a vida das pessoas... tem que ser algo que ele realmente queira... que ele conheça os processos... e que ele consiga ver esse processo realmente na vida dele... e aí, quando eu faço algo mais individualizado... ele... ééé... acredito que tem uma chance dele conseguir muito mais..." (E14)

## 5.2 A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS PARA PROMOVER A PARTICIPAÇÃO ATIVA DO USUÁRIO

É interessante salientar como o acompanhamento diário dos profissionais, por meio de grupos de *WhatsApp* em complemento, a priori, da adesão ao grupo presencial, pode influenciar positivamente na autonomia do usuário. Ao passar pelo processo, o usuário tem a oportunidade de vivenciar a experiência de outras pessoas superando o mesmo problema, o que gera um impacto positivo. Observa-se, nos recortes das falas abaixo:

"[A gente] criou um grupo no *WhatsApp* e incluí eles lá... e ela [Enfermeira] fala: olha, não vão esquecer do grupo... fora a [importância de] gente passar nas casas, ainda tem o grupo [para acompanhar]. [lá] a gente procura [entender e] motivar a realidade de saúde e doença..." (E 7)

"O grupo oferece um cuidado muito amplo porque ele não visa tratar só a questão do tabagismo, ele faz o acompanhamento no dia a dia até a pessoa se achar segura ao ponto de dizer: "eu já não preciso mais do cigarro." (E 9)

"E assim, não é apenas, por exemplo, uma distribuição de medicamento qualquer! É

todo um acompanhamento com esse grupo, é um trabalho interessante de cada um... desde de nossos agentes comunitários de saúde, que sai de porta em porta, coletando..." (E 12)

## 5.3 VÍNCULO TERAPÊUTICO E EMPATIA

As falas a seguir refletem a importância que a aproximação e criação de vínculo proporcionam no desdobramento de detalhes importantes da vida do usuário que contribuem na oferta e na acessibilidade. O vínculo terapêutico é descrito como um dos elementos para atingir o método clínico centrado na pessoa como uma ponte importante que intermedia a proximidade do indivíduo com o profissional para entendimento completo da sua história. O usuário que se sente acolhido pelo profissional empático, melhor adere ao tratamento, como referem:

"Então, isso é importante a gente conhecer [o usuário] como profissional de Saúde da Família para gente poder [conseguir] abordar e auxiliá-lo naquilo que ele realmente precisa. Para ele aderir ao tratamento, né..." (E 11)

"Às vezes é uma pessoa que não sabe ler, e aí eu vou lendo a cartilha para ela porque cada semana é trabalhado um tema... [ajudo] baseado na dificuldade dela..." (E 11)

## 6. DISCUSSÃO

O tabagismo é complexo e diversificado, estudos enfatizam que o vício ocasiona três tipos de dependência (física, psicológica e comportamental). A intervenção desse algo necessita de uma metodologia holística, aos

quais evidências declaram infidelidade na utilização daquilo que se é preconizado pelo programa de cessação do tabagismo, aos quais estão presentes na primeira fala ao passo que o profissional desconsidera a integralidade da pessoa ao promover um ambiente hostil, com julgamentos e tratamento de “choque”, que impacte de forma negativa, despromovendo todas as dimensões do indivíduo, como estima o PCDT e o MCCP (Brasil, 2020; Lopes *et al.*, 2023).

Seguindo por essa ótica, a segunda fala da primeira subcategoria enfatiza o teor biomédico de ainda atrelar a qualidade da saúde a fatos que visem resolução de queixas por meio de condutas somente medicamentosas. Tanto se faz fundamental o conceito de uma abordagem centrada no usuário que artigos trazem o quão fundamental é necessário realçar a ideia que as medicações não são produtos mágicos, elas atuam como coadjuvantes, buscando minimizar os sintomas físicos da abstinência e da crise de fissuras (Brasil, 2020; Cordeiro *et al.*, 2024).

O ponto central do cessar o hábito de fumar está na mudança de comportamento, tendo o profissional o encargo de saber manejar e orientar o usuário quando os condicionamentos de abstinência física e emocional vier. Fenômenos de vivência familiar não são contextos isolados e devem ser considerados em bons encontros. É necessário desfocar do profissional e da doença, a fim de que se obtenha

pelo usuário o gerenciamento de sua doença crônica (Silva, 2020; Cordeiro *et al.*, 2024).

No entanto, em um modelo de cultura biomédica termos como a abordagem centrada na pessoa ainda se encontram recentes na luta antitabagista, uma vez que ainda há uma predileção do olhar biológico em detrimento do social (Fix *et al.*, 2018; Fox *et al.*, 2024).

Embora o Método Clínico centrado na pessoa seja um potencial qualificador da assistência, satisfação e adesão, estudos demonstram empecilhos quanto ao conhecimento da abordagem. Tais percepções sustentam-se nas falas dos participantes na segunda subcategoria da primeira categoria quando declaram a superficialidade de conhecimentos. Isso também pode se dar pela ausência do aprofundamento nas diretrizes curriculares durante a graduação, desinteresse do profissional e rotatividades constantes (Castro, 2022).

Castro e Knauth (2022) influem que o contexto em que o trabalhador se insere, pode impactar em sua prática; os autores trazem a educação continuada e permanente como um determinante positivo no modo de atendimento do profissional de saúde.

A falta de formação adequada em tabagismo pode levar a uma subestimação da importância de ajudar os pacientes a parar de fumar, bem como à falta de conhecimento sobre as estratégias mais eficazes para auxiliar nesse processo proporcionando um impacto negativo

na saúde pública, com um aumento nos casos de doenças relacionadas ao tabagismo. Essa carência impossibilita que os profissionais adotem comportamentos proativos, que impactem diretamente em suas decisões quanto ações preventivas, isso dificulta a promoção do autocuidado e a manutenção do bem estar. (Fox *et al.*, 2024).

A última fala da segunda subcategoria da primeira categoria traz a frustração profissional diante de tentativas falhas da implementação do tratamento, sob a ótica da criação de expectativas profissionais não supridas. Nesse sentido, estudos declaram a importância de haver melhorias nas abordagens já existentes. A satisfação com o serviço deve ser recíproca entre usuário - profissional, profissional - usuário, corroborando para melhor adesão do tratamento, maior orientação e qualidade nos encontros, mantendo ânimo e constância pelo profissional (Shiratani; Shimasawa; Mizutani, 2024).

Castro e Knauth (2021) enfatizam que utilizar o MCCP na APS permite acessar o usuário a dimensões holísticas que estimulem o seu encorajamento para expressar seus sentimentos, potenciais conflitos, como recaídas e negociações que incorrem de conhecer o seu atual cenário de saúde. No tratamento antitabagista é preciso que o profissional pratique a resiliência, a partir do uso da longitudinalidade do cuidado promovendo que a pessoa desfrute de sua autonomia e tenha um ponto de apoio.

Outro ponto ressaltado nas falas dos profissionais é a importância que os grupos promovem ao gerar vivências com poder de ações significativas para mudanças de estilo de vida. Desse modo ao realizar as reuniões de acordo com a premissa estipuladas pelo Manual do Coordenador (2019) e Manual do Participante (2019) busca-se constituir no participante a compreensão de um novo comportamento diante da sensibilização autônoma acerca de refletir os motivos que levam a fazer uso do cigarro, conhecer os malefícios em breve e longo prazo, meios de contornar crises de fissuras e recaídas, convergindo com ideais holísticos aos quais também são propostos pelos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) (Stewart, 2017; Brasil, 2020).

É importante salientar que a inclusão de uma forma de abordagem centrada na pessoa, não exclui a abordagem Cognitiva Comportamental já prevista pelo Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas, mas sim contribui e adiciona a esta assistência uma ótica com escopo de cuidado mais completo, de forma a considerar o ser humano em todos os seus aspectos, permitindo participar do seu processo de cessar o tabagismo de forma ativa, e não somente como um agente subserviente (Schuttner *et al.*, 2022).

Na segunda categoria, primeira subcategoria, evoca-se das falas das participantes o sucesso que obtiveram ao

declarar suas percepções partidas de suas experiências profissionais utilizando aptidões holísticas. Declaram que o usuário quando visto como subserviente, não tendo adequações necessárias as suas singularidades, possuem mais chances de falhas no tratamento. Em vista disso, o profissional de saúde experiente consegue dispor do uso de qualquer um dos seis componentes (Stewart, 2017) de acordo com a fluidez de sua interação com o usuário. Estudos comprovam que há melhor aderência ao tratamento, diante da alta satisfação do usuário com o profissional de saúde, redução de sintomas, preocupações e ansiedades (Schuttner *et al.*, 2022).

Diante do exposto, o profissional de saúde é visto como um facilitador, urge que este esteja genuinamente interessado para além de apenas seguir um protocolo, mas de criar uma relação verdadeira ao dispor de um cenário que seja acolhedor, empático, respeitoso, confortável, livre de julgamentos, a fim de que o usuário possa expressar verdadeiramente seus sentimentos, medos e desafios, como pondera a última fala da última subcategoria ao considerar importância da criação de vínculos, proximidade e exercitar a empatia ao lidar e saber manejar as barreiras trazidas pelos participantes (Bokhour *et al.*, 2018; Pires *et al.*, 2022).

## 7. LIMITES DO ESTUDO

Este estudo apresenta como limitação o fato de ainda não se ter avaliado o impacto do

grupo de tabagismo na assistência ao usuário tabagista na unidade básica de saúde.

Além disso, observou-se uma grande rotatividade profissional, estes que enfrentam dificuldades por não terem tempo hábil em se familiarizar com as particularidades de uma Unidade de Saúde da Família e nem contém especialização necessária para a Estratégia de Saúde da Família, assim deixam de contribuir com o estudo devido ao desconhecimento da temática.

Espera-se que mais usuários fumantes que acessam a APS possam ser beneficiados com grupos antitabagistas, com abordagens qualificadas, para que ocorra uma diminuição significativa de fumantes nos territórios.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, portanto, que ao considerar o mapa de calor das falas (Figura 1) dos participantes e todo o contexto, nota-se que há uma tentativa de inclusão do aprimoramento de práticas centradas na pessoa em tratamento tabagista. No entanto, ainda são práticas em pequenas quantidades e difusas.

É nítido que poucos conhecem o Método Clínico Centrado na Pessoa, proposto por Stewart; muitos desconhecem a teoria do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde a ser utilizado em todo o território federativo, o qual descreve os critérios de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos tabagistas no SUS. Assim, poucos

reconhecem o real impacto que a promoção de vínculo e a criação do grupo de apoio podem provocar em mudanças de estilos.

Percebe-se, ainda, falas que corroboram com a atenção biomédica, que desconsidera a integralidade, o protagonismo e as práticas colaborativas interprofissionais. Assim, espera-se que mais usuários fumantes possam ser beneficiados com abordagens qualificadas, para que ocorra uma diminuição de fumantes e aumento da qualidade de vida.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados nessa temática para o fortalecimento do tratamento do tabagismo à luz de um referencial que busque contemplar o ser humano em todas as suas dimensões. Sendo assim, sugere-se que é necessário promover estratégias de capacitações constantes de todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, a fim de mitigar barreiras do cuidado holístico.

## 9. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Fabiana Martins Dias de; MACHADO, Ísis Eloah; BARBOSA, Jaqueline Almeida Guimarães. Prevalência de doenças não transmissíveis e fatores de risco em industriários de Minas Gerais. **Avances en Enfermería**, Bogotá, Colômbia, v. 40, n. 2, p. 199–213. 2022. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/89166>. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales.

**Qualitative Research in Sport, Exercise and Health**, Suíça, v. 13, n. 2, p. 201–216, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BOKHOUR, Barbara G. *et al.* How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. **BMC Health Services Research**, Londres, Reino Unido, v. 18, p. 168, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5842617/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde. Deixando de fumar sem mistério. Manual do Participante**, Brasília, DF, 2ª edição, 8ª reimpressão. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-participante-deixando-de-fumar-sessao-01.pdf>>. Acesso em: 07 nov. de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Deixando de fumar sem mistério. Manual do Coordenador**, Brasília, DF, 2ª edição, 7ª reimpressão, 2019. Disponível em: <  
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-participante-deixando-de-fumar-sessao-01.pdf>>. Acesso em: 07 nov. de 2024.

BRASIL, Ministério da saúde. **Portaria N° 502, de 01 de junho de 2023**. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, 2023. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/14185/1/Portaria%20n.%20502-23.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo**. Portaria conjunta n° 10, de 16 de abril de 2020. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local>

[/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf](#).

Acesso em: 12 fev. 2024.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de. Os fundamentos da Abordagem Centrada na Pessoa na obra de Carl Ransom Rogers e a relevância deles para a prática clínica da Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 44, p. 3170–3170, 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3170>. Acesso em: 21 ago. 2024.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; KNAUTH, Daniela Riva. Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro/RJ, v. 16, n. 43, p. 2702–2702, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2702>. Acesso em: 20 ago. 2024.

CORDEIRO, Nádia Cristina de Souza. *et al.* Programa de controle do tabagismo em Mato Grosso do Sul: oferta, adesão e efetividade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade (Online)**, Rio de Janeiro/RJ, p. e-3565, 2024. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3565/1956>. Acesso em: 16 ago. 2024.

FIX, Gemmae. *et al.* Patient-centred care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centred care. **Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy**, Londres, Reino Unido, v. 21, n. 1, p. 300–307, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750758/>. Acesso em: 13 ago. 2024.

FOX, Patricia. *et al.* Smoking Cessation Support: A Marathon, Not a Sprint; The Perspectives of Cancer Patients Who Smoke.

**Semin Oncol Nurs**, Londres, Reino Unido, p. 151584–151584, 2024. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151584>. Acesso em: 16 ago. 2024.

GUBA, Egon G; LINCOLN, Yvonn A S. Competing Paradigms in Qualitative Research. *In*: DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonnas S (org.). **The Sage handbook of Qualitative Research**. 3ª ed. Califórnia: Sage, Thousand Oaks, 2005. p. 191–216. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=X85J8ipMpZEC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Prevalência do tabagismo**. Rio de Janeiro, RJ 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>. Acesso em: 08 abr. 2024

INCA, Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**, Rio de Janeiro, RJ, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 13 fev. 2024.

LINDSON, Nicola. *et al.* Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, São Paulo, SP, v. 2021, n. 9, p. CD011556, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8543670/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

LOPES, Fernanda Machado *et al.* Efeito do Programa de Cessação do Tabagismo: uma revisão dessa política pública para

dependência tabágica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, SP, v. 40, p. e210170, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/59gZh6BXvZngh4ChrjTyZbb/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

NOBRE, Fábio Chaves *et al.* A Amostragem na Pesquisa de Natureza Científica em um Campo Multiparadigmático: Peculiaridades do Método Qualitativo. **Revista Espacios**, Caracas, Venezuela, v. 38, n. 22, p. 1–11, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p13.pdf>.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Tabaco**. In: jul. 2019. Washington, EUA, Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/tabaco#:~:text=A%20epidemia%20de%20tabaco%20%C3%A9,milh%C3%B5es%20de%20pessoas%20por%20ano>. Acesso em: 13 fev. 2024.

PEREZ, Cristina de Abréu. **Percepções e emoções suscitadas pelas advertências sanitárias das embalagens de cigarros brasileiras entre jovens e adultos, fumantes e não fumantes**. Tese (Doutorado em saúde pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56987>. Acesso em: 27 out. 2024.

PIRES, Grazielle Adrieli Rodrigues. *et al.* Longitudinal treatment of smoking in Primary Health Care: an evaluation research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 4, p. e20210420, 2022. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672022000500163&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672022000500163&tlng=en). Acesso em: 13 ago. 2024.

SALES, Maria Penha Uchoa *et al.* Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. **Jornal**

**Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, SP, v. 45, p. e20180314, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DvC56TbRPhpx8K7Tv5b6R4q/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2024.

SCHUTTNER, Linnaea. *et al.* My Goals Are Not Their Goals: Barriers and Facilitators to Delivery of Patient-Centered Care for Patients with Multimorbidity. **Journal of General Internal Medicine**, Alemanha: Reino Unido, v. 37, n. 16, p. 4189–4196, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9126696/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

SHIRATANI, Kae; SHIMASAWA, Junko.; MIZUTANI, Mayumi. Experiences with smoking habits and the need for cessation among habitual smokers in Japan: a qualitative study based on semi-structured interviews. **BMC Prim Care**, Reino Unido, p. 1–1, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10759495>. Acesso em: 16 ago. 2024.

SILVA, Patrícia Lourdes. O modelo de cuidado centrado no paciente: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG., p. 165–165, 2020. Disponível em: [https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/40043/1/Dissertacao\\_Patricia%20Lourdes%20Silva.pdf](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/40043/1/Dissertacao_Patricia%20Lourdes%20Silva.pdf). Acesso em: 15 ago. 2024.

STEWART, Moira *et al.* Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2017.