

## ESTUDO QUALITATIVO COM USUÁRIOS TABAGISTAS: APONTAMENTOS SOBRE O PROGRAMA ANTITABAGISMO NO SUS

Qualitative study with smoking users: notes on the anti-smoking  
program in SUS

 Tielly Cristine Leite Strassburger<sup>a</sup>

 Vitória Sartori Uberti<sup>b</sup>

 Fabiana Schneider Pires<sup>c</sup>

---

<sup>a</sup>Residência em Saúde da Família e Comunidade, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup>Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup>Programa de Pós-graduação Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Autor correspondente:** Fabiana Schneider Pires E-mail: fabianaspires@gmail.com

**Data de envio:** 09/11/2023 **Data de aceite:** 03/07/2024



## RESUMO

**Objetivo:** Compreender como ocorrem os atendimentos, fragilidades e oportunidades que possam auxiliar na qualificação do cuidado ao usuário tabagista a partir do olhares e vivências de usuários de uma unidade de saúde da APS participantes de ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Materiais e Métodos:** Foram convidados a participar da pesquisa todos os usuários maiores de 18 anos que participaram no ano de 2022 dos encontros do Programa Antitabagismo vinculados a uma Unidade de Saúde da Atenção Primária à Saúde [texto ocultado]. Foram realizadas quatro entrevistas individuais com questionário semiestruturado, gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram analisados utilizando a Análise do Discurso. **Resultados:** Os usuários tiveram percepções positivas acerca do grupo antitabagismo realizado na unidade de saúde, porém nenhum participante cessou o hábito. **Discussão:** Conhecer a história de vida, necessidades de saúde, desejos e possibilidades para o cuidado e sua relação com o tabagismo permitiu identificar pontos críticos e de fragilidade do programa, mostrando a necessidade de reavaliação e aperfeiçoamento das equipes nas unidades de saúde, capacitação e educação permanente em saúde. **Conclusão:** Faz-se necessário um cuidado integral na saúde, o qual implica repensar as formas de interação com os sujeitos, tanto para compreensão do processo saúde-doença quanto para o desenvolvimento de estratégias inovadoras na promoção da saúde e prevenção de doenças.

**Palavras-chave:** Assistência integral à saúde. Avaliação de processos em cuidados de saúde. Prevenção do hábito de fumar. Tabagismo.

## **ABSTRACT**

**Aim:** This study aimed to understand how care occurs, weaknesses and opportunities that can help in the qualification of care for smokers from the perspectives and experiences of users of a PHC health unit participating in actions of the National Tobacco Control Program. **Materials and methods:** All users over 18 years old who participated in the Antismoking Program meetings in 2022 at a Primary Healthcare Unit [text hidden] were invited to participate in the research. Four individual interviews were conducted using a semi-structured questionnaire, recorded, and later transcribed. Data were analyzed using discourse analysis. **Results:** Participants had positive perceptions of the antismoking group conducted at the healthcare unit; however, none of the participants quit smoking **Discussion:** Understanding individuals' life histories, health needs, desires, and possibilities for care and their relationship with smoking allowed for the identification of critical points and weaknesses in the program. This highlights the need for reevaluation and enhancement of healthcare teams in the units, as well as ongoing training and education in healthcare. **Conclusion:** Comprehensive healthcare is essential, involving a rethinking of interactions with individuals, both for understanding the health-disease process and for developing innovative strategies in health promotion and disease prevention.

**Keywords:** Comprehensive health care. Process assessment, health care. Smoking prevention. Tobacco use disorder.

## INTRODUÇÃO

O tabaco provém de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, originárias dos Andes peruanos e equatorianos, tendo a nicotina como componente ativo mais importante e causador da dependência química, uma amina terciária volátil que estimula, deprime ou perturba o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência com que é utilizada<sup>1,2</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o tabagismo como uma doença crônica e epidêmica, sendo a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces no mundo<sup>3</sup>, pois a exposição prolongada ao tabaco está associada à ocorrência de diversas doenças circulatórias e respiratórias crônicas, câncer, problemas oculares, crescimento uterino retardado, além de ser importante fator de risco para outras doenças transmissíveis<sup>4</sup>.

O último dado epidemiológico sobre o tabagismo no Brasil foi obtido em 2019, através da Pesquisa Nacional de Saúde, a qual apontou que 12,8% da população acima dos 18 anos é fumante<sup>5</sup>. No Brasil são 161.853 mortes anuais atribuíveis ao uso de tabaco, o que representa 443 mortes por dia<sup>5</sup>. Nesse sentido, a OMS estima que em 2030 o total de fumantes no mundo poderá chegar a dois bilhões, sendo que a maioria desses fumantes estará nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), lançou em 1986 o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Em 2013 foi publicada a Portaria n.º 571 do Ministério da Saúde, atualizando as diretrizes do cuidado ao indivíduo tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>.

No âmbito do PNCT, as equipes de saúde da Atenção primária em Saúde auxiliam os usuários tabagistas por meio de aconselhamento comportamental, associado ou não ao tratamento farmacológico. As intervenções grupais, pela boa relação custo-benefício, permitem assistência simultânea a múltiplas pessoas, possibilitando que o indivíduo se sinta acolhido<sup>7</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode construir diferentes possibilidades de cuidado ao usuário tabagista e promover efeitos no controle do tabagismo, pelas relações de vínculo e acolhimento junto à comunidade no território, que são características inerentes aos serviços e às equipes da APS, com foco em ações de

promoção, manutenção e melhora da saúde. As ações do Programa são inovadoras, no entanto, ainda permanecem elevadas as taxas do tabagismo no país e é importante que sejam revistas as estratégias para melhor enfrentam e também reduzir as taxas<sup>8,9</sup>.

As atuais diretrizes do PNCT são: (a) reduzir a iniciação do consumo de tabaco, (b) proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo, (c) reduzir a aceitação social do tabagismo, (d) aumentar o acesso ao tratamento do fumante, (e) controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e (f) monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Para tal, o PNCT tem seus objetivos estratégicos fundamentados em três pilares: (i) prevenção da iniciação, (ii) promoção da cessação e (iii) proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos<sup>10</sup>.

Percebe-se que o objetivo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo é reduzir a prevalência de fumantes no país e a consequente morbimortalidade por doenças tabaco-relacionadas. Para isso, o PNCT utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo; proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco; promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco, que visam ações educativas e de mobilização de políticas e de iniciativas legislativas e econômicas<sup>11</sup>.

O primeiro passo para o abandono do hábito de fumar é o diálogo com o usuário, onde será realizada avaliação geral acerca do tabagismo e decidido as formas de tratamentos mais adequadas a ele<sup>12</sup>. A farmacoterapia pode ser utilizada como um apoio, em situações bem definidas, enquanto que a terapia comportamental-cognitiva (individual ou em grupo) e os grupos de apoio são grandes recursos auxiliares<sup>1,13</sup>.

A perspectiva do cuidado integral implica repensar as formas de interação com os usuários, seja no processo saúde-doença ou no cuidado, para o desenvolvimento e utilização de estratégias inovadoras na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na manutenção e recuperação da saúde. O cuidado em saúde inclui voltar-se à presença do outro, fortalecer a interação e enriquecer os horizontes com interações intersubjetivas ricas e vivas<sup>14</sup>. Pinheiro<sup>15</sup> afirma que o cuidado é uma relação intersubjetiva que se desenvolve em um tempo contínuo, com saber profissional e tecnologias necessárias, mas com espaço para negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

Há evidências de que o apoio comportamental (e aqui incluem-se grupos, rodas de conversa, acesso a serviços com profissionais qualificados para escuta e acolhimento, entre outras formas de apoio possíveis e adequadas ao cenário da APS) para usuários que usam farmacoterapia para parar de fumar aumenta as taxas de cessação. Aumentar a quantidade de suporte comportamental provavelmente aumentará a chance de sucesso em cerca de 10% a 20%, com base em uma estimativa conjunta a partir da revisão sistemática de 65 publicações<sup>16</sup>.

Desta forma, este artigo traz resultados e análises de uma pesquisa que buscou compreender, a partir do olhar e vivências de usuários de uma unidade de saúde da APS participantes de ações no escopo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, como ocorrem os atendimentos, fragilidades e oportunidades que possam auxiliar na qualificação do cuidado ao usuário tabagista.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado estudo de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada durante o ano de 2022 e 2023, aprovada pela Comissão de Pesquisa da [texto ocultado] (parecer nº 5.491.598) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da [texto ocultado] (CAAE: 59075322.9.0000.5347).

A técnica de produção de dados foi a entrevista, uma conversa entre duas pessoas, feita de maneira profissional e metódica, a fim de produzir dados úteis para ajudar no diagnóstico e compreensão de problemas sociais<sup>17</sup>. O instrumento para a produção de dados foi um questionário semiestruturado, com questões sobre seu processo de cuidado no programa antitabagismo que ocorreu na unidade de saúde cenário do estudo. Este instrumento permitiu que cada entrevistado falasse sobre sua vivência no programa antitabagismo buscando uma visão ao mesmo tempo pessoal mais ampla do tema<sup>18</sup>.

Foram entrevistados 4 usuários, que haviam participado no grupo antitabagismo na US [texto ocultado]. As entrevistas foram gravadas e transcritas, mantendo o sigilo e confidencialidade sobre os participantes. De acordo com os critérios de inclusão do estudo, no período da produção de dados – de julho a setembro de 2022 - participaram dos grupos antitabagismo 05 usuários. Cabe destacar que uma desmobilização dos grupos de forma geral (grupos de caminhada, grupos de gestantes, grupos antitabagismo, entre outros) foi percebida no transcorrer

da pandemia de Covid-19. Em 2022 ainda foi tímida a retomada dos grupos e somou-se à reestruturação gerencial e de modelo de gestão das unidades de saúde do município com a mudança de gestão (amplo processo de terceirização/contratualização da prestação de serviço de saúde nas unidades da APS). A reorganização do serviço de saúde no município teve efeitos na possibilidade de maior amostra para o estudo.

A pesquisa ocorreu na Unidade de Saúde (US) [texto ocultado]. A US [texto ocultado] é composta por 4 Equipes de Atenção Básica e 2 Equipes de Saúde Bucal, funcionando das 7h às 19h sem intervalo. Ela faz parte da região [texto ocultado] que possui Índice de Desenvolvimento Humano (2010) de 0,805<sup>19</sup>, com população estimada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2020 de 1.488.252<sup>20</sup>.

Foram convidados a contribuir com o estudo todos os usuários maiores de 18 anos de idade que estavam participando dos encontros do programa antitabagismo da US no momento da produção de dados. A participação desses indivíduos na pesquisa foi antecedida por uma conversa de apresentação da proposta do estudo e, em caso de concordância, ocorreu o agendamento de data e hora para a entrevista (que ocorreu na US) e foi disponibilizado o TCLE em duas vias, sem ônus ou bônus pelo aceite.

O questionário semiestruturado possibilitou aprender sobre a vivência, dificuldades e expectativas bem como o processo de atendimento em relação ao programa antitabagismo. O instrumento foi estruturado em oito questões, assim distribuídas: dados sociodemográficos, vivências sobre o tabagismo, motivações e iniciativas para cessar o uso do cigarro; processo de atendimento no programa antitabagismo e as dificuldades e expectativas dos atendimentos; considerações sobre o programa como periodicidade dos encontros, insumos.

O registro dos dados ocorreu a partir da gravação de áudio das entrevistas, mantendo em sigilo os dados pessoais dos usuários. Optou-se por diário de campo para anotar percepções e vivências importantes que podem não ser descritas nas narrativas. Diário de campo ou anotações de campo, conforme denominado por Triviños<sup>21</sup>, refere-se às observações e reflexões realizadas pelo pesquisador, podendo ocorrer durante as entrevistas ou em momentos de observação livre do estudo. São observações sobre as ações dos participantes da pesquisa, sobre as

expressões verbais ou não, sendo que posteriormente serão descritas e analisadas reflexivamente pelo pesquisador, contemplando, portanto, a essência do estudo em questão: ver as coisas pelos olhos dos participantes, o que envolve um compromisso com a observação de eventos, ações, normas e valores, entre outros, da perspectiva das pessoas estudadas<sup>22</sup>. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora que estava vinculada à US durante seu período de atividades de formação no programa de pós-graduação.

Para interpretação dos resultados foi utilizada a análise do discurso (AD). Segundo Macedo et al.<sup>23</sup>, a AD permite obter o que está implícito no relato a ser analisado, aproximando a linguagem do processo de saúde-doença. Dessa forma, tendo em vista a necessidade de interpretação do material empírico, utilizar esse método propiciou uma sensível compreensão do discurso, considerando o relato do entrevistado como fruto das relações sociais desenvolvidas<sup>24</sup>.

Sobre a análise dos dados, destaca-se que cada etapa da análise do discurso deve seguir uma ordem que possibilite ao pesquisador atingir os seus objetivos. Como descrito em Minayo<sup>25</sup>, a análise seguiu uma ordenação em etapas: a) construção de um texto a partir das transcrições das entrevistas b) análise das palavras do classificando adjetivos, substantivos, verbos e advérbios; c) análise das construções de frases; c) construção de uma rede de sentidos a partir dos grupos do texto que expressam as relações do social e a gramática e, por fim, e) produção social do texto como constitutivo de seu sentido.

## RESULTADOS

Em virtude da pandemia de COVID-19 com conseqüente isolamento social, houve a interrupção do grupo antitabagismo na US até que fosse novamente viável sua realização, o que culminou em grupos limitados quantitativamente: o grupo de abril/2022 contou com 2 participantes, enquanto o de maio/2022 teve 3, após esse período os encontros foram descontinuados por causa da terceirização das unidades de saúde do município de [texto ocultado].

Ao assumir a gestão da US, a nova gestão informou que o Grupo Antitabagismo não seria prioridade por existirem outras metas de produtividade na atenção primária em saúde para o quadrimestre em questão. Frente ao cenário supracitado, foi realizada a investigação com os participantes dos grupos de abril e maio de 2022. Ao

todo, foram entrevistados 4 usuários que estão anônimos no estudo e aqui descrito pela letra U e um número gerado para identificar cada um. Para realização das entrevistas, na data e hora previamente agendadas, os participantes foram recepcionados e levados a uma sala com privacidade. Antes das entrevistas buscou-se sanar as dúvidas para que o consentimento pudesse ser assinado, por meio do TCLE.

As idades dos participantes variaram entre 27 e 64 anos, sendo dois participantes do sexo masculino e dois do sexo feminino. Em relação ao questionamento de há quanto tempo mantinham o hábito de fumar, houve uma variação nas respostas partindo de 11 até 42 anos, sendo que três participantes relataram iniciar ainda na adolescência, abaixo dos 18 anos, enquanto outro iniciou aos 44 anos.

O quadro abaixo resume as características dos participantes:

Quadro 1 – Dados dos participantes

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo que é fumante</b>	<b>Número de encontros no programa (máx. 4)</b>
Masculino	42 anos	30 anos	2
Masculino	27 anos	11 anos	4
Feminino	59 anos	42 anos	2
Feminino	64 anos	20 anos	2

Fonte: Elaborado pelas autoras

Sobre a experiência de iniciação com o tabaco, alguns usuários contam que viveram desde a infância/adolescência com exemplos de familiares, o que gerava curiosidade e vontade de experimentar:

“Eu comecei de brincadeira pegando o toquinho de cigarro e fumando, aí peguei vício [...] nós pegava fuminho do meu avô, meu avô fumava, minha mãe fumou.” – U2;

“Ah, eu comecei a fumar quando pegava o cigarro escondido do meu pai, na memória, né? Fumava debaixo do porão. Depois dali aí eu fumava escondido, aí aos 14 anos meu pai descobriu aí tive que trabalhar, tu quer fumar então fuma os teus com teu dinheiro”. – U4;

“Estava na época do colégio, indo para algumas festas. E muitos acabavam fumando, assim, tornou-se uma coisa comum de observar. E eu acabei experimentando para ver se eu ia gostar ou não. Acho que eu tossi na primeira vez, eu não lembro muito bem. [...] Mas eu comecei com o cigarro

black, que é um cigarro mentolado, todo preto, ele é um pouco diferente, ele é suave.” – U3.

Quando questionado se o acesso ao cigarro era facilitado, U2 responde trazendo a questão da aceitação do cigarro pela sociedade e pelo meio familiar:

“Eles fumava, todo mundo fumava e teve uma época que não era tão proibido. Então eles até ofereciam para a gente puxar o cigarro, então foi, bem... A minha mãe nunca disse para mim não fumar. Apesar de eu começar uma criança, né.” - U2.

Apenas um dos entrevistados participou de todos os encontros programados para o grupo. Os demais abandonaram após o segundo encontro, sendo dois por não terem tido acesso ao medicamento e um por ter começado a trabalhar, havendo conflito de horários entre o grupo e o emprego. As experiências no grupo, no entanto, foram positivas:

“Me senti bem... gostei.” – U1;

“Eu tinha muita fé que eu ia conseguir parar, então meu grupo me ajudou muito. [...] Eu gosto de vim, só que a minha cabeça que não me ajuda.” – U2;  
“Foi bom. Até eu fumava duas carteiras de cigarro por dia, né. Comecei a fumar uma, depois comecei a fumar meia.” – U4;

“Eu achei muito bom, muito legal, né? [...] Foi bem interessante assim no assunto, né? Que elas abordaram de uma forma bem profissional também. E deu para passar toda a mensagem que elas queriam... ã... causar impacto assim, para realmente parar de fumar.” – U3.

Apesar de não terem participado de todos os encontros e não terem utilizado medicamentos, há relatos de diminuição na quantidade de cigarros fumados após a participação no programa:

“Eu fumava três carteiras por dia, agora eu fumo só uma.” – U1;

“Fiz o grupo, parei um pouco e depois acabei [voltando].” – U2.

De modo geral, questões de saúde mental surgem correlacionadas ao o hábito de fumar, como pode-se observar a seguir:

“E o remédio acho que eu não poderia receber, porque quem tinha que me recomendar seria o meu médico psiquiatra, que eu faço atendimento no CAPS... o que não é AD.” - U3;

“Agora tô me tratando lá no CAPS, lá, onde que eu vou... me trato lá, né? Pro

alcoolismo lá, né?” - U4;

“Eu tenho [transtorno] bipolar. E aí eu tomo um monte de remédio e o cigarro tipo assim me acalma, apesar de que faz mal pro coração, né? Mas pra minha cabeça [faz bem] daí nem a psiquiatra tira. Tenho até medo de parar e voltar para o hospício porque já aconteceu isso. [...] fiquei um mês internada no [Hospital] Divina.” - U2.

Quando questionados sobre as expectativas, a resposta mais frequente foi parar de fumar, apenas um respondeu que gostaria de diminuir ao invés de parar. Sobre as dificuldades, todos relataram momentos difíceis após iniciar o processo de cessação do tabagismo:

“Muito estressada, com dor de cabeça, aquela ansiedade, aí acabava pegando o cigarro e fumando. Eu te digo, é um vício malvado.” - U2;

“Foi acesso ao medicamento, porque como eu vivo num ambiente onde muita gente fuma, eu acabo fumando mais do que deveria.” - U3;

“É, no começo foi, né? no começo dá a tentação, né? Aí depois aí eu comecei a fumar só meio [carteira]...” - U4;

“Tenho feito os exercícios, tenho os livrinhos, mas tem hora que não dá, é um desespero tão grande, não dá [...] Eu fumo, aí passa. Quando eu comecei diminuir dá tipo uma ansiedade, um desespero, que tem que comprar cigarro, na rua, ir pedir, sabe?” - U1.

Relatos envolvendo o ambiente familiar e a influência como fator motivacional também despontam nas respostas:

“A minha irmã, ela que... ela quer... por causa que é da igreja, ela... ela está me incentivando bastante. Tá parando também.” - U4;

“Ele [marido] conseguiu parar uns 6 meses, mas daí eu comecei a fumar e ele voltou também. Ele disse que para ele me suportar o meu cheiro, só ele fumando. Pra suportar meu cheiro ele tem que fumar também, e daí a gente fuma, há 35 anos que eu conheço ele.” - U2.

Dos pontos positivos e negativos observados pelo grupo em relação ao programa, houve um relato de ponto negativo:

“Só fiquei chateado mesmo, fiquei até com raiva, quando eu não consegui o remédio.” - U3.

Nos pontos positivos, é possível observar uma associação favorável:

“As conversas, o atendimento.” - U1;

“Eu gostava de vim nas consultas, de conversar com as doutoras. Eu gosto muito de médico (riu), tô sempre no médico.” - U2;

“Sim, eu acho que a atenção e o cuidado que elas têm, e os caderno, de... de bastante texto teórico, informando, muito informativo, né? E algumas técnicas, bem potentes para parar de fumar, sabe?” - U3;

“Eu gostei de tudo, né? Ele incentiva bastante a pessoa. [...] me apoiaram bastante, apoiaram bastante mesmo.” - U4.

## DISCUSSÃO

Ao se aproximar dos participantes, conhecendo suas histórias para/com o tabagismo, foi possível identificar seus percursos em relação ao tabagismo e as relações com a equipe de saúde no escopo do PNCT.

Dos participantes deste estudo, a precocidade no início do hábito chamou a atenção pois a maior parte iniciou o hábito ainda na menoridade. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada em 2019 mostrou que ao menos 22,6% dos escolares entrevistados (alunos entre 13 e 17 anos) já experimentaram cigarro alguma vez, e esse número chega a 35% entre os meninos<sup>26</sup>.

Estes usuários que iniciaram ainda na infância e/ou adolescência o hábito de fumar também relataram influência do círculo social de convivência, indo de encontro ao que mostrou a pesquisa de Barrenechea et al.<sup>27</sup>, em que o ambiente familiar foi considerado a principal fonte de transmissão da base social, cultural, genética e dos fatores biológicos que podem influenciar o consumo de tabaco. Esse consumo seria o resultado de um processo de socialização em família, com amigos e companheiros, no qual os valores, atitudes e comportamentos vão sendo construídos na adolescência e consolidados no início da fase adulta.

Dentre os entrevistados, apenas um participou de todos os encontros propostos, sendo a maior taxa de desistência pela falta do medicamento. O estudo realizado por Meier et al.<sup>28</sup> verificou uma menor taxa de abandono (apenas 4,8% de 43 participantes) quando há associação da terapia cognitivo-comportamental com a terapia medicamentosa. Em pesquisa realizada para identificar os motivos do abandono do tratamento no PNCT se identificou: (i) local em que o programa é desenvolvido, (ii) tipo de terapia utilizada, (iii) horário das reuniões e (iv) envolvimento dos profissionais que prestaram os atendimentos<sup>28</sup>.

Todos os participantes relataram diminuição na quantidade de cigarros fumada após a participação no grupo, e apesar do objetivo da maioria não ter sido atingido (cessação completa do hábito), estudos mostram que o tabagismo demanda muitas tentativas até sua cessação, sendo necessárias cinco a sete tentativas, em média<sup>28</sup>.

Aliado aos tratamentos farmacológicos, é importante que os programas de seguimento aconteçam por um período longo, entre 6 meses e um ano e com combinações singularizadas para cada usuário, de acordo com seu perfil e características do uso, além de medicamentos em acompanhamento com equipe de saúde capacitada, é também preconizado que se oportunize atendimento psicoterápico e visitas de acompanhamento para auxiliar o usuário a vencer resistências, reforçar positivamente a cessação e a prevenção de recaídas<sup>29</sup>.

As experiências dos participantes deste estudo ecoam dados de pesquisa disponíveis na literatura. Lopes et al.<sup>30</sup>, ao analisarem dados de implantação de um Programa de Cessação do Tabagismo (PCT), identificaram 76% dos inscritos compareceram ao primeiro encontro, e destes 71% efetivamente concluíram o PNCT. Os grupos que realizaram avaliação de seguimento alcançaram taxas de abstinência de 27% a 32%, superiores às esperadas em tratamento unicamente psicológico. Acredita-se que as estratégias ativas (contatos pessoais, convites personalizados, entrevistas individuais) e reativas (cartazes, e-mails corporativos, divulgações em jornais) sejam eficazes para captação e adesão de fumantes. Para a cessação do hábito, de forma permanente, os autores indicam que são necessárias ações específicas e manutenção da abstinência<sup>30</sup>.

Segundo Reis e Fortes<sup>31:3</sup>:

“Os sintomas desencadeados pela privação da nicotina são os principais motivos para apenas 5% a 10% dos fumantes conseguirem parar de fumar, sem nenhuma forma de ajuda. A procura de tratamento para interrupção do tabagismo está associada ao aparecimento de doenças relacionadas ao tabaco, sendo também, um fator de encorajamento para o sucesso no tratamento.”

Analisar o perfil de usuários pode contribuir para dimensionar possibilidades e intervenções desejáveis no âmbito do Programa Antitabagismo.

Pereira<sup>32</sup> apresenta resultados na direção de estratégias para a prática da cessação do tabagismo feminino e destaca que muitas vezes a falta de informação sobre malefícios para a saúde ou a maior vulnerabilidade social podem se traduzir em

menor acesso ao serviço de saúde. Estes são componentes de uma complexa equação que reflete no não desejo de mulheres em abandonar o hábito de fumar.

Os resultados de iniciativas que buscam a cessão do hábito tabagista em outros países, como mostra o estudo de Sosa et al.<sup>33</sup>, que associam a eficácia a fatores como acolhimento e vínculo, assim como flexibilidade de horários para as consultas e/ou grupos e tratamento e acompanhamento individualizados em grupos com poucos usuários.

No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo<sup>34</sup> é apresentado que a cessação do tabagismo está relacionada a outros fatores, como alcoolismo, depressão e ansiedade, entre outros. Nas suas falas, os usuários relataram sobre a relação do cigarro com sua saúde mental, como transtorno bipolar e alcoolismo, por exemplo.

Estudos comprovam que os motivos para os indivíduos fumarem estão além da dependência de nicotina, questões comportamentais e psicossociais são certamente determinantes para o tabagismo e o tratamento requer apoio de equipes multiprofissionais para o abandono dos comportamentos que levam ao tabagismo<sup>35,36</sup>.

A World Health Organization<sup>37</sup> alega que essa população tem maior probabilidade de fumar do que a população em geral. Alguns estudos sugerem que essa probabilidade pode dobrar em indivíduos com doenças mentais<sup>38</sup>. Acerca dos tabagistas alcoolistas, estudos mostram que apresentam maior intensidade da dependência, fumam o primeiro cigarro do dia mais cedo que os não alcoolistas, fumam uma quantidade maior de cigarros por dia e fumam até quando estão doentes, além de apresentar fissura mais intensa e ansiedade, depressão e transtornos do sono como as principais razões para fumar<sup>39</sup>.

Entre os fatores biológicos e ambientais que influenciam o tabagismo estão: componentes emocionais, como baixa tolerância à frustração, a falta de autocontrole e a influência do comportamento familiar e dos pares<sup>40</sup>. Na dimensão fisiológica, segundo a autora, a nicotina atua no sistema mesolímbico e aumenta a secreção de dopamina, produzindo efeitos estimulantes e psicomotores, o que reforça positivamente o uso de drogas (circuitos de recompensa). Ao cessar o uso da nicotina, usuários experimentam a síndrome de abstinência com manifestações clínicas como ansiedade, disforia, dificuldade de concentração, irritabilidade, impaciência, insônia e

inquietação, que geralmente dura entre 8 a 12 semanas e é muito intensa no primeiro mês.

Sobre as dificuldades enfrentadas no processo de cessação do tabagismo, os participantes relataram sentimentos/sintomas de ansiedade, estresse e desespero, sendo que estes são clássicos da abstinência de nicotina.

Segundo Marques et al.<sup>1</sup>, é possível desencadeá-los reduzindo em apenas 50% o consumo de nicotina, podendo incluir irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura. Esses sintomas iniciam em aproximadamente 8 horas após fumar o último cigarro, tendo seu pico no terceiro dia<sup>12</sup>.

Outro ponto abordado nas entrevistas foi a influência dos ambientes de convivência. Echer et al.<sup>41</sup> apontam que o apoio e o interesse da família e de pessoas próximas em ajudar parecem contribuir para a superação de dificuldades, juntamente com a espiritualidade e a inclusão da família pela equipe multidisciplinar no processo de abandono do tabagismo. A motivação individual é o fator mais importante na cessação do tabagismo e sofre influência por vários fatores, como querer parar, influência de pessoas queridas, interferência do cigarro na convivência social, senso estético e olfativo, preocupações com a saúde, valorização da vida, conhecimento sobre os malefícios, incomodar-se por ser fumante e dinheiro<sup>41</sup>.

O artigo de Veloso et al.<sup>42</sup> abordou a opinião dos participantes de um grupo antitabagismo e obteve resultados parecidos, trazendo a questão do grupo como local de força e apoio aos usuários, com os relatos confirmando esse significado, além de criar um espaço para a troca de experiências entre os indivíduos envolvidos.

O grupo também é visto como um auxílio no caminho para a cessação com as informações e orientações. Na pesquisa de Echer e Barreto<sup>43</sup>, os entrevistados falam sobre como é especial para eles a participação em grupos do tipo, pois vivem o mesmo problema e as mesmas dificuldades. Importante reforçar que os profissionais envolvidos e os grupos familiar e social podem ser fatores de motivação, apoio e auxílio neste processo, mas a decisão de mudar precisa ser assumida pelo usuário<sup>43</sup>.

Para Marmot<sup>44</sup>, o engajamento social oferece oportunidades para desenvolvimento de novos saberes e habilidades, com a formação de vínculos de pertencimento. A proposta terapêutica dos grupos de apoio que ocorrem no âmbito do PNCT podem oferecer aos usuários recursos materiais e serviços que geram

oportunidades e, por conseguinte, o status social. Segundo o autor, essa associação influenciaria a saúde pelo sentimento positivo de ser acolhido um grupo identitário, um fator importante para redução de situações de estresse.

Cabe destacar alguma dificuldade em relação à amostra em estudos sobre tabagismo que entrevistem usuários a partir de técnicas qualitativas de pesquisa. Em artigo de Nepomuceno e Romano<sup>45</sup>, foi avaliado o tabagismo e seu enfrentamento como problema de saúde pública nas estratégias de intervenção na Saúde da Família, e foram entrevistados 5 usuários. Em estudo de Jesus et al.<sup>46</sup>, sobre estratégias de cessação do hábito aprendidas no grupo de tabagismo e a expectativa de apoio psicológico especializado, as autoras realizaram nove entrevistas abertas com os participantes. Em estudo que buscou conhecer sentidos produzidos sobre o tabagismo por mulheres participantes de um grupo para tabagistas em Florianópolis, SC, Brasil, foram entrevistadas pelas autoras 07 mulheres fumantes, com questionário aberto composto por cinco questões<sup>47</sup>.

No entanto, compreende-se que próximos estudos precisam ampliar as amostras na perspectiva de análises sobre efeitos e impacto dos programas de saúde, preferencialmente por meio de triangulação de dados, com uso de diferentes métodos de coleta de dados de forma a busca reduzir as contradições e o viés nos estudos. É desejável combinar diferentes perspectivas e fontes de dados para alcançar uma compreensão mais completa do objeto de estudo.

Considera-se importante discutir em próximos estudos, em relação ao PNCT, a reavaliação as abordagens do ponto de vista técnico (atualizações de consensos sobre terapia farmacológica), o investimento em redes de apoio e a qualidade das ações e da inserção dos usuários nelas. Investir em um programa antitabagismo é pensar também em melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, ter equipe capacitada para liderar grupos de apoio e estimular percursos singulares na busca da cessação do hábito. Protocolizar atendimentos, de forma engessada, pode ser uma alternativa de menor custo, mas não tem se traduzido em maior eficácia. As tecnologias relacionais (escuta, vínculo, acolhimento) são centrais para dar suporte ao usuário neste longo percurso em busca da cessação.

Essa discussão é objeto de análise de alguns autores que avaliaram o PNCT na perspectiva da construção e fortalecimento de redes (assim como está estruturada a APS em relação às redes de atenção à saúde). Nesta análise, um programa

pensado em rede e avaliado em rede, contempla uma estrutura de apoio social aos usuários tabagistas (que se espelham no grupo) e estar na rede social de um programa organizado em rede, potencializaria a saúde, por estimular a adoção de estilos de vida saudáveis<sup>48</sup>.

Para a abordagem e o cuidado ao usuário tabagista, que acessa pelas unidades básicas de saúde o PNCT, é importante que se tenha uma visão sobre as redes de atenção, identificando nesta rede quais os serviços podem, em cada percurso singular para o cuidado em saúde deste usuário, qualificando as abordagens e atendendo outras demandas na direção de um cuidado compartilhado entre esses serviços (da APS) e os outros pontos das rede de atenção com seus diferentes níveis de complexidade e setores<sup>49</sup>.

Outros autores abordam a questão social por outro viés, ao discutir o papel atual das redes sociais e da histórica propaganda do cigarro e seus efeitos nas decisões das pessoas em relação ao tabagismo.

Alquézar e Fandos<sup>50</sup> enfatizam o poder econômico e político da indústria do tabaco, com amplo acesso a publicidade e, portanto, alcance a todas as pessoas, principalmente com o uso intenso de tecnologias e de redes sociais. Os autores reforçam que o controle (enquanto agravo de saúde pública mundial) e o tratamento do tabagismo deve contemplar e estudar as novas tendências e comportamentos das sociedades, que definem como: bem-estar digital; a vida transmitida em tempo real, a comunicação efêmera, a inteligência artificial e a percepção da vida como um jogo e o mundo ao alcance de um “clic”.

Nas análises do material empírico do estudo e em diálogo com a bibliografia, é central pensar formas para que as equipes da APS estejam mais e melhor instrumentalizadas (com trabalhadores capacitados e em constante atualização técnica, com fármacos com comprovada evidência científica de sua eficácia, com espaços adequados e horários igualmente favoráveis à participação dos usuários) de forma a possibilitar os estímulos necessários para que os usuários tabagistas possam estabelecer suas próprias redes pessoais, que são condições fundamentais para o aumento do capital social do tabagista e, conseqüentemente, para a prevenção de recidivas. O acolhimento em rede, para um público que pode se afirmar a partir do pertencimento a um grupo, parece ser uma decisão relevante ao se avaliar e repensar as ações do PNCT para o usuário tabagista<sup>51</sup>.

Ainda no sentido de promover uma qualificada discussão sobre o PNCT, há que se compreender as limitações no estudo (retratam o contexto dos usuários entrevistados e não podem ser generalizadas, ademais o número de entrevistados foi reduzido por questões administrativas no serviço de saúde cenário da pesquisa e expostos ao longo do texto). As características e experiências individuais dos participantes podem restringir a generalização dos resultados. No entanto, análises qualitativas são potentes para produzir evidências científicas que podem ser usadas como ferramentas para os profissionais de saúde nos serviços de atenção primária.

## **CONCLUSÃO**

Considerando as taxas de morbidade do tabagismo e seu impacto na saúde da população, se faz necessária a avaliação dos programas e a utilização de recursos na direção de melhor enfrentar tanto a realidade dos usuários quanto propor percursos para o cuidado em saúde ao usuário tabagista. A importância do abandono deste hábito e que a rede de atenção e as equipes de saúde estejam aptos para receber e orientar quem buscar apoio nessa jornada é fundamental para que se possa caminhar na direção da diminuição do uso do tabaco no país. A partir do olhar dos participantes, foi possível ver além de índices e medidas quantitativas do programa antitabagismo para aproximar-se de como as vivências de cada participante podem ser muito mais decisivas para o desfecho de cada caso do que os protocolos e ajustes desenhados para o programa no nível apenas da gestão. Dessa forma, é necessário que as US e suas equipes tenham a perspectiva de um cuidado integral na abordagem dos usuários tabagistas, o que implica em repensar as formas de interação para o desenvolvimento e utilização de estratégias inovadoras na promoção de saúde, na prevenção de doenças e na manutenção e recuperação da saúde.

Investir em formação e capacitação das equipes, privilegiar grupos de apoio e de interação social, fortalecer a escuta, o acolhimento e o vínculo podem ser estratégias eficazes, que precisam estar acompanhadas de opções farmacológicas igualmente adequadas e atualizadas a partir das evidências clínicas e científicas.

O estudo permitiu conhecer os usuários e suas histórias, mostrando a necessidade de reavaliação permanente do programa, bem como aperfeiçoamento das equipes nas unidades de saúde, capacitação e educação permanente,

melhorando a abordagem nos grupos, com o objetivo de explorar melhor os recursos disponíveis no SUS para garantir a acessibilidade de todos aos serviços.

Ainda, faz-se importante o reconhecimento do recorte desta pesquisa, que contou com um número limitado de participantes em virtude do contexto social no momento em que foi realizada, somado a descontinuidade do programa quando a nova gestão assumiu a US. Sendo assim, seriam necessários estudos com mais participantes e/ou em outras regiões a fim de obter uma visão mais ampla do serviço e ampliar o conhecimento.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

1. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):200-214. doi: 10.1590/S1516-44462001000400007.
2. Musk AW, Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8(3):286-290. doi: 10.1046/j.1440-1843.2003.00483.x.
3. World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002. [Number report 9241562072].
4. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009. [Number report 9789241563918].
5. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Dados e números da prevalência do tabagismo [acesso 2022 nov 23]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>.
6. Pereira AAC, Gritsch LJ, Passos MS, Furtado MD. Adesão ao grupo de cessação entre tabagistas de unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm*. 2018;23(3):e55096. doi: 10.5380/ce.v23i3.55096.

7. Portes LH, Campos SEM, Teixeira MTB, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. [Internet] 2014;19(2):439-448. doi: 10.1590/1413-81232014192.04702013.
8. Silva ÉRP, Fonseca FLA, Pinto JLF, Oliveira LC, Fonseca ALA, Gehrke FS. As principais doenças associadas ao tabagismo e o tratamento medicamentoso no combate ao vício. *Saúde e Meio Ambiente: Revista Interdisciplinar*. 2014;3(1):51–58. doi: 10.24302/sma.v3i1.537.
9. da Silva ST, Martins MC, de Faria FR, Cotta RMM. Combate ao tabagismo no brasil: a importância estratégica das ações governamentais [Internet]. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014;19(2) [acesso 2024 mar 11]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.19802012>.
10. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo).
11. Goyata SLT, Silva MJD, Walnéia AS, Márcia HMCP, Beijo LA. Impacto do programa de apoio ao tabagista de um município do sul de Minas Gerais, Brasil. *Ciencia y enfermería*, 2014;20(1):77-88. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532014000100007.
12. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(6):820-827. doi: 10.1590/S0034-72992005000600021.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Abordagem e tratamento do fumante: consenso. Brasília: Instituto Nacional de Câncer; 2001.
14. Mello DF, Lima RAG. O cuidado de enfermagem e a abordagem winnicottiana. *Texto & Contexto - Enferm*. 2010;19(3):563-569. doi: 10.1590/S0104-07072010000300019.
15. Pinheiro R. Cuidado em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, editores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 110-114.
16. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as na adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;6. Art. No.: CD009670. doi: 10.1002/14651858.

17. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas; 2010.
18. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS; 2009.
19. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. PNUD Brasil, Ipea e FJP; 2010.
20. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
21. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987.
22. Gibbs G. Análise de dados qualitativos: Coleção Pesquisa Qualitativa. Bookman Editora; 2009.
23. Macedo LC, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. Interface. 2008;12(26):649-657. doi: 10.1590/S1414-32832008000300015.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
25. Minayo MCS. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019. IBGE; 2021.
27. Barrenechea MA, González CE, López JMQ, González AB, Cortés FJM, Saiz AC. Prevalencia del consumo de tabaco en adolescentes. Influencia del entorno familiar. An. Pediatría. 2007;66(4):357-366.
28. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. Rev Espaço para a Saúde. 2011;13(1):35-44.

29. Landín ER, Santos EC, Gallardo RV, Francesch BI, López AP, Castedo CR. Abstinencia a corto plazo y seguridad de citisina. Un estudio multicéntrico y observacional en España. *Prevencion del Tabaquismo*. 2023;25(4):113-119.
30. Lopes FM, Peuker ACWB, Rech BE, Gonçalves R; Bizarro L. Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um Programa de Cessação do Tabagismo oferecido e uma universidade pública. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. [Internet] 2014;22(n.esp). doi: 10.4322/cto.2014.025.
31. dos Reis RCM, Fortes RC. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do distrito federal. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. 2012;1(1):3-8.
32. Pereira CF. Perfil de mulheres tabagistas atendidas em um serviço especializado da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014. doi: 10.11606/D.7.2014.tde-16042015-161430.
33. Sosa MCLV, Bendaña EB, Iglesias MP, Gómez MIA, Arozamena DP, Cruz RA et al. Resultados del primer programa para la reducción del tabaquismo en los trabajadores de un Hospital de agudos de segundo nivel en Huelva. *Prev. Tab*. 2023:120-126.
34. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Portaria Conjunta nº10 de 16 de abril de 2020. Aprova o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do tabagismo. [acesso 2024 mar 11]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>.
35. Santos UP. Cessação de tabagismo: desafios a serem enfrentados. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(5):500-501. doi: 10.1590/S0104-42302009000500002.
36. Rossaneis MA, Machado RCB. Cessação do tabagismo em pacientes assistidos em um ambulatório de tratamento de dependência do tabaco. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2011;10(2):306-313.
37. World Health Organization. Tobacco use and mental health conditions: a policy brief. Regional Office for Europe; 2020.
38. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. 2000;284(284):2606-2610. doi: 10.1001/jama.284.20.2606.

39. R  ther T, Bobes J, Hert M, Svensson TH, Mann K, Batra A et al. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry*. 2014;29(2):65-82. doi: 10.1016/j.eurpsy.2013.11.002.
40. Corvalan B, María P. El tabaquismo: una adicci  n. *Rev. chil. enferm. respir.* Santiago. 2017;33(3):186-189. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-73482017000300186&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300186&lng=es&nrm=iso)
41. Echer IC, Barreto SSM, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2007;28(3):350.
42. Veloso NS, Rodrigues CAQ, Leite MTS, Ottoni JLM, Veloso GCC, Rodrigues RM et al. Tabagismo: a percep  o dos fumantes em um grupo de educa  o em saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]*. 2011 [acesso 2024 mar 11];6(20):193-198. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/216>
43. Echer IC, Barreto SSM. Determination and support as successful factors for smoking cessation. *Rev Latino-americana Enferm.* 2008;16(3):445-451. doi: 10.1590/s0104-11692008000300018.
44. Marmot M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London: Bloomsbury Publishing; 2005. p. 329.
45. NEPOMUCENO TB, ROMANO VF. Tabagismo e rela  es de poder na produ  o da saúde. *Saúde e Sociedade*. 2014;23:701-710.
46. De JESUS, MCP et al. Compreendendo o insucesso da tentativa de parar de fumar: abordagem da fenomenologia social. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50:71-78. doi: 10.1590/S0080-623420160000100010.
47. ECKERDT NS, CORRADI-WEBSTER CM. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010 [acesso 2024 maio 28];18:641-647. doi: 10.1590/S0104-11692010000700022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4200>.
48. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editores. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-173.

49. Da Costa PHA, Mertins LF, Medeiros AX, Salgado JA, Silva WMD, Ronzani TM et al. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015;23:245-252. doi: 10.1590/1414-462X201500030129.
50. Alquézar FM, Fandos LS. Tecnologías de la información y la comunicación y redes sociales como herramienta en el tratamiento y la prevención del tabaquismo. *Prev. Tab*. 2023. p. 109-112.
51. Campos PCM, Gomide M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2015;23:436-444. doi: 10.1590/1414-462X201500040241.