



ARTIGO ORIGINAL

Cuidado ao usuário tabagista: abordagens e desafios para equipes de saúde na rede de Atenção Primária

Care for tobacco users: Primary Health care approaches and challenges

Atención al usuario fumador: abordajes y desafíos para los equipos de salud de la red de Atención Primaria

 Núbia Barbosa Eleutério Duarte*
 Denise Barbosa de Castro Friedrich**
 Vitória Sartori Uberti***
 Fabiana Schneider Pires****

RESUMO

Introdução: O tabagismo é uma doença crônica causada pela dependência da nicotina, sendo considerada um transtorno mental e comportamental. No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) busca reduzir a prevalência de fumantes e doenças relacionadas, com destaque para as ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e abordagens cognitivo-comportamentais. **Objetivo:** Analisar os desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de APS, em um município do sul do Brasil, em relação ao cuidado ao usuário tabagista no escopo do PNCT. **Metodologia:** Estudo exploratório, descritivo e de abordagem quanti-qualitativa. Foi utilizado um questionário com questões abertas e fechadas, relacionadas aos objetivos da pesquisa, encaminhado a todos os trabalhadores da APS do município que realizaram capacitação vinculada ao PNCT (n=54). Responderam 42 participantes. Para a etapa qualitativa, foi realizada uma roda conversa com sete participantes da etapa inicial que declararam interesse em participar da segunda etapa do estudo. Análise descritiva (dados quantitativos) e análise de conteúdo (material qualitativo) foram realizadas. **Resultados:** A capacitação inicial do PNCT foi bem avaliada por 73,8% dos participantes, mas ainda insuficiente para a condução das ações. Existem fragilidades para a longitudinalidade do cuidado, dificuldades administrativas e falta de colaboração nas equipes. Os profissionais preferem utilizar a abordagem centrada no usuário (singularizada) e ressaltaram a necessidade de educação permanente em saúde para os trabalhadores, incluindo

*Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul. Sapucaia do Sul, Brasil. E-mail: nubiaeuterio@yahoo.com.br.

**Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de Fora, Brasil. E-mail: denisebarbosadecastrofriedrich@gmail.com.

*** Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. E-mail: vitoriauberti15@gmail.com.

****Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Brasil. E-mail: fabianaspires@gmail.com.

Autora para correspondência: Vitória Sartori Uberti. E-mail: vitoriauberti15@gmail.com.

outros membros da equipe, de nível técnico. O restrito espaço físico e desafios no trabalho em equipe prejudicaram o desenvolvimento das ações. Foram percebidas como potencialidades a equipe multiprofissional, o apoio da gestão local e as capacitações sobre o tema.

Conclusão: O cuidado ao tabagista exige abordagem singular, flexível e centrada no usuário, destacando a escuta e o acolhimento. É importante o fortalecimento das equipes para ampliar a capilarização das ações do PNCT, bem como atualizações no Programa.

Palavras-chave: Prevenção do Hábito de Fumar. Tabagismo. Atenção Primária à Saúde. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a chronic disease caused by nicotine addiction and is considered a mental and behavioral disorder. In Brazil, the National Tobacco Control Program (NTCP) seeks to reduce the prevalence of smokers and related diseases, with emphasis on actions in Primary Health Care (PHC) and cognitive-behavioral approaches. **Objective:** To analyze the challenges faced by professionals in the PHC Network, in a municipality in southern Brazil, in relation to care for smokers within the scope of the PNCT. **Method:** Exploratory, descriptive study with a quanti-qualitative approach. A questionnaire with open and closed questions related to the research objectives was used, sent to all PHC workers in the municipality who had completed training linked to the PNCT (n=54). 42 participants responded. For the qualitative stage, a conversation circle was held with seven participants from the initial stage who declared interest in participating in the second stage of the study. Descriptive analysis (quantitative data) and content analysis (qualitative material) were performed. **Results:** The initial training of the PNCT was well evaluated by 73.8% of the participants, but still insufficient to conduct the actions. There are weaknesses in the longitudinality of care, administrative difficulties and lack of collaboration in the teams. The professionals prefer to use the user-centered approach (singularized) and emphasized the need for continuing health education for the workers of the service, including other team members, at the technical level. The restricted physical space and challenges in teamwork hindered the development of the actions. As potentialities, the importance of the multiprofessional team, support from local management and training on the subject is highlighted. **Conclusion:** Care for smokers requires a singular, flexible and user-centered approach, emphasizing listening and welcoming. It is important to strengthen the teams to expand the capillarity of the PNCT actions, as well as updates to the Program.

Keywords: Smoking Prevention. Tobacco Use Disorder. Primary Health Care. Health Human Resource Training. Integrality in Health.

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por la dependencia de la nicotina y se considera un trastorno mental y del comportamiento. En Brasil, el Programa Nacional de Control del Tabaquismo (PNT) busca reducir la prevalencia de fumadores y enfermedades relacionadas, con énfasis en acciones en la Atención Primaria de Salud (APS) y abordajes cognitivo-conductuales. **Objetivo:** Analizar las abordajes y los desafíos enfrentados por los profesionales de la Red de APS, en un municipio del sur de Brasil, en relación a los cuidados a los fumadores en el ámbito del PNCT. **Método:** Estudio exploratorio, descriptivo con enfoque cuanti-cualitativo. Se utilizó cuestionario con preguntas abiertas y cerradas relacionadas con los objetivos de la investigación, enviado a todos los trabajadores de APS del municipio que realizaron formación vinculada al PNCT (n=54). 42 participantes respondieron. Para la etapa cualitativa, se realizó un círculo de conversación con siete participantes de la etapa inicial que manifestaron interés en participar en la segunda etapa del estudio. Se realizó análisis descriptivo (datos cuantitativos) y análisis de contenido (material cualitativo). **Resultados:** La formación inicial del PNCT fue bien evaluada por los participantes (73,8%), pero aún insuficiente para llevar a cabo las acciones. Existen debilidades en la longitudinalidad de la atención, dificultades administrativas y falta de colaboración en los equipos. Los profesionales

preferen utilizar el enfoque centrado en el usuario/singularizado y enfatizaron la necesidad de la educación continua en salud de los trabajadores del servicio, incluyendo a los demás miembros del equipo, en el nivel técnico. El espacio físico restringido y los desafíos en el trabajo en equipo dificultaron el desarrollo de las acciones. Como potencialidades, se destaca la importancia del equipo multiprofesional, el apoyo de la dirección local y la formación sobre el tema. **Conclusión:** La atención al fumador requiere un abordaje singular, flexible y centrado en el usuario, con énfasis en la escucha y la acogida. Es importante fortalecer los equipos para ampliar la capilaridad de las acciones del PNCT, así como las actualizaciones del Programa.

Palabras clave: Prevención del Hábito de Fumar. Tabaquismo. Atención Primaria de Salud. Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é amplamente reconhecido como doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando, por isso, inserido no grupo dos Transtornos Mentais e de Comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (World Health Organization, 2019). Segundo dados de 2021 coletados pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), aproximadamente 162 mil pessoas morrem por ano no Brasil por causa do tabagismo. Cerca de R\$125 bilhões são os custos aos cofres públicos no sistema de saúde com doenças tabaco-associadas (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

O tabagismo representa o principal fator de risco evitável, não só do câncer como também de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (Rabahi; Alcântara, 2015). Ele resulta da interação de fatores biológicos, sociais e culturais, sendo um problema de saúde complexo que permeia diversos campos da vida do indivíduo. A abordagem requer, portanto, um olhar ampliado, proporcionando uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social além da dependência física causada pela nicotina (Seabra; Faria; Santos, 2011).

Seguindo essa perspectiva de tratamento integrado e humanizado, em 1989, teve início no Brasil o PNCT, com o objetivo de reduzir a prevalência de fumantes, assim como a morbidade e mortalidade por doenças tabaco-relacionadas (Cavalcante, 2005). O PNCT visa a implantação do Programa de Controle do Tabagismo nas Unidades de Saúde, conforme estabelecido pela Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2004). A mais recente atualização foi publicada na Portaria GM/MS nº 502, de 1º de junho de 2023, que instituiu o PNCT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023).

Nesse âmbito, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como fundamental na abordagem aos dependentes de tabaco. Apesar de o tratamento do tabagismo ser possível em qualquer nível de atenção do SUS, a APS, devido à sua capilaridade, proporciona um alcance populacional mais amplo. Em perspectiva histórica, a expansão e adequação da Estratégia Saúde da Família (ESF) teve um impacto importante na saúde da população brasileira, pois melhorou o acesso e a utilização de serviços de saúde - principalmente para pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças; proporcionou reduções nas taxas de mortalidades adulta e infantil, expansão de acesso a tratamentos odontológicos e ampliação no controle de doenças infecciosas; maior equidade de acesso aos serviços de saúde e redução de

hospitalizações desnecessárias, além de expandir a infraestrutura e pesquisas sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil (Macinko; Mendonça, 2018). Sendo assim, a ESF, como estratégia de reorientação do modelo assistencial, deve ter profissionais aptos para abordar o tratamento ao tabagismo.

O PNCT adota a abordagem cognitivo-comportamental, em grupo ou individualizada, associada ou não à farmacoterapia, como o método para tratar fumantes (Brasil, 2001). Portanto, a capacitação dos profissionais de saúde é essencial para a efetividade do programa, impactando na adesão e desempenho no tratamento (Portes *et al.*, 2014).

Nesse processo não se trata de incentivar uma visão médica da vida, de quebrar resistências para transmitir conhecimentos técnicos e/ou científicos ou de insistir para que as pessoas assumam certos comportamentos. Trata-se, acima de tudo, de ampliar meios de interação cultural e acordos, sem refutar os processos socioculturais e psicoafetivos que estão na base da vida, da saúde-doença, dos cuidados em saúde e da qualidade dos serviços (Mandú, 2004). Sabe-se que a motivação do usuário tabagista se modifica com o tempo e é influenciada pelo ambiente em que ele se encontra (West, 2004), e o profissional de saúde pode contribuir na motivação para procura e encaminhamento para tratamento, destacando seu papel na adaptação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico direcionado, a fim de estimular mudanças compatíveis com o as possibilidades do usuário para adesão ao tratamento (West, 2004; Russo; Azevedo, 2010).

Na perspectiva de educação na saúde e compreendendo-se a importância de qualificação de ações e de processos de trabalho com foco no cuidado, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004 (Brasil, 2009), representa um marco para a formação e trabalho em saúde no Brasil. Um de seus eixos estratégicos é o cuidado em saúde, contribuindo para a transformação dos processos de trabalho e práticas de saúde. Complementar a estes processos, destaca-se a responsabilidade da gestão municipal em ter pelo menos um profissional da saúde por estabelecimento para qualificar o cuidado à pessoa tabagista, prevista na Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013 (Brasil, 2013).

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde, diversos e em constante incremento de novas tecnologias, exige que haja uma formação para além da oferecida pela graduação, que possa tornar os profissionais sempre capazes a atuarem de maneira que garanta a integralidade do cuidado, resolubilidade do sistema e a segurança do trabalhador e dos usuários. Nesse processo de exigências diárias, envolvendo múltiplas determinações e relações, é essencial que as instituições de serviço de saúde contribuam para o desenvolvimento das capacidades dos profissionais (Falkenberg *et al.*, 2014).

Diante desta perspectiva, o estudo buscou analisar as abordagens e os desafios enfrentados pelos profissionais da Rede de APS, em um município do sul do Brasil, em relação às ações e ao cuidado ao usuário tabagista no escopo do PNCT, vislumbrando ações de educação permanente (EPS) em saúde para enfrentar e potencializar as ações e o cuidado.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, que utiliza abordagem quantitativa e qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com Parecer nº 5.271.591.

Na etapa quantitativa, foi utilizado questionário com 25 questões, construído pelas pesquisadoras para identificar o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como

conhecer sua relação com o cuidado aos tabagistas, conhecimentos e experiências sobre o PNCT na rede de APS, sobre uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo, uso de medicamentos, além de duas questões abertas: “Na sua opinião qual a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco?” e: “Quais seus comentários e sugestões para o Programa de Controle do Tabagismo?”. O questionário foi disponibilizado como formulário on-line, precedido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os participantes foram os trabalhadores vinculados às Unidades de APS no município do estudo que tivessem realizado capacitação vinculada ao PNCT, independente do período. Todos foram convidados (n=54) e 42 trabalhadores responderam ao instrumento on-line, no período de abril a agosto de 2022.

Para a etapa qualitativa, foi proposta uma roda conversa com os respondentes do questionário inicialmente enviado. Para os participantes da etapa quantitativa foi enviado novo e-mail com o convite para a participação na roda de conversa, acompanhado de uma enquete sobre possíveis dias e horários para a realização da Roda.

A roda de conversa é uma forma de metodologia participativa que favorece a construção de uma prática dialógica em pesquisa, pois possibilita o exercício de pensar compartilhado (Ladrière, 1991; Figueirêdo; Queiroz, 2012). A estratégia das rodas de conversa é adequada para priorizar discussões em torno de uma temática, uma vez que, em diálogo, os participantes podem apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias e, quando um participante instiga o outro a falar, é possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro (Méllo *et al.*, 2007). Foi utilizado um roteiro para abordar as questões pertinentes aos objetivos do estudo e que serviu como um disparador do debate de ideias entre os participantes, abordando temas relacionados ao PNCT, educação e saúde, articulação de saberes, cuidado integral em saúde e ação interprofissional com práticas colaborativas. O diário de campo foi utilizado pela pesquisadora para anotar percepções e vivências importantes que surgiram no transcorrer do estudo.

Foi utilizada a estatística descritiva para a análise dos dados da etapa quantitativa, os quais foram organizados em planilhas do *software Excel*[®]. O material textual produzido na roda de conversa foi interpretado pelos fundamentos da análise de conteúdo e organizado de acordo com os temas abordados pelo roteiro, provendo material descritivo e narrativo para a análise (Caregnato; Mutti, 2006).

RESULTADOS

Os 42 profissionais que fizeram a capacitação para Tratamento do Tabagismo no município responderam ao questionário on-line. Eram profissionais com idade entre 25 e 52 anos, sendo a maior parte do sexo feminino (n=31) e com vínculo empregatício do tipo estatutário (n=19), seguido por prestador de serviço (n=18). Das profissões da saúde, a amostra teve participantes enfermeiros (n=17), médicos (n=13), cirurgiões-dentistas (n=10), nutricionista (n=1) e educador físico (n=1). O tipo de pós-graduação mais comum foi a Residência/Especialização (n=36), e os cursos deste com maior representatividade foram a Saúde Pública e/ou Coletiva (n=12), juntamente com Saúde da Família ou Comunidade (n=21).

Em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, quando perguntados sobre o interesse dos trabalhadores pelo tema do tabagismo, 24 responderam “tenho interesse” e 11 responderam “tenho muito interesse”. Nenhum participante respondeu que não tinha interesse.

Quanto à capacitação para tratamento do tabagismo que os participantes receberam, 73,8% avaliaram-na como boa e ótima, considerando-se capacitados ou muito capacitados (78,6%) para tratar o usuário tabagista. Após a capacitação inicial, entretanto, 25 dos 42 trabalhadores (59,5%) não participaram de ações de EPS sobre o tema. Oito participantes (19,1%), embora capacitados ao tratamento para tabagismo, até o momento do estudo ainda não haviam realizado nenhum tratamento aos usuários da rede. Trinta e um profissionais (73,8%) relataram trabalhar no PNCT com outro profissional da equipe de saúde. Quanto à oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), 21 profissionais (50%) não ofertavam esse tratamento aos usuários. A auriculoterapia foi a PICS mais ofertada (38,1%). Em relação à prescrição de medicamentos pelos profissionais, 45,2% informaram que prescreviam e 4,8% prescreviam às vezes. O medicamento mais prescrito foi o adesivo (50%) e 66,6% dos profissionais realizavam grupos ou acompanhamento de abstinência com os usuários, pelo período de um a três meses (Tabela 1).

Tabela 1 – Percepção, conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde frente ao tratamento do tabagismo no município de enfoque.

VARIÁVEIS	n	%
AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO INICIAL		
Ótima	9	21,4
Boa	22	52,4
Indiferente	1	2,4
Ruim	10	23,8
Péssima	--	--
PROFISSIONAL SE CONSIDERA CAPACITADO PARA TRATAR O FUMANTE		
Muito capacitado	2	4,8
Capacitado	31	73,8
Indiferente	1	2,4
Pouco capacitado	8	19,0
Não capacitado	--	--
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADE DE EPS SOBRE TABAGISMO APÓS A CAPACITAÇÃO INICIAL		
Sim	17	40,5
Não	25	59,5
TEMPO QUE REALIZA O TRATAMENTO DE TABAGISMO		
Ainda não realizou	8	19,1
Até 1 ano	11	26,2
De 2 anos a 4 anos	10	23,8
De 5 anos a 9 anos	5	11,9
10 anos ou mais	5	11,9
Não respondeu	3	7,1
PRESENÇA DE COLEGA DA EQUIPE QUE AUXILIA NO PNCT		
Sim	31	73,8
Não	9	21,4
Não respondeu	2	4,8
NÚMERO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE ATUAM NO PNCT		
Até dois profissionais diferentes	16	38,1
Três ou mais profissionais diferentes	15	35,7
Trabalha sozinho	1	2,4
Não respondeu	10	23,8

VARIÁVEIS	n	%
OFERTA DE PICS NO TRATAMENTO DO TABAGISTA NA UNIDADE DE SAÚDE		
Sim	18	42,8
Não	21	50,0
Não respondeu	3	7,2
PICS OFERTADA NAS EQUIPES*		
Auriculoterapia	16	38,1
Acupuntura	1	2,4
Práticas corporais	1	2,4
Terapia manual	1	2,4
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS		
Sim	19	45,2
Não	19	45,2
Às vezes	2	4,8
Não respondeu	2	4,8
MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELOS PROFISSIONAIS*		
Adesivo	21	50,0
Ansiolítico	1	2,3
Antidepressivos	1	2,4
Bupropiona	15	35,7
Goma de mascar	14	33,3
Fluoxetina	1	2,4
Não se aplica	1	2,4
Não respondeu	13	31,0
REALIZAÇÃO DE GRUPOS OU ACOMPANHAMENTO DE MANUTENÇÃO DE ABSTINÊNCIA COM OS USUÁRIOS		
Sim	28	66,6
Não	13	31,0
Não respondeu	1	2,4
TEMPO APÓS A CONCLUSÃO DAS QUATRO SESSÕES ESTRUTURADAS QUE ACOMPANHA OS USUÁRIOS		
Não acompanha	13	31,0
1-3 meses	10	23,8
4-6 meses	7	16,6
7-12 meses	4	9,5
Mais de 12 meses	2	4,8
Não respondeu	6	14,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

* No questionário, as alternativas permitiram múltiplas respostas, buscando identificar todos os medicamentos ou PICS utilizados pelos profissionais.

A respeito do conhecimento e uso do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo de 2020 (INCA, 2020) pelos profissionais de saúde, verificou-se que 34 (80,9%) dos 42 profissionais conheciam o protocolo e 24 (75,1%) o aplicavam na sua prática clínica.

Sobre a questão relacionada a melhor abordagem de tratamento para o usuário de tabaco, 35 participantes a responderam. Sete profissionais acreditam que a abordagem em grupo seja a melhor; quatro optaram por uma abordagem cognitivo-comportamental; três optaram por apenas comportamental; quatro preferiram associar as abordagens comportamental e medicamentosa e um participante prefere apenas medicamentosa e aconselhamento estruturado. O processo de trabalho citado foi em abordagem multiprofissional ou em “abordagem que possa promover a redução de danos” (Participante 25, educador físico).

Observou-se, pelas respostas da questão aberta, que os profissionais preferem utilizar neste grupo, a abordagem centrada no usuário.

Abordagem individualizada. Devemos avaliar a melhor abordagem para cada indivíduo a partir das respostas realizadas na abordagem básica, considerando a idade, a existência de comorbidades prévias e outros aspectos, como, por exemplo, uma gestação. A abordagem sempre deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar ou não (Participante 1, enfermeira).

Nas 22 respostas sobre comentários e sugestões para o PNCT, nove ressaltaram a necessidade de EPS em saúde para os trabalhadores do serviço de maneira mais abrangente, incluindo também os membros dos níveis técnico e médio, não apenas profissionais de nível superior. Além disso, consideraram relevante o “modelo de matriciamento para o tratamento medicamentoso ou capacitações direcionadas” (Participante 19, enfermeira).

Os participantes sugeriram capacitar o máximo possível de profissionais devido à alta rotatividade e ampliar debates sobre redução de danos e seu impacto nas tentativas do fumante em deixar o hábito.

Oito profissionais mencionaram a necessidade de garantir a oferta dos insumos (medicamentos e materiais), a fim de facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Uma participante relatou que “gostaria de garantia de tratamento medicamentoso completo frente ao INCA, pois no município se lida com falta de medicamentos que interferem diretamente na adesão ao tratamento” (Participante 31, médica). Cabe destacar uma informação sobre o município no período do estudo: no 1º quadrimestre de 2022, não houve repasse suficiente de insumos do PNCT, da esfera estadual e, desta forma, as equipes relataram que as quantidades foram aquém do que o programado para atender a demanda do município (Diário de campo da pesquisadora, 2022).

Sobre os espaços físicos adequados ao tratamento do usuário tabagista, viu-se que o “espaço físico reduzido... inviabiliza a implementação de grupo de tabagismo” e por isso “as consultas estão sendo feitas individualizadas” (Participante 41, médica).

Na segunda etapa do estudo, a roda de conversa contou com a participação de sete dos 42 trabalhadores participantes do estudo. Destaca-se a baixa adesão dos profissionais à etapa da roda de conversa, a qual tem potencial para se constituir um dispositivo de EPS. Para os que participaram, o diário de campo da pesquisadora mostrou que o momento foi de trocas e de produção de conhecimento coletivo.

Éramos um grupo de profissionais interessados pela temática. Antes mesmo de iniciar propriamente a roda de conversa, os colegas já estavam conversando entre si sobre o assunto. [...] Senti todos interessados pelo encontro, seguros e confortáveis para falar, embora, em alguns momentos, um “silêncio pensante” estivesse presente. Observei que a cada eixo abordado pudemos produzir conhecimento coletivo prático a partir da vivência e experiência de cada participante, sendo assim, também, um espaço de resignificação de saberes (Diário de Campo da Pesquisadora, 2022).

Os participantes entenderam como positiva a capacitação inicial para o PNCT, para iniciar o desenvolvimento das atividades do Programa.

[...] satisfatório, foi para iniciar. Sabe essa capacitação que tu entra no assunto e discute, derruba vários mitos que a gente, às vezes, também como um profissional tem para todo esse tratamento (Participante 5, nutricionista).

Os profissionais concordaram que a capacitação sobre tabagismo aborda conhecimento epidemiológico, medicamentos e apoio aos usuários. Revelaram, contudo, que não se sentiam adequadamente preparados para sessões cognitivo-comportamentais, especialmente no manejo de grupos.

Eu achei assim, ela interessante em termos de dados, né, da doença, do câncer, do tabagismo, etc, mas como preparação, como suporte para o profissional manter o grupo, eu achei, daí, fraca. Não me deu pelo menos suporte para essa parte, assim, do programa, que é tão importante [...] (Participante 1, cirurgiã-dentista).

[...] faltou instrumentalizar e poderia bem mais, né? [...] Principalmente porque poucos, o palestrante, por exemplo, era médico [...] E focava muito na medicação, né? E boa parte de nós que ali estávamos [...] nem prescrever prescreverá [...] (Participante 6, enfermeira).

Dessa maneira, a necessidade de mais ações de educação na saúde foi identificada pelos trabalhadores, que sugeriram a continuidade das ações e indicam o uso de metodologias ativas.

É necessário, né, a continuidade [...]. Eu acho que precisariam de mais horas de curso, né? Justamente para conseguir ir para prática, assim, de fazer algumas simulações da condução de grupos, situações que aparecem [...]. Então esses detalhes, eu acho que não daria conta, assim, num dia de formação (Participante 5, nutricionista).

Na percepção dos trabalhadores participantes, existe uma lista de espera para a formação dos grupos, quando algum usuário tabagista demonstra interesse em parar de fumar. Com a formação estabelecida, existe o “grupo zero”, que contempla um encontro entre os inscritos para explicar o funcionamento do Programa e prosseguir com o tratamento. No entanto, nesse momento inicial, já é relatada a questão da desistência: “... E convida todo mundo daí, sei lá, de 30 vão 10, né? [...]” (Participante 6, enfermeira). Após o primeiro encontro, seguem-se quatro sessões estruturadas, e delas partem as consultas de manutenção. Observa-se a dificuldade em fazer o acompanhamento, e este varia conforme a organização de cada profissional.

[...] e aí, com o fechamento das sessões se faz um grupo de manutenção, a gente não consegue fazer esse seguimento assim, né? De quem manteve... quem... mas tem muito disso de a gente no acolhimento perguntar ou quando está fazendo VD pergunta: “Como é que vai seu Fulano? Continua sem fumar ou não conseguiu parar”? Enfim... mas basicamente, é assim que a gente faz (Participante 6, enfermeira).

A gente não tem o grupo de manutenção mensal, eu não consegui colocar na equipe ainda. Eu costumo fazer aí no próximo quadrimestre quando eu abro outro grupo, eu chamo alguns do grupo anterior para manutenção e daí também para dar um relato para os outros, né, acho que ajuda, de quem conseguiu parar de fumar e eu tento acompanhar até completar um ano [...] (Participante 4, cirurgiã-dentista).

O horário de realização dos encontros também pode comprometer a participação dos tabagistas, sendo necessário a ampliação de horários ofertados.

[...] seria bem interessante a gente poder ofertar esses grupos noturnos, né? Porque muita gente trabalha e mesmo a questão do atestado, dependendo da empresa [...] se tu coloca um atestado perde a cesta básica, se coloca atestado perde, não sei o quê. Então para os pacientes, [...] muitas vezes assim: eu consigo chegar aqui umas 5 e meia, bah, não posso, não é? A gente não tem como ofertar para esse [...] (Participante 6, enfermeira).

Quanto à organização interna, os participantes apontaram falta de colaboração dos profissionais da equipe, gerando sobrecarga de trabalho com o complexo processo de planejar e conduzir os cuidados.

[...] a gente tem que ficar dizendo: coleguinha ajuda... ter que ficar toda hora, tem que cobrar, então eu prefiro fazer sozinha, porque é mais fácil. O meu desgaste emocional, é mais [...], é menor do que eu ficar: “Olha só, me ajuda, tá? Me ajuda.” (Participante 3, cirurgiã-dentista).

Sobre o potencial que os profissionais têm para/com o cuidado em saúde do usuário tabagista, os participantes destacaram o apoio das equipes de matriciamento e a facilidade em acessar os demais profissionais da Rede de Atenção, com o cuidado acontecendo em rede, quer dentro da equipe quer fora dela.

[...] acionar a equipe de apoio... Então, não necessariamente a gente vai conseguir dar conta de tudo, né? E acho que o apoio acontece e, às vezes, inclusive com outros colegas da gente que tem mais experiência, não necessariamente da equipe de apoio assim, né? (Participante 6, enfermeira).

Ao se falar sobre a temática do cuidado em saúde e seu significado, os profissionais trouxeram a importância da escuta como ferramenta fundamental no encontro com o outro.

Às vezes precisa de uma escuta, de um acolhimento, de alguém só ali entender o que ela precisa, porque às vezes.. o que ela está dizendo, não é realmente o que ela precisa, o que ela quer dizer, né? [...] Cuidado acho que é uma troca (Participante 4, cirurgiã-dentista).

Também, o cuidado foi relacionado com ampliar o olhar para o usuário a fim de que ele seja protagonista do seu próprio cuidado.

Precisa do outro ali também, não adianta querer cuidar de alguém se o outro não quer ser cuidado, por exemplo, né, não adianta o paciente lá com a pressão 16 por 9, a gente falando que tem que consultar ou tem que...né? E ele: “ah não, não. Não adianta”. O cuidado é uma oferta e o outro tem que entender que precisa, né? (Participante 1, cirurgiã-dentista).

Quanto às formas de cuidado em saúde, os profissionais relataram a escuta terapêutica, grupos, atividades físicas, meditação, exercícios de respiração, auriculoterapia e reiki, sendo que os grupos foram considerados as práticas que mais vincula as pessoas, por trazer à tona suas vulnerabilidades.

Sobre a ação interprofissional e práticas colaborativas, os participantes apontaram a interação entre profissionais de áreas distintas e uma relação de trabalho em equipe.

É dividir mesmo, né? Somar conhecimento.”; “Profissionais ou ação que se interligam entre duas áreas. Eu acho que, pensando em grupo, por exemplo, dá um conforto para gente se tem um outro colega junto, e se der alguma coisa ali, mesmo que não dê, mas parece que tem alguém junto, fica mais tranquilo assim, do que estar sozinha conduzindo um grupo.”; “É isso. Eu sei uma coisa, ela sabe outra. Enfim, acho que é uma coisa que eu talvez não saiba abordar da melhor forma e o outro sabe (Participantes 1, 3 e 4 - cirurgiões-dentistas).

Outro ponto identificado, que contribui para a interprofissionalidade, é a presença de estudantes de pós-graduação na Unidade de Saúde.

É, outra coisa também que eu acho assim, o (nome da equipe de saúde) tem residência faz 2 anos e muda totalmente... a residência, né? Que dá um outro ar, outro gás, né? Porque precisa ter a residência, tem que estar...nossa... Eles fazem diferença (Participante 1, cirurgiã-dentista).

DISCUSSÃO

Os dados do estudo trazem elementos para análise e discussão que, apesar de se restringirem à realidade pesquisada, encontram correlatos em outros estudos. O tabagismo enquanto agravado da saúde é fator de risco para muitas doenças, associado a mortes todos os anos no mundo e gera elevados custos para os serviços de saúde. Embora medidas preventivas e regulatórias tenham sido tomadas no país, com significativa diminuição na prevalência do consumo do tabaco e seus derivados (Malta; Silva, 2014), ações voltadas à promoção da saúde, dentre elas o cuidado ao paciente tabagista, devem ser priorizadas pela gestão nas diferentes esferas da administração pública e a formação e qualificação profissionais estão no escopo destas ações. Os estudos sobre a PNCT apontam algumas discrepâncias entre seus preceitos e a realidade, principalmente pelas dificuldades relacionadas à gestão do Programa no nível municipal, pelo componente social do tabagismo e pelas circunstâncias pessoais das populações em estado de fragilidade social (Campos; Gomide, 2015).

Sobre a organização do Programa no microcosmo das Unidades de Saúde e das práticas profissionais, Bittencourt, Cruz e Scarinci (2014), indicam que 90,1% dos profissionais de saúde participantes dos cursos apresentaram ao menos uma sugestão de melhoria para a capacitação do PNCT, sendo que a necessidade de capacitações e atualizações que completem a capacitação inicial foram os dois itens mais recomendados pelos participantes.

As respostas sobre o funcionamento do Programa e progressão do tratamento alinham-se com o estudo de Pires *et al.* (2022), que aponta uma ausência de sistematização das sessões de manutenção e falta na periodicidade destas para que ocorram conforme previsto pelos protocolos que embasam a prática do PNCT. Como se observa no material empírico, não há uma organização da APS para a oferta das sessões de manutenção, podendo acontecer na forma de grupo, consulta individual e contato telefônico ou ainda que cada equipe define o tipo de abordagem a ser adotada, o período de ocorrência e até mesmo se será realizada ou não.

Esses dados expõem a fragilidade na longitudinalidade do tratamento ofertado ao usuário tabagista na APS, apontando para a necessidade de se investir em possibilidades de cuidado, ampliando o escopo das ações, trazendo para o desenho inicial (as sessões iniciais, o grupo, as consultas para manutenção) outras abordagens que reforcem o vínculo e o diálogo

do usuário que busca tratamento para o tabagismo com a equipe de saúde. Novos processos e também novos percursos podem otimizar o cuidado e, em alguma medida, apresentarem efeitos na organização tanto das sessões de manutenção quanto para outras abordagens e potencializar a continuidade do cuidado.

Além disso, as capacitações realizadas são exclusivas para profissionais de nível superior, o que acaba por desmotivar a equipe e restringir as ferramentas de ação do Programa.

No modelo médico-hegemônico, a distribuição do trabalho assistencial é dimensionada para se concentrar no profissional médico. Contudo, observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços (Merhy; Franco, 2005).

O espaço físico é um fator de tensão para as equipes de saúde, pois nem todas as Unidades de Saúde têm estrutura física adequada para realizar o grupo de acompanhamento aos usuários tabagistas. De forma alternativa, buscam parceria junto à comunidade (espaços em outras instituições, como salão paroquial ou em templos, salão da associação de moradores), mas o uso de espaços externos às Unidades de Saúde pode desestimular o trabalho.

A respeito dos horários de realização dos encontros, estudos indicam que grupos de tabagismo em Unidades de APS precisam ter não apenas um dia e horário reservado para a realização dos grupos, mas uma adequação dos horários às possibilidades de cada grupo para que possam participar de todos os momentos (Almeida; Rodrigues; Freire, 2013).

Quanto à falta de colaboração dos profissionais da equipe, Peduzzi (2001) relata que o trabalho em equipe interprofissional é um trabalho coletivo construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de áreas distintas, estabelecendo, por meio da comunicação, a articulação das ações e a cooperação.

Para a contribuição da interprofissionalidade, a presença de estudantes de pós-graduação na Unidade de Saúde é apontada na literatura como um potencial e força motriz para ações interprofissionais no território (Carnut, 2017). Nesse sentido, Araújo e Rocha (2007) destacam a importância de repensar a formação dos trabalhadores em saúde para que o trabalho em equipe, no contexto da APS, tenha a dimensão da divisão de responsabilidades no cuidado ao usuário e que todos os profissionais participem com suas especificidades e contribuam para a qualidade das ações de saúde. Para a transformação dos processos de trabalho, faz-se necessário o desenvolvimento perene de formação e EPS dos trabalhadores, de forma a transformar o ser e o fazer em saúde.

O estudo tem como limitação a adesão dos participantes à etapa presencial, na roda de conversa. Organizando os participantes para a roda, com agendas complexas, o estudo deparou-se com pouca disponibilidade de espaço físico nas dependências das Unidades de Saúde que fossem adequadas à interação, sigilo e confidencialidade, o que afetou esta etapa de produção de dados. A participação on-line também poderia ter sido maior, tendo em vista os 54 possíveis participantes da amostra, mesmo o convite sendo enviado por mais de uma semana, a adesão foi de 77,7% dos trabalhadores da APS que fizeram a capacitação inicial do PNCT no município. Outro aspecto a ser considerado nesta análise é que os dados foram coletados em 2022 e são aplicados ao contexto do município naquele período.

Destaca-se que a realização das etapas da pesquisa de certo modo alavancou o interesse dos trabalhadores no PNCT e, após a pesquisa, ações de EPS em saúde foram desenvolvidas para uma requalificação dos profissionais da rede, envolvendo profissionais da gestão municipal e das Unidades de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado ao usuário tabagista apresenta desafios significativos, exigindo dos trabalhadores de saúde uma abordagem flexível e adequada às possibilidades e necessidades individuais, compreendendo que protocolos podem ter limitações e que as ações centradas no indivíduo, como escuta, acolhimento e vínculo são tecnologias de cuidado a serem intensificadas no modelo de atenção. Isso implica uma mudança de foco do sistema de saúde, colocando o usuário como protagonista do cuidado. O estudo traz dados para que se possa compreender as dificuldades e desafios enfrentados pelos profissionais da APS para o cuidado ao usuário tabagista.

A complexidade do cuidado ao usuário tabagista requer, por parte de toda a equipe de saúde, a capacidade de pensar criticamente os processos de trabalho e a EPS é importante ação para que os trabalhadores reflitam e sejam propositivos em relação à atenção e ao cuidado no cotidiano dos serviços de saúde. A pesquisa possibilitou uma participação mais ativa do município no PNCT ao habilitar mais profissionais e equipes de saúde. Além disso, promoveu uma melhora na gestão municipal ao utilizar e incentivar a EPS em saúde como meio de transformar os processos de trabalho e garantir o cuidado integral ao usuário tabagista.

A EPS promove a construção de relações colaborativas entre equipes de saúde, instituições e políticas de saúde. Investir na EPS pode transformar os processos de trabalho, tornando o cuidado mais individualizado, respeitoso e contextualizado, alinhado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e o trabalho interprofissional. Ao adotar uma abordagem que valoriza o sujeito do cuidado como agente ativo em seu processo de saúde é possível redimensionar as ações de cuidado em saúde e promover uma relação empática e eficaz entre as equipes de saúde e os usuários, especialmente nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Referências

ALMEIDA, G. B. S.; RODRIGUES, J. P.; FREIRE, M. R. Acessibilidade dos usuários ao Programa de Controle do Tabagismo. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 39, n. 3 e 4, p. 45-50, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1900/2154-12864-1-pb.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2025.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2025.

BITTENCOURT, L; CRUZ, R. C.; SCARINCI, I. C. Seleção e capacitação para o tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde: perspectivas de gestores e profissionais de saúde no estado do Paraná, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 645-654, dez. 2014. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n4/v23n4a06.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/abordagem-e-tratamento-do-fumante-consenso>. Acesso em: 30 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 442, de 13 de agosto de 2004. Regulamenta a Portaria GM/MS no 1.035, de 31 de maio de 2004, que amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, 17 de agosto de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 4 jul. 2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, 05 de abril de 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 502, de 01 de junho de 2023. Institui o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília, 01 de junho de 2023.
- CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: análise de redes, capital e apoio social. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, p. 436-444, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040241>. Acesso em: 5 mar. 2025.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 5 jul. 2024.
- CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 283-300, out. 2005. Disponível em: www.scielo.br/j/rpc/a/qfTsDPcjGpb5WLpQ3PpJbWw/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2025.
- CECCIM, R. B.; CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência. In: MARINS, J. J. N. et al. **Educação médica em transformação**. São Paulo: Abem/Hucitec, 2004. p. 346-390.
- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 27 ago. 2024.
- FIGUEIRÊDO, A. A. F. de; QUEIROZ, T. N. de. A utilização de rodas de conversa como metodologia que possibilita o diálogo. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos)**. Florianópolis, 2012. Disponível em: https://www.fg2013.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373241127_ARQUIVO_AUTILIZACAODERODASDECONVERSACOMOMETODOLOGIAQUEPOSSIBILITAODIALOGO.pdf. Acesso em: 20 abr. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Saúde desenvolve estratégias para conter queda em procura por tratamento contra o tabagismo na pandemia**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/saude-desenvolve-estrategias-para-conter-queda-em-procura-por-tratamento-contra-o-tabagismo>. Acesso em: 21 set. 2024.
- LADRIÈRE, J. Prefácio. In: BRUYNE, P. de; HERMAN, J; SCHOUTHEETE, M. de **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. p. 9-22.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 23 abr. 2024.
- MALTA, D. C; SILVA JR, J. B. da. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-395, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/WSszv8nc9DTwPpR9YMG59pm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 mar. 2025.
- MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 665- 675, jul./ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400013>. Acesso em: 20 set. 2024.
- MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000300005>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho em saúde**. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf. Acesso em: 24 jul. 2024.
- MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Rev. Temas em Educação**, [s. l.], v. 23, n. 1, p. 95-103, 2014. Disponível em: <https://periodicosonline.uems.br/index.php/interfaces/article/view/448/414>. Acesso em: 20 ago. 2024.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PM8YPvMJLQ4y49Vxj6M7yzt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- PORTES, L. H. et al. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 439-448, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>. Acesso em: 26 jul. 2024.

PIRES, G. A. R. *et al.* Longitudinalidade do tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde: pesquisa avaliativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 75, n. 4, e20210420, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0420>. Acesso em: 23 dez. 2022.

RABAHI, M. F.; ALCÂNTARA, E. C. Tendência temporal da epidemia do tabagismo no Brasil. **Rev. Méd. Minas Gerais**, [s. l.], v. 25, p. 140-142, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150025>. Acesso em: 17 jun. 2024.

RUSSO, A. C.; AZEVEDO, R. C. S. de. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 5, p. 603-611, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/FHMbzwBtsKf4gD3C8V8vYYz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SAMPAIO, J. *et al.* Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1299-1312, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 17 jun. 2024.

SEABRA, C. R.; FARIA, H. M. C.; SANTOS, F. R. dos. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. **CES Revista**, Juiz de Fora, v. 25, p. 321-336, 2011. Disponível em: <http://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cesRevista/article/view/658>. Acesso em: 20 set. 2024.

WEST, R. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. **BMJ**, [s. l.], v. 328, n. 7435, p. 338-339, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.328.7435.338>. Acesso em: 14 set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde 10ª Revisão**, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F17.2>. Acesso em: 25 set. 2024.

Fonte de financiamento

Financiamento próprio.

Contribuição das autoras

Núbia Barbosa Eleutério Duarte - concepção e planejamento do estudo, coleta e análise dos dados, elaboração do texto, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Denise Barbosa de Castro Friedrich - elaboração do texto e revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Vitória Sartori Uberti - revisão do conteúdo, elaboração do texto, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito.

Fabiana Schneider Pires - concepção e planejamento do estudo, análise dos dados, elaboração do texto, revisão do conteúdo, aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Responsabilidade editorial

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Recebido em: 18/11/2024

Aceito em: 08/03/2025

Publicado em: 14/03/2025