
A TECNOLOGIA DE GRUPO OPERATIVO APLICADA NUM PROGRAMA DE CONTROLE DO TABAGISMO

Roselma Lucchese¹, Lorena Silva Vargas², Wender Rodrigues Teodoro³, Lorrana Kathryn Borges Santana⁴, Fabiana Ribeiro Santana⁵

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade Federal de Goiás (UFG) - *Campus* Catalão. Goiás, Brasil. E-mail: rosalmalucchese@hotmail.com

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da UFG. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Catalão e Coordenadora do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Goiás, Brasil. E-mail: lorenavargas19@yahoo.com.br

³ Enfermeiro Especialista em Atenção Básica e Saúde da Família. Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Catalão. Goiás, Brasil. E-mail: wenderteodoro@gmail.com

⁴ Estudante de Graduação em Enfermagem da UFG - *Campus* Catalão. Goiás, Brasil. E-mail: lorrana_cmy@hotmail.com

⁵ Doutoranda do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professor Assistente da UFG *Campus* Catalão. Goiás, Brasil. E-mail: fabiana.fen@gmail.com

RESUMO: Estudo de natureza mista, do tipo descritivo e exploratório, que discutiu o uso da tecnologia de grupo operativo como estratégia de enfrentamento do uso do tabaco num programa de controle do tabagismo na atenção primária à saúde num município no interior de Goiás, Brasil. População de 20 pessoas que procuraram a Unidade Básica de Saúde, em livre demanda e amostra de nove pessoas que concluíram o tratamento. Do processo de análise de conteúdo emergiu a categoria temática: o caminho percorrido durante o tratamento, e três subcategorias: revisitando o desejo de parar de fumar; Sentindo os efeitos do (des)uso do cigarro; e os desafios para a mudança. Pelo teste Fagerström, apontou-se padrão de dependência de três sujeitos para cada nível: muito elevado, elevado e médio. O índice de abandono do tabaco foi de 78%. Assim, recomenda-se a adoção de tecnologias de grupo operativo na condução das ações grupais no programa.

DESCRIPTORES: Tabagismo. Abandono do hábito de fumar. Abandono do uso de tabaco. Processos grupais.

OPERATIVE GROUP TECHNOLOGY APPLIED TO TOBACCO CONTROL PROGRAM

ABSTRACT: This descriptive and exploratory study was performed with the purpose to discuss the use of group operative technology as a coping strategy in a tobacco control program in the primary health care system of a small municipality in the state of Goiás, Brazil. The subjects were 20 individuals who sought the Primary Health Care Unit on their own account, and the sample consisted of nine people who completed the treatment. Content analysis revealed the thematic category: the path followed during the treatment; and three subcategories: revisiting the desire to quit smoking; feeling the effects of quitting cigarettes; and the challenges for the change. The Fagerström test showed a dependence pattern of three subjects for each level: very high, high and average. The cessation rate for tobacco was 78%; therefore, it is recommended that operative group technologies be adopted in group activities in the program.

DESCRIPTORS: Smoking. Smoking cessation. Tobacco use cessation. Group processes.

EL TECNOLOGÍA DE GRUPO OPERATIVO APLICADO AL PROGRAMA DE CONTROL DEL TABACO

RESUMEN: Estudio la naturaleza mista, exploratorio y descriptivo, discucion el uso del grupo operativo como la tecnología en estrategia de afrontamiento del consumo de tabaco en programa de control del tabaco, en la atención primaria de salud de la ciudad interior de Goiás, Brasil. Población de 20 personas que buscar tratamiento la Unidad Básica de Salud y una muestra de nueve personas que completaron el tratamiento. El proceso de análisis de contenido surgió categoría temática: el camino seguido durante el tratamiento; y trayectoria de un deseo de dejar de fumar; sintiendo los efectos de (des)uso cigarrillos, los desafíos para el cambio. Por el test de Fagerström, mostró un patrón de dependencia de los tres sujetos para cada nivel. La tasa de abandono del tabaquismo fue de 78%, lo que se recomienda la adopción de tecnologías en la realización de las actividades del grupo operativo en la programa.

DESCRIPTORES: Tabaquismo. Cese del tabaquismo. Cese del uso de tabaco. Procesos grupo.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é responsável por copiosos malefícios à saúde tanto dos fumantes quanto dos não fumantes. Considerada uma epidemia mundial, leva ao óbito mais de cinco milhões de pessoas todos os anos. A previsão para 2030 é que este número aumente para oito milhões de mortes, caso não sejam adotadas medidas urgentes.^{1,2}

No Brasil, em 2008, 17,5% das pessoas com 15 anos ou mais era usuária de derivados de tabaco, o que corresponde a 25,5 milhões de pessoas. Dessas, 45,6% fizeram tentativas de parar de fumar nos últimos 12 meses e 52,1% planejavam ou pensavam em parar de fumar.³

Em 1989, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com as secretarias de saúde estaduais e municipais e de vários setores da sociedade civil, instituiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O PNCT tem como proposta diminuir o início do hábito de fumar entre jovens e os riscos do tabagismo passivo, além de ampliar o abandono do mesmo.⁴

Em linhas gerais, o PNCT é executado por uma equipe multiprofissional e segue um protocolo de atendimento iniciando com o acolhimento, preenchimento da ficha clínica constituída por dados pessoais, história tabagística e determinação do grau de dependência, além de encaminhamentos para intervenções adicionais relacionadas à saúde mental. O tratamento oferece apoio em atividades grupais, atendimentos individuais e farmacológicos.

Em relação às atividades grupais, há experiências positivas com a aplicação da abordagem cognitivo-comportamental na concretização da mudança de comportamento relacionada à dependência nicotínica.⁵ Outras pesquisas salientam a importância da participação em grupos de apoio por indivíduos tabagistas que enfrentaram o desafio de parar de fumar, dividindo e compartilhando sentimentos e conquistas, especialmente no cenário da atenção primária à saúde.⁶⁻⁷

Entretanto, todo o contexto do tabagismo é complexo e permeado de múltiplos fatores. Assim, faz-se necessário que as ações dirigidas a esse problema considere seus determinantes sociais, políticos e econômicos, além das suas dimensões quanto às condições que levam a pessoa a fazer uso do tabaco, os processos de dependência nicotínica, bem como a motivação para o abandono e os fatores que os mantêm em abstinência.⁸

Diante das implicações em oferecer ações de saúde efetivas na redução do tabagismo, propõe-se

uma adequação ao PNCT quanto ao uso do grupo, isto é a aplicação da tecnologia de Grupo Operativo (GO) na condução dos atendimentos grupais às pessoas que procuram ajuda para abandonar o tabagismo.

A tecnologia do GO foi criada por Pichon-Rivière, cujo objetivo é promover a aprendizagem das pessoas envolvidas. Essa estratégia grupal busca a elaboração do saber por meio da relação consigo e com o outro, conduzida pela comunicação e inter-relações, condições propícias para uma leitura crítica da realidade.⁹ A saúde é promovida quando há apropriação ativa e criativa da realidade, esse é o processo de aprendizagem,¹⁰ o que torna o GO uma tecnologia educacional na abordagem de temas diversos relacionados à vida, sobretudo da saúde. Outrossim, o GO pode apresentar-se com caráter assistencial, com sua capacidade terapêutica ao promover a escuta reflexiva com a elaboração das subjetividades e superação das estereotipias.⁹

O GO, além da reunião de pessoas com um objetivo comum, centra-se na tarefa, tendo por intuito aprender a pensar e superar as dificuldades emergentes e manifestadas no campo grupal.¹⁰ Tal movimento mobiliza as ansiedades básicas de cada um no grupo, e a partir da elaboração da ansiedade há espaço para sobrepujar as estereotipias, com disposição para mudar. Desse modo, há pertinência quanto à tarefa do grupo.⁹ Esse processo dinâmico que ocorre no cotidiano do GO e no interjogo de papéis busca a desconstrução da atitude defensiva de resistência à mudança, que aos poucos dará espaço para a construção de um projeto para novas realizações e ações na realidade que está inserido.¹¹

Destarte, o objetivo desta pesquisa foi discutir o uso da tecnologia de grupo operativo como estratégia de enfrentamento do uso do tabaco dentro do Programa de Controle do Tabagismo, na atenção primária à saúde no município de Catalão, Goiás, Brasil.

METODOLOGIA

Este foi um estudo de natureza mista, do tipo descritivo e exploratório, que buscou descrever o GO na atenção às pessoas que procuram tratamento para abandonar o hábito de fumar. Os dados apresentados são referentes a uma pesquisa desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em município de porte médio no interior de Goiás, Brasil.

A população do estudo foi composta por 20 pessoas que procuraram a UBS em livre demanda

e a amostra foi de nove pessoas que concluíram o tratamento. Os critérios de inclusão foram: ≥ 18 anos; fumante; ter passado pela triagem com um psicólogo e não ter sido identificado comorbidades de transtornos mentais severos e persistentes; ter participado de todo o tratamento que perdurou por um ano, com abordagem intensiva e de acompanhamento.

Na UBS foi desenvolvido o PCNT, orientado pelas diretrizes do Ministério da Saúde (MS). Contudo, houve adaptações quanto ao manejo dos grupos. Os pesquisadores e equipe profissional desenvolveram uma proposta norteada por um contrato terapêutico (objetivo contrato), próprio para GO, que incluiu seis sessões GO semanal, seguido de acompanhamento de manutenção quinzenal durante mais quatro meses, e GO mensais até completar um ano do início do tratamento. Os GOs ocorreram entre os meses de maio de 2011 a abril de 2012, em dois horários, um pela manhã (GA) e outro noturno (GB), no sentido de atender a necessidades distintas com a coordenação de um enfermeiro e dois observadores, que anotaram os movimentos grupais no formato de crônicas.

Nas sessões grupais foram trabalhados os temas propostos pelo MS: “o que os levou a procurar ajuda”; “entender por que se fuma e como isso afeta a saúde”; “os primeiros dias sem fumar”; “como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”; “benefícios obtidos após parar de fumar” e “avaliação dos seis encontros”. Os grupos de manutenção tiveram como temas: “como estou enfrentado o processo de parar de fumar”.

O teste de Fagerström foi utilizado para caracterizar o nível de dependência dos sujeitos participantes da pesquisa. É um teste utilizado em pesquisa e orientado aos serviços de saúde. É constituído de seis perguntas sobre o padrão de uso do tabaco a serem quantificadas. O escore nos permite categorizar de acordo com o total de pontos em muito baixo (0 a 2); baixo (3 e 4); médio (5); elevado (6 e 7) e muito elevado (8 a 10).¹²

O processo de análise dos registros do GO foi conduzido pela análise de conteúdo, modalidade temática.¹³ Na apresentação dos resultados as unidades de registro foram codificadas em GA para o grupo realizado no período da manhã e GB para o grupo noturno.

O presente estudo fez parte de um projeto de pesquisa maior que trata dos processos de mudança no cuidado à saúde no município estudado. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, (UFG) protocolo n. 028/2009. Os sujeitos da pesquisa

foram orientados quanto aos objetivos, procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

No primeiro encontro compareceram 20 pessoas. Dessas, permaneceram nove até o último encontro, significando um percentual de 55% de abandono. Uma taxa considerável, porém muito semelhante a outro achado, em que também enfrentaram a desistência de pessoas diante do tratamento.¹⁴

O grupo estudado foi composto de cinco homens e quatro mulheres. Quando à idade houve maior frequência de 50 a 60 anos (66,7%), quatro sujeitos relataram ter tentado parar de fumar de 0-2 vezes e três sujeitos mais de seis tentativas. Faixa etária também predominante em outra experiência acerca do objeto de estudo, com a verificação de 0 a 2 tentativas para deixar de fumar.¹⁵

A característica do grupo, conforme o teste Fagerström, apontou para um padrão de dependência de três sujeitos para cada um dos níveis: muito elevado, elevado e médio. No decorrer das sessões de GO houve significativa mudança deste padrão de consumo, sendo que dos nove participantes, sete abandonaram o hábito de fumar, e um reduziu de 33 para 12 cigarros e o último não houve redução expressiva. Estimou-se 78% de abandono do uso do tabaco, entre aqueles sujeitos que levaram o tratamento até o final. Um resultado bem superior a outro estudo,¹⁴ que revelou um abandono de 34,78% do uso do cigarro com a aplicação da terapia cognitivo-comportamental, associada à terapia de reposição nicotínica. Lembrando que dos nove indivíduos que concluíram o tratamento, apenas um fez reposição nicotínica.

Do processo de análise de conteúdo emergiu uma categoria temática e três subcategorias, que foram apresentadas na figura 1, e discutidas a seguir.



Figura 1 - Categoria e subcategorias emergidas a partir da análise de conteúdo dos dados. Goiás, Brasil, 2012

A categoria central "O caminho percorrido durante o tratamento" emergiu da convergência das unidades de significado que representaram as dificuldades e superações enfrentadas no tratamento. Os sujeitos da pesquisa relataram, no GO, o por quê procuraram o serviço de saúde em busca de ajuda no processo de parar de fumar. Também expressaram o que lhes causa o uso da nicotina e sua falta, juntamente com os efeitos da abstinência. Os desafios e superações das dificuldades compuseram a finalização do tratamento.

"Revisitando o desejo de parar de fumar" foi constituída de expressões relacionadas à motivação para a busca pelo grupo. [...] *a roupa da gente cheira mal, a mão cheira mal, dificuldade para respirar, mau hálito, a casa e o carro fedem, os dentes estão amarelos* [...] (GB).

Sendo assim, verificou-se que a condição de tabagista traz a sensação de diferenciado, com agregação de menor valia, sobretudo quando se sentem cheirando mal e com prejuízos da aparência. O sentimento despertado é de culpa e também medo pelo que ele, intencionalmente vem lhe causando com o uso do cigarro.

A identificação das características do grupo e motivações pela procura do tratamento faz parte da avaliação criteriosa destes pacientes, favorecendo a escolha da estratégia de tratamento mais adequada.¹⁶

Quanto aos motivos que os levaram a desejar parar de fumar, são diversos, porém os mais representativos foram: a preservação ou a restauração da saúde. [...] *procurei o tratamento porque quero me cuidar e já sinto os sintomas do fumo... quero parar de fumar para viver mais e melhor* [...]. *Porque traz prejuízo para a saúde e na relação com as pessoas* [...]. *Parei por conta da minha saúde, para melhorar* [...] (GA).

As informações quanto aos malefícios de consumo de cigarro para a saúde são difundidas mundialmente, mas só esse fato parece insuficiente para levar as pessoas a pararem de fumar. No entanto, percebe-se que o conhecimento sobre os agravos à saúde que o tabaco acarreta auxilia o fumante a observar e relacionar os problemas de saúde ao hábito de fumar.¹⁷ Neste estudo identificou-se que a motivação pela busca de melhoria de saúde ocorreu após alguma alteração no estado geral ou vivência de uma situação real de acometimento à saúde. [...] *já acompanhei meu sobrinho com câncer, causado pelo cigarro, a gente vê coisas absurdas por causa do cigarro e não consegue deixar esse vício* [...]. *Tenho insônia, dor de cabeça, de garganta, depressão, pele feia, cheiro desagradável* (GB); [...] *já*

tenho dificuldade para respirar, quero parar antes que apareçam sintomas piores [...] (GA).

As preocupações dos sujeitos estão pautadas em evidências científicas, que apontam o tabaco como maior causa de morte por câncer, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares. E, ainda, fator de risco para infecções respiratórias, osteoporose, distúrbios reprodutivos, diabetes e úlceras gástricas e duodenais.¹⁸

A motivação de parar de fumar relaciona-se às preocupações com a saúde, evidenciando a consciência que cada fumante tem dos malefícios desta prática.⁵ Assim, a busca pela saúde torna-se a preocupação e motivação principal no processo de abandono do consumo do tabaco.¹⁹

As questões econômicas também foram discutidas no GO. O custo de fumar é reconhecido por fumantes. Contudo, o consumo de tabaco possui estreita relação com a pobreza. Estudos^{5,16} demonstram maior frequência de fumantes entre pessoas de baixa escolaridade e condição econômica. *O cigarro destrói a saúde e o meu bolso, gasto mil e tantos reais por ano* [...] (GB).

O hábito de fumar também interfere na convivência social quando desperta no fumante a sensação de inadequação e desconforto diante dos moldes desejáveis de uma comunidade que vem discutindo estas questões.¹⁷ Tanto que, entre as razões para parar de fumar, está na busca do bem-estar familiar, pois os fumantes são caracterizados como antissociais pelos outros.⁵

Meu filho não aceita [que ela fume]. Quero dar de presente para o meu filho a notícia de que parei de fumar [...] (GA); *Sinto vergonha, exclusão social, o cheiro do cigarro, deixo de comer para fumar* [...]. *Tenho 54 anos, fumo desde os 12 anos... vou procurar ajuda, pois o cigarro prejudica as pessoas que eu convivo, sinto vergonha de me relacionar com pessoas que não fumam* [...] (GB); *o consumo de cigarros polui o meio ambiente, quantos milhões de pessoas estão fumando agora* [...] (GB).

A fumaça emitida pelo fumante interfere diretamente na qualidade do ar, sobretudo em ambientes fechados. Os fumantes passivos, especialmente mulheres e crianças, são os grandes prejudicados, visto que o ar que não passa pelo filtro do cigarro e é liberado diretamente, podendo conter até 50 vezes mais substâncias cancerígenas do que a fumaça tragada pelo fumante.²⁰

Há que se considerar, também, a destruição de florestas, tanto para o plantio do tabaco quanto para matéria prima de combustão na pré-indus-

trialização do cigarro, com a liberação de gases lesivos ao meio ambiente.²⁰ Um dos diferenciais deste GO foi a dimensão ecológica que esteve presente nas discussões, fenômeno não identificado em outros estudos para realização de interlocução.

“Sentindo os efeitos do (des)uso” do cigarro foi composta de expressões que evidenciaram as sensações oriundas do uso do tabaco e da sua falta. *Quanto mais nervosa estou, mais eu fumo e me acalma... uma distração [...]* (GA); *O cigarro acalma, um prazer momentâneo [...]. Alivia a tristeza, é um companheiro [...]. Diminui a ansiedade [...]* (GB).

São comuns os relatos de fumantes associando o hábito de fumar com sentimentos de raiva, ansiedade e solidão. Em vista desta correlação, o cigarro atinge um *status* social significativo da vida das pessoas, como o de ser um companheiro, uma fonte de prazer e uma maneira de aliviar as tensões do dia-a-dia.²¹⁻²²

Os sentimentos despertados são contraditórios, uma vez que o cigarro de companheiro passa para um agressor: *eu estou horrível, sinto que o cigarro está acabando comigo e externamente, me vejo embaçado, a pele feia. Olho-me no espelho e me sinto horrível... pele morta, tanto por dentro quanto por fora [...]* (GA).

Relatos dos efeitos do uso do tabaco como acelerador do processo de envelhecimento são identificados na literatura,²² sobretudo quando as evidências são provenientes da comparação entre sujeitos fumantes e não fumantes. O envelhecimento pelo uso do cigarro é sentido no decorrer da vida dos sujeitos, em especial pelo fato da faixa etária do grupo pesquisado ser mais avançada e, com o hábito de fumar por um longo período, seus efeitos são cumulativos e mais manifestos.

Neste sentido, o GO como tecnologia educacional e de assistência oportunizou o acompanhamento dos efeitos sentidos durante o abandono de tabaco. Conforme o sujeito foi reduzindo o consumo de nicotina os sintomas de abstinência foram vivenciados e discutidos no campo grupal.

Outro efeito do desuso do cigarro nos sujeitos de pesquisa foi a alteração de peso e o aumento do apetite: *estou comendo muito, engordando [...]* (GA). A ingestão calórica aumentada relaciona-se com a melhora na percepção de odores e sabores, associada ao sentimento de ansiedade provocada pela privação da substância. No entanto, uma considerável parte daqueles que estão em tratamento passam a ter compulsão alimentar durante a cessação do tabagismo. Dessa forma, pode haver risco de desenvolvimento de problemas alimentares durante ou pouco tempo depois da interrupção do uso de

tabaco. Em razão disso, o ganho de peso está entre os motivos para a ocorrência de recaídas e, por isso, atenção especial deve ser dada a esta queixa.²³

Outro sintoma apresentado durante o abandono do tabaco é a fissura ou *craving*, definida como um desejo intenso pelo uso da substância.²⁴ *[...] desde domingo estou sem fumar, acho que se eu fumar um, fumo uma carteira inteira [...]. A mente fica pensando quando é a hora de fumar, fico ansiosa para chegar a hora de fumar [...]. Minha vontade de fumar é tão grande que se alguém ascender um cigarro perto de mim eu tomo o cigarro dele, estou desesperada [...]. Senti uma agonia muito grande [...]* (GA).

Este efeito aparece quando o indivíduo recebe algum estímulo que faz com que ele relacione a situação vivenciada com o uso do tabaco, muitas vezes associado ao processo de condicionamento desenvolvido durante o tempo de uso e a fatores relacionados ao reforço negativo.²⁵

A privação do uso do tabaco acarreta sensações divergentes em relação ao sono. Há aqueles que a associam ao aumento da necessidade de dormir e há aqueles que a relacionam com a insônia. *Se não fumar, não durmo [...]. Se não fumo, tenho muito sono [...]. No dia que parei de fumar comecei a levantar durante a noite [...]. Sinto muito sono e quando eu fumo aquilo corre na veia e me sinto melhor [...]* (GA).

Os sujeitos de pesquisa relacionaram o uso e o desuso do tabaco com alterações no padrão de sono. A interferência do uso do tabaco associa-se à insônia e à fragmentação do sono conforme a dose de tabaco consumida. Contudo, os efeitos são maiores entre os que estão em uso do que entre os que estão em abstinência.²⁶

Prosseguindo a identificação de queixas, identificou-se, em alguns casos, a dificuldade em fixar a atenção foi tamanha que o usuário não conseguia realizar a atividade. *Quando fico sem fumar eu sinto dificuldade para digitar e me concentrar [...]. Não fumei e fui no curso, nossa, não consegui assimilar nada [...]* (GB); *[...] fico meio aéreo, vou num lugar, às vezes já passei duas quadras e não vi o que estava procurando [...]. Minha memória falhou e cai da escada, não entendi até agora o que aconteceu, como se minha mente tivesse fugida [...]* (GA).

A dificuldade em iniciar e manter atenção por longos períodos de tempo é um sintoma de abstinência nicotínica importante, haja vista que dificulta a realização das atividades cotidianas e incomoda os que estão tentando restringir a quantidade de tabaco consumido.²⁷ Assim, identificar as queixas e discuti-las são ações essenciais na abordagem grupal.

“Os desafios para a mudança” Nesta subcategoria, observou-se que o GO possibilitou a revisão e compartilhamento de dificuldade daqueles que passam pela síndrome da abstinência, o que muitas vezes os leva a fumar e diminuem as chances de êxito no processo de abandono. *De manhã é muito difícil não fumar [...] é insuportável a vontade de fumar [...]. O horário da tarde é mais difícil porque durmo meia-noite [...]* (GA); [...] *enfrentar os sintomas de esquecimento, tontura que a falta do cigarro traz [...]* (GB).

A síndrome de abstinência é caracterizada como um conjunto de sintomas que se congregam de várias formas e cuja gravidade é variável. Ocorrem quando em uma abstinência relativa ou absoluta de uma substância psicoativa que é consumida de forma prolongada. O início e a evolução da síndrome são limitados no tempo e dependem da dose e da categoria da substância consumida antes da parada ou redução do consumo.²⁸

Muitas pessoas não conseguem abandonar o tabaco por apresentaram maior dificuldade diante dos sintomas da síndrome de abstinência à nicotina. Tal condição determina um dado perfil de consumo e, identificá-lo entre os tabagista, possibilitará planejar ações e estratégias de enfrentamento do problema.⁵ Sendo assim, a proposta de trabalho grupal visa abordar a abstinência como algo real intensificando o reconhecimento das fragilidades do processo de abandono do tabaco.

Outra discussão revisitada pelos sujeitos foi que o consumo do tabaco é oportuno em todas as situações, sejam boas ou ruins, mascarando a real dimensão do problema. *Estou colocando a culpa em não parar de fumar na ausência do meu neto [...]. A gente acha que o cigarro soluciona os problemas, mas é uma ilusão, isso não ajuda em nada [...]* (GB).

Como contextualizado na subcategoria anterior, a relação com cigarro no papel de amigo e simultaneamente inimigo assume um significado contraditório para os usuários que tem nele a fonte de prazer e suporte. Sob outro prisma, é também fonte de dano social e humano. Em relação a este último, os pontos negativos são a baixa tolerância social ao fumante e as complicações de saúde.⁷ O ambiente social, especialmente o trabalho, obteve papel importante como estimulador ou entrave para o abandono do tabagismo, nesta dimensão contraditória. *É difícil parar de fumar em um ambiente que todos fumam como é o meu trabalho que é um bar [...]. Eu não aguento mais se tiver uma pessoa fumando perto de mim, tenho que fumar [...]* (GA).

Quanto aos desafios que circundam a decisão de interromper o uso do cigarro, o convívio em

ambientes de trabalho apresenta-se como fator que pode promover ou abolir o desejo pelo consumo de tabaco. Desse modo, apresenta-se como merecedor de maior atenção na adoção de políticas para ambientes livres do tabaco.²⁹

Outro sentimento, também emergente no grupo, foi a ansiedade depositada nas relações cotidianas e demonstrada no consumo de cigarro: *sou muito ansiosa, durante o tempo que trabalho não fumo, mas fico com vontade de ir embora para fumar, ainda mais porque moro sozinha [...]. Fiquei preocupada com uma festa, não aguentei e fumei [...]* (GA). O relato de ansiedade é frequente nos acompanhamentos médico-psicológicos de pessoas que pretendem abandonar o tabaco, representando uma comorbidade relevante para o planejamento e efetivação do processo de abandono do tabaco.³⁰

A proposta do trabalho em GO é a elaboração da ansiedade grupal, compreendida pela modalidade pichoniana como “medo da perda” (ansiedade depressiva) das estruturas existentes e o “medo do ataque” (ansiedade paranóide) da nova situação. Sendo, esta última, provinda de novas estruturas em que a pessoa se apresenta hesitante por falta de instrumentação no enfrentamento do novo. Este processo é analisado pelo interjogo de papéis no GO, a emersão do porta-voz da ansiedade, entre o depositário, o depositante e depositado, que é o conteúdo da ansiedade.¹⁰

Compreender a ansiedade grupal permite reavaliar estruturas estereotipadas e repensar a realidade, e isso representa um movimento de aprendizagem, pois no GO existe a possibilidade de explorar as experiências, afetos, conhecimentos acerca do tabagismo, sentimentos e práticas no âmbito individual e grupal, frente ao problema que envolve questões de saúde em sua amplitude física, psíquica, social, econômica e ambiental.

Na aprendizagem, emergiu a associação entre dependência nicotínica e consumo de álcool. *Quando eu bebo eu fumo mais [...]* (GA). Existem substâncias químicas que funcionam como gatilhos para o uso de outra. Neste estudo destacou-se a associação entre consumo problemático de álcool e tabagismo.³¹ Entretanto, a identificação destes disparadores para o consumo de cigarro é percebida como aprendizagem na proposta do GO.

Também neste processo de aprendizagem, os sujeitos trabalharam os fatores que convergem para início do ato de fumar, como a adolescência, a curiosidade, imitação de comportamento, rebeldia, imagem de independência, entre outros. *O maior*

problema está na juventude. Quando somos jovens não achamos que podemos nos viciar, não pensamos na doença, não temos noção do perigo [...] (GB).

A adolescência apresenta-se como fase da vida de maior vulnerabilidade a influências e busca por autoafirmação.^{16,32} Revisitar a própria condição de vida possibilitou a avaliação do grau de centramento do GO na tarefa, isto é, da pertinência e operatividade do GO.¹⁰ As pessoas abordaram a dimensão individual no grupo, indicando uma abertura para um projeto de mudança.

As discussões em grupo foram pertinentes para a mudança de comportamento. Esse fenômeno foi observado por meio das expressões de estratégias de enfrentamento para alteração do padrão do consumo de tabaco com sua redução, bem como os desafios para concretização de tais medidas. No que tange à tentativa de adiamento do uso, destacaram-se: [...] *marco no relógio e me controlo para não fumar [...]. Eu caminho, tomo banho, bebo café e só depois fumo o primeiro cigarro [...]* (GA); [...] *não estou mais fumando logo que acordo. Fumo o primeiro cigarro por volta de 8h. [...]. Fumo o primeiro cigarro às 10h, o segundo depois do almoço [...]* (GB).

Dentre as formas para a cessação do tabagismo durante o tratamento o adiamento gradual é um dos métodos de escolha para amenizar a ansiedade.³³ Outra forma pautada pelo programa é a parada abrupta, baseada no abandono súbito do cigarro, por meio da escolha de uma data a partir da qual o consumo é interrompido completamente.

A orientação sobre estratégias de substituição do hábito de fumar representou momento significativo durante as sessões de grupo, a fim de ofertar aos participantes possibilidades para lidar com sintomas de abstinência e, gradativamente, substituir o cigarro por algo que seja saudável. Assim, foram observadas situações de adesão ao tratamento: *vou fazer cigarros de cenoura [...] utilizo cravo da índia, gengibre e frutas cítricas [...] coloco o palito na boca, me alivia [...]* (GA); *tomar água, muita água, me fez fumar menos [...]. Eu estou usando a bala, me faz passar a vontade de fumar [...]* (GB).

Entre os aspectos que também podem corroborar na cessação do hábito de fumar está o respaldo da família e de pessoas mais próximas, minimizando os fatores de risco durante esse processo.²⁹ [...] *se eu tiver companhia para conversar eu não fumo [...]. Sou muito incentivado pela minha mulher, ela é muito compreensiva, e pede para eu largar o cigarro e ficar com ela, sem pressão, só incentivo mesmo [...]* (GA).

O fator religiosidade mostrou-se importante durante o abandono do tabagismo, configurando-se fator de proteção e fortalecimento para permanecer abstinente. *A igreja também me ajuda demais, nem lembro do cigarro [...]* (GA). A adesão a padrões de religiosidade inclui um conjunto de valores, comportamentos e práticas sociais que culminam na aceitação ou recusa do uso de álcool e outras drogas.³⁴

Compreende-se que os diversos setores, inclusive os sociais, devam envolver-se na atenção à pessoa com hábito de fumar, dada a complexidade da questão do uso e abuso de substâncias psicoativas. O apoio e capacidade das equipes de saúde também estimulam a interrupção do consumo, e podem determinar que o tabagista permaneça no tratamento e sinta-se motivado a desfrutar os benefícios decorrentes do abandono do ato de fumar. *Me lembro que estou praticando o grupo dou uma freada no consumo de cigarros [...]* (GB); [...] *Depois que saí daquele grupo, eu não fumei mais, fiquei duas manhãs sem fumar [...]* (GA).

A motivação do tabagista na cessação do fumo é parte de um processo psicológico, sendo papel dos profissionais de saúde acelerar e mantê-la, contribuindo assim para promoção da saúde e prevenção de agravos tabaco-relacionados.³¹ Em relação ao campo grupal, este se revelou continente das necessidades de seus participantes. Este fenômeno que é a pertença, ou o sentimento de se sentir pertencente a um determinado grupo, faz com que fortaleça os propósitos de cada um em prol de um objetivo comum.¹¹

Uma fala entre os participantes merece destaque e demonstra a capacidade do grupo em promover a construção da visão integral da saúde: [...] *é que mostrar que a vida saudável é formada por um conjunto entre o psicológico, o físico e o social [...]* (GB).

Tendo em vista que uma das motivações do sujeito do estudo para abandonar o cigarro é a melhoria da saúde, a construção deste conceito ampliado de saúde se faz necessário. Um conceito que perpassa pelas instâncias da promoção da saúde, das políticas e do ambiente saudável, isto é o reconhecimento dos aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, determinantes do processo saúde-doença.³⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou novas dimensões acerca do enfrentamento ao uso do tabaco, tendo como fundamentação para o trabalho em grupo a

tecnologia de GO. A experiência explorou o contexto do uso de tabaco e os determinantes durante o processo de abandono deste hábito, bem como os meios de enfrentamento desta condição complexa.

O ponto relevante foram os saltos qualitativos representados pela aprendizagem dos participantes. Indivíduos estes que demonstraram mudanças na concepção do que o cigarro representa, revisitaram o próprio processo de vida relacionado ao consumo e, de forma crítica, construíram o projeto de mudança e readequação do comportamento estereotipado. O que antes era uma dependência autodestrutiva tornou-se motivação para o autocuidado e o enfrentamento da ansiedade.

Um fato condescendente e novo foi a preocupação dos fumantes com a poluição ao meio ambiente proporcionado pelo cigarro. Poluição que ocorre desde o momento de sua produção, com o desmatamento, até o momento do seu consumo, reduzindo a qualidade do ar dos ambientes.

O grupo apresentou um caráter distinto por ser composto em sua maioria por pessoas de 50 a 60 anos. Indivíduos experientes e que tem uma visão diferenciada sobre o tabaco por já apresentarem consequências do consumo ou por já terem acompanhado familiares ou amigos que sofreram danos à saúde. Este pode ser um fator limitador da pesquisa, sendo assim indicam-se mais estudos com o uso do GO no PNCT para futuras interlocuções.

Considerando estes ganhos e limitações e, associado ao índice de 78% de abandono do uso do cigarro, aconselha-se a adoção de tecnologias de GO na condução das ações grupais no PNCT como proposta de enfrentamento a uma questão desafiadora que é a redução do consumo de tabaco.

AGRADECIMENTO

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG) pelo apoio financeiro na realização de pesquisas acerca do tema Uso e abuso de tabaco, álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Reducing risks, promotion healthy life: the world health report 2002 [online]. Geneva (CH): World Health Organization; 2002 [cited 2012 Jul 03]. Available from: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
2. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic 2008 [online]. Geneva (CH): World Health Organization; 2008 [cited 2011 Mai 15]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: pesquisa especial de tabagismo [online]. Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2008 [acesso 2012 Jul 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/petab2008.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante - consenso 2001 [online]. Brasília (DF): Instituto Nacional de Câncer; 2001 [acesso 2012 Jul 03]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf
5. Rossaneis MA, Machado RCB. Cessação do tabagismo em pacientes assistidos em um ambulatório de tratamento de dependência do tabaco. Cienc Cuid Saude 2011 Abr-Jun; 10(2):306-13.
6. Eckerdt NS, Corradi-Webster CM. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010 Mai-Jun; 18(Spe):641-7.
7. Veloso NS, Rodrigues CAQ, Leite MTS, Ottoni JLM, Veloso GCC, Rodrigues RM et al. Tabagismo: a percepção dos fumantes em um grupo de educação em saude. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011 Jul-Set; 6(20):193-8.
8. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín. 2005 Set-Out; 32(5):283-300.
9. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos   luz de Pichon-Rivi re e Henri Wallon. Psic logoinForma o. 2010 Jan-Dez; 14(14):160-9.
10. Pichon-Rivi re E. O processo grupal. 8  ed. São Paulo (SP): WMF Martins fontes; 2009.
11. Gayotto MLC, editor. Liderança II: aprenda a coordenar grupos. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2003.
12. Fagerstrom KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978; 3(3-4):235-41.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. 3  ed. Lisboa (PT): Edições 70; 2009.
14. Ramos D, Soares TST, Viegas K. Auxiliando usuários de uma unidade de saude a parar de fumar: relato de experiência. Cien Saude Colet. 2009 Jan-Fev; 14(1):1499-505.
15. Martins KA, Pontes AEB, Forn s NS. Caracteriza o de fumantes em tratamento para abandono do tabagismo e seu perfil de consumo alimentar. Brasília Med. 2009 Jul-Set; 46(3):228-40.

16. Lima MS, Viegas CAA. Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuraram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal. *Rev Bras Cancerol*. 2011 Jul-Set; 57(3):345-53.
17. Echer IC, Menna BSS, Motta GCP. Fatores que contribuem para o abandono do tabagismo. *Rev Gaucha Enferm*. 2007 Jul-Set; 28(3):350-8.
18. Neal L, Benowitz MD. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010 Jun; 362(24):2295-303.
19. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol*. 2010 Set-Out; 36(5):603-11.
20. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Fumar: faz mal pra você, faz mal pro planeta [online]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). [acesso 2012 Jun 27]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/web_folder_campanha_tabagismo_2012.pdf
21. Borges MTT, Simões-Barbosa RH. Cigarro "companheiro": o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2008 Dez; 24(12):2834-42.
22. Suehara LY, Simone KM. Avaliação do envelhecimento facial relacionado ao tabagismo. *An Bras Dermatol*. 2006 Jan-Fev; 81(1):34-9.
23. White MA, Peters EN, Toll BA. Effect of binge eating on treatment outcomes for smoking cessation. *Nicotine Tob Res*. 2010 Nov; 12(11):1172-5.
24. Araújo RA, Oliveira MS, Pedrosa RS, Miguel AC, Castro MGT. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2008 Jan-Abr; 57(1):57-63.
25. Carter BL, Lam CY, Robinson JD, Paris MM, Waters AJ, Wetter DW. Generalized craving, self-report of arousal, and cue reactivity after brief abstinence. *Nicotine Tob Res*. 2009 Jul; 11(7):823-6.
26. Conway SG, Roizenblatt SS, Palombini L, Castro LS, Bittencourt LRA, Silva RS et al. Effect of smoking habits on sleep. *Braz J Med Biol Res*. 2008 Aug; 41(8):722-7.
27. Kozink RV, Lutz AM, Rose JE, Froeliger B, McClernon FJ. Smoking withdrawal shifts the spatiotemporal dynamics of neurocognition. *Addict Biol*. 2010 Oct; 15(4):480-90.
28. World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). 8. ed. São Paulo: EDUSP; 2000.
29. Meier DAP, Vannuchi MTO, Secco IAO. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de município do norte do Paraná. *Espaç Saúde*. 2011 Dez; 13(1):35-44.
30. Santos JDP. Avaliação da efetividade do programa de tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
31. Pillon SC, Jora NP, Amorim GP, Domingos JBC, Santos RA. Tabagismo em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: um estudo piloto. *Acta Paul Enferm*. 2011 Mai-Jun; 24(3):313-0.
32. Martins KC, Seidl EMF. Mudança de comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psic: Teor e Pesq*. 2011 Jan-Mar; 27(1):55-64.
33. Sé CCS, Amorim WM. Ações de enfermagem frente às implicações clínicas do tabagismo na saúde da mulher. *Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog*. [online] 2009 [acesso 2012 Jun 4]; 5(1):1-18. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1806-69762009000100005&script=sci_arttext
34. Abdala GA, Rodrigues WG, Torres A, Rio NC, Brasil NS. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Rev Estud Religião*. 2010 Mar; 10: 77-88.
35. Lopes MSV, Saraiva KRO, Fernandes AFC, Ximenes LB. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Jul-Set; 19(3):461-8.