

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO BIOMÉDICO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE  
COLETIVA**

**CREMILDA MARIA DE MELLO SILVA**

**O PROCESSO DE CESSAÇÃO DO FUMAR  
NA PERSPECTIVA DE EX-FUMANTES**

VITÓRIA

2005

**CREMILDA MARIA DE MELLO SILVA**

**O PROCESSO DE CESSAÇÃO DO FUMAR  
NA PERSPECTIVA DE EX-FUMANTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marluce Miguel de Siqueira

Co-Orientador: Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite

VITÓRIA

2005

Dados Internacionais de Catalogação - na - publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

S586p Silva, Cremilda Maria de Mello, 1955-  
O processo de cessação do fumar na perspectiva de ex-fumantes / Cremilda Maria de Mello Silva. – 2005.  
211 f. : il.

Orientadora: Marluce Migual Siqueira.

Co-Orientador: Izildo Corrêa Leite.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico.

1. Tabagismo. 2. Cessação de fumar. 3. Fumantes – Aspectos sociais. 4. Fumantes – Aspectos psicológicos. I. Siqueira, Marluce Miguel. II. Leite, Izildo Corrêa. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Biomédico. IV. Título.

CDU: 616-083

---

**CREMILDA MARIA DE MELLO SILVA**

**O PROCESSO DE CESSAÇÃO DO FUMAR  
NA PERSPECTIVA DE EX-FUMANTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 5 de agosto de 2005.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marluce Miguel de Siqueira (Orientadora)**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFES**

---

**Prof<sup>º</sup>. Dr. Izildo Corrêa Leite (1º Examinador)**  
**Programa de Pós-Graduação em Política Social - UFES**

---

**Prof. Dr. Luiz Henrique Borges (2º Examinador)**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UFES**

À Daniela, o meu amor.

E às pessoas que deixaram de fumar, as quais, com esse gesto, contribuem para tornar o mundo melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização deste trabalho é produto de um somatório de energias. A minha dedicação e empenho não teriam sido suficientes sem a participação de todos que deram sua colaboração para concretizá-lo. A todas essas pessoas expresso meus agradecimentos.

Primeiramente a Shri Mataji Nirmala Devi, fundadora da Sahaja Yoga, fonte inesgotável de inspiração. Agradeço os ensinamentos que me possibilitaram atravessar todas as dificuldades que surgiram ao longo do caminho.

A Marcio e a Daniela, pela compreensão dos momentos furtados de estar com vocês para dedicar-me a este estudo e por toda a colaboração que deram para tornar possível este trabalho e a realização do curso de Mestrado.

A minha mãe Maria José, por todo o carinho e dedicação dispensados à minha formação.

A querida irmã, Carmelia Alves de Mello, agradeço a dedicação em ajudar-me a encontrar referências e também pelos livros e textos que me enviou. Sua colaboração foi muito importante na realização deste trabalho.

A minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marluce Miguel de Siqueira, pela confiança, respeito, incentivo e aprendizagem proporcionada.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Izildo Corrêa Leite, por toda a sua atenção, dedicação e preciosa colaboração para o desfecho do trabalho.

Ao Prof. Dr. Luís Henrique Borges, pela valiosa orientação na etapa de realização das entrevistas e pelas discussões e contribuições acerca do tema. Obrigada ainda pela compreensão dedicada.

À amiga de muitas ocasiões, Dr<sup>a</sup> Liliane Calil Guerreiro da Silva, que mais uma vez me dispensou sua atenção e colaboração.

À amiga e parceira com afinidade de atuação na rede pública, Dr<sup>a</sup> Werbena Cardoso Aguiar, pelo incentivo, confiança e pelos textos fornecidos.

À amiga Dr<sup>a</sup> Leonor Campos Mauad pelo acolhimento, pelo envio de material e importantes discussões.

Ao amigo Tadeu Uggere de Andrade pela atenção dispensada num momento tão atribulado de sua vida em que se encontrava concluindo o curso de Doutorado.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação deste estudo e deram importantes orientações para o desenvolvimento da pesquisa, Eliana Zandonade, Maria Lúcia Teixeira Garcia e Paulo Rogério Meira Menandro.

Aos Profs. Drs. Lílian Margoto, Maria Lúcia Teixeira Garcia, Sérgio Luís Boeira, Everardo Duarte Nunes, William Barbosa Gomes e Nádia Fraga pela atenção, informações e discussões.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da UFES por toda a aprendizagem proporcionada, que muito colaborou para a construção da pesquisa.

À equipe da Coordenação de Prevenção e Vigilância do INCA, Drs. Tânia Maria Cavalcante, Ricardo H. Meirelles e Mariana Pinho pela recepção e colaboração com o material literário. Ao Dr. Ricardo agradeço ainda o parecer favorável para que o subsídio do INCA a este estudo fosse autorizado, e a Sr<sup>a</sup> Eliana, bibliotecária, pela atenção e envio de material.

A Sr<sup>a</sup> Maria de Nazaré de Oliveira Trarbach, chefe do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SESA, e à equipe do Programa de Controle do Tabagismo pela compreensão do retardo de meu ingresso na equipe.

Aos colegas de trabalho do CREPTT, Gislene Pianna Moulin, Marcos Santos e Mirian Vazzoler pelo apoio e compreensão de meu afastamento da equipe. E, ainda, à Gislene e Mirian pelos textos e belas mensagens.

Ao secretário estadual de Saúde, Sr. Francisco Scárdua, e a superintendente regional de Saúde de Vitória, Sr<sup>a</sup> Lucimary de Andrade, pela autorização de minha licença-capacitação.

Às responsáveis pelo setor de Recursos Humanos do Ministério da Saúde – ES, Sr<sup>a</sup> Glória Maria Campos Vicente, e do Instituto Estadual de Saúde Pública, Sr<sup>a</sup> Sônia Regina Andrade, pelo empenho no desenvolvimento do processo de minha licença-capacitação.

Aos colegas de turma, especialmente os que estiveram, de alguma maneira, mais próximos: Bárbara, Luciene, Beatrice, Otília, Maristher, Rita e Ronaldo.

Aos informantes que, com consciência, carinho e paciência, dispensaram seu tempo em responder às várias perguntas da entrevista.



À maneira de um ponto de holograma, trazemos, no âmago de nossa singularidade, não apenas toda a humanidade, toda a vida, mas também quase todo o cosmo, incluso seu mistério, que, sem dúvida, jaz no fundo da natureza humana.  
(EDGAR MORIN)

## RESUMO

Este estudo visa a compreender como os indivíduos vivenciam e elaboram o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais, a partir da experiência de ex-fumantes. Os tabagistas passam por estágios motivacionais, até conseguirem deixar de fumar, o que, para alguns, pode levar pouco tempo; para outros, a cessação poderá se dar em alguns anos. A mudança de estágio é influenciada por vários fatores. Dentre eles, o estágio de cessação de fumar decorre da ação de forças presentes nas sociedades que buscam controlar o tabagismo, como também por fatores culturais que promovem indiretamente a abstenção do fumar. Esse fato ocorre por ser tabagismo uma prática que não se coaduna com as atuais concepções de saúde, beleza e bem-estar. A pesquisa desenvolve um estudo qualitativo com indivíduos que deixaram de fumar há pelo menos um ano e estavam em acompanhamento no Centro de Referência Estadual de Prevenção e Tratamento do Tabagismo (CREPTT). Foram entrevistados 17 sujeitos (11 mulheres e 6 homens), com idades que variam entre 36 a 71 anos. Os dados empíricos obtidos a partir dos discursos dos informantes foram analisados segundo a Análise Temática de Conteúdo e interpretados com aporte da Teoria das Representações Sociais. As conclusões mais importantes são as seguintes: a cessação de fumar evidenciou-se como um processo decorrente da tomada de consciência do tabagismo como um problema para o próprio indivíduo e para as pessoas próximas a ele. Fatores relacionados com o corpo e a convivência social contribuíram para que buscassem a recuperação do tabagismo. Os elos de experiência, interpretados como apoios para a abstinência, foram as redes interpessoais constituídas por familiares, profissionais e colegas do grupo de tratamento, contatos com ex-fumantes, sua determinação e fé. A abstenção do tabagismo foi associada a mudanças. Essas mudanças foram percebidas como condições para uma vida melhor. A abstenção do tabagismo é vista pelos ex-fumantes sujeitos deste estudo como uma condição, dentre outras, para se sentirem mais saudáveis, com melhor aparência física e aceitos socialmente.

Palavras-chave: Tabagismo. Cessação de fumar. Fumantes – Aspectos sociais. Fumantes – Aspectos psicológicos. Teoria das Representações Sociais.

## ABSTRACT

This study aims to understand how individuals live and elaborate the stopping smoking process in their social contexts, beginning with former-smokers' experiences. The smokers go through motivational stages, until they manage to stop smoking, which for some can be a short time while for others, takes years. The stage change is influenced by several factors. It can be seen, among these, that the stopping smoking stage occurs due to present forces in the societies which aim to control tobaccoism, as well as, from cultural factors that promote smoking abstention indirectly. This last one being attributed, to the fact that tobaccoism as a practice does suit the current conceptions of health, beauty and well being. A qualitative study with carried out on individuals that had stopped smoking for at least one year and were being attended by the Prevention State Reference and Tobaccoism Treatment Center (CREPTT). 17 subjects (11 women and 6 men) with ages ranging from 36 to 71 years were interviewed. The empiric data obtained from interviews from former smokers were analyzed according to Content Thematic Analysis and interpreted according to the Social Representations Theory.

The most important considerations are as follows: stopping smoking was shown to be an awareness process of perceiving tobaccoism as a problem of the individual and the people close to him or her. Factors related to the body and social coexistence contributed to the search for recovery from tobaccoism. The experience links, interpreted as abstinence supports, were the interpersonal network of relatives, professionals and treatment group colleagues, contact with former-smokers, determination and faith. Tobaccoism abstention was associated to changes. These changes, were perceived as conditions for a better life. Tobaccoism abstention by the former-smokers of this study is seen, to be the condition, among others, of feeling healthier, with a better physical appearance and social acceptance.

Keywords: Tobaccoism. Stopping smoking. Smokers – Socials aspects. Smokers – Psychologicals aspects. Social Representation Theory.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 O TABAGISMO.....</b>	<b>18</b>
2.1 DIFERENTES ASPECTOS DO TABAGISMO.....	18
<b>2.1.1 Aspectos históricos.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1.2 Aspectos epidemiológicos e ambientais.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1.3 Aspectos Políticos.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.4 Aspectos psicossociais.....</b>	<b>47</b>
<b>2.1.5 Aspectos clínicos.....</b>	<b>55</b>
2.2 O PROCESSO DE CESSAÇÃO DE FUMAR.....	69
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>83</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	83
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	83
<b>4 O PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>84</b>
4.1 O CENÁRIO.....	85
4.2 OS INFORMANTES.....	87
4.3 OS PROCEDIMENTOS.....	89
<b>4.3.1 A coleta de dados.....</b>	<b>89</b>
<b>4.3.2 A tabulação e análise dos dados.....</b>	<b>91</b>
4.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ANÁLISE DOS DADOS PRIMÁRIOS.....	93
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>103</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E COMORBIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO.....	104
5.2 HISTÓRICO DO TABAGISMO E CONSUMO DE OUTRAS DROGAS.....	107
5.3 O CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA.....	110
<b>5.3.1 A iniciação do tabagismo.....</b>	<b>110</b>
<b>5.3.2 Sentidos do fumar.....</b>	<b>114</b>
<b>5.3.3 Algumas considerações sobre a fase da dependência.....</b>	<b>120</b>
5.4 EM DIREÇÃO À RECUPERAÇÃO.....	122

5.4.1 Tentativas anteriores de deixar de fumar.....	122
5.4.2 Novas concepções sobre o tabagismo.....	125
5.4.3 Fatores relacionados com o alcance da abstinência.....	136
5.4.4 A ruptura com o uso do tabaco.....	139
5.4.5 Algumas considerações sobre a fase de busca pela recuperação .....	149
5.5 A SUPERACÃO DA DEPENDÊNCIA.....	148
5.5.1 A relação dos ex-fumantes com o tabagismo e com os tabagistas.....	148
5.5.2 Apoios para a recuperação do tabagismo.....	152
5.5.3 Dificuldades relacionadas com a abstenção do tabagismo....	159
5.5.4 Estratégias para a continuidade da abstenção defumar.....	164
5.5.5 Mudanças decorrentes da cessação de fumar.....	167
5.5.6 Algumas considerações sobre a fase da recuperação.....	181
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>184</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>193</b>
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa.....	205
APÊNDICE B – Termo de consentimento pós-informado para participação no projeto de pesquisa.....	208
ANEXOS	
ANEXO A – Avaliação do grau de dependência à nicotina.....	210
ANEXO B – Termo de aprovação do projeto de pesquisa.....	211

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo originou-se da inserção profissional desta pesquisadora como enfermeira e técnica da equipe do núcleo de apoio a tabagistas para cessação de fumar. O atendimento a esses pacientes, individualmente e em grupo, permitiu observá-los, ao longo do tratamento. A partir daí, a constatação de uma diversidade de concepções sobre as questões que levam esses pacientes a abstenção e os mantêm sem fumar, possibilitou compreender que as percepções, concepções e expressões dos pacientes poderiam diferir das informações científicas mais acuradas. Poderiam, entretanto, ser um importante meio para se conhecer o cerne das questões sobre a abstenção do tabagismo e sobre o que significa para o paciente ter realizado o tratamento e conseguido êxito em manter-se sem fumar.

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência em Prevenção e Tratamento do Tabagismo, situado no Centro Regional de Especialidades de Vitória, Unidade de Saúde do Estado do Espírito Santo, da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com pacientes diagnosticados como dependentes, segundo os critérios de classificação internacional de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da American Psychiatric Association (APA). Esses pacientes se encontravam em abstenção de fumar por pelo menos um ano na ocasião da entrevista.

O objetivo deste estudo é trazer a representação de como os indivíduos vivenciam e elaboram o processo de cessação de fumar em seu contexto social. Essa trajetória foi investigada focalizando a vivência do sujeito, a percepção e o significado que é atribuído pelos sujeitos à experiência. Escolheu-se a pesquisa qualitativa como abordagem metodológica por se entender que essa seria a mais apropriada para mostrar algumas facetas da complexidade do problema com as contradições, imprevisibilidades e criatividade do homem diante de um processo de mudança que envolve questões subjetivas e do contexto, em que este se insere quando se encontra em abstenção do consumo de substância psicoativa.

O estudo orientou-se na tese de que o abandono do tabagismo é constituído por fases motivacionais e transcorre ao longo de um processo de avanços e retrocessos, segundo as experiências pessoais e as práticas socioculturais nas quais o indivíduo tabagista se insere.

Nas últimas décadas, importantes estudos na área da saúde desvelaram o tabagismo como estando diretamente relacionado com inúmeras doenças. Diante disso, houve uma sistemática ampliação de ações de seu controle, chegando-se ao âmbito governamental, no Brasil e em outros países.

Prestar assistência ao fumante, ao longo do processo de alcance da cessação de fumar, é uma questão que, no Brasil, começa a fazer parte da agenda de preocupações de um número crescente de profissionais da saúde, inclusive no âmbito governamental. Esse novo contexto tem servido para a expansão dos programas de atenção ao fumante na rede do SUS.<sup>1</sup>

Esse movimento significa um aumento da responsabilidade de diferentes profissionais da Rede Pública de Saúde no incentivo à cessação de fumar. Atrelado a isso, houve um redimensionamento que valoriza a relação profissional/paciente, bem como a dos diferentes profissionais entre si que integram a equipe de apoio.

No Brasil, a exemplo de outros países, essa tomada de consciência de apoio para a cessação de fumar se faz presente em Políticas Públicas específicas<sup>2</sup> relacionadas com acordos internacionais para deter a escalada do tabagismo no mundo.<sup>3</sup> Também há a compreensão de que, para o alcance da diminuição desse contínuo crescimento de fumantes, faz-se necessário, além do tratamento, adotar medidas preventivas para evitar a iniciação do tabagismo.

Na literatura internacional, existem muitos trabalhos realizados sobre tabagismo e sobre resultados de intervenções que objetivaram levar os sujeitos a cessar de fumar (FIORE

---

<sup>1</sup> Portarias GM/MS/nº 1575, de 29-08-02 e GM/MS/nº 1.035 de 01-06-04 (BRASIL, 2004).

<sup>2</sup> Inclui-se aqui o Ministério da Saúde, representado pelo Instituto Nacional de Câncer.

<sup>3</sup> Inclui-se a “Convenção Quadro para o Controle Mundial do Tabagismo” – acordo entre a OMS e os países membros, dentre os quais o Brasil se inclui.

et al., 1996; FIORE et al., 2000). Tal realidade difere em nosso país, uma vez que, ainda que o *corpus* de conhecimentos sobre tabagismo esteja se desenvolvendo há alguns anos, o campo de atuação na área de tratamento do fumante é ainda muito recente. Portanto, com relação à cessação de fumar e seus sujeitos, não possuímos ainda um *corpus* de conhecimentos suficientemente consistente que nos permita saber como ocorre o processo e o que isso representa para as pessoas que o vivenciaram, quais foram suas tensões e conflitos, como foram implantadas suas estratégias para atravessar o processo lidando com sua dependência em frente aos problemas cotidianos, sua necessidade de apoio e outras questões cujas respostas somente eles possuem. Como os indivíduos se tornam dependentes do tabaco e como se dá o processo de cessação de fumar são questões que possibilitam muitos desdobramentos, contudo algumas delas encontram-se ainda sem respostas.

Enquanto não dispusermos de dados mais concretos acerca da realidade do sujeito que vive a experiência de parar de fumar, do apoio oferecido pelas instituições de saúde, corremos o risco de seguir criando leis e políticas que podem se tornar inadequadas ou não atender às demandas de um sujeito para quem efetivamente essas ações serão implementadas.

Com o objetivo de apresentar esta investigação de forma mais sistematizada, procuramos, inicialmente, desenvolver uma revisão teórica sobre tabagismo, buscando contextualizar a problemática acerca dele, por meio do estudo de alguns aspectos considerados relevantes para compreensão do processo de deixar de fumar. Para isso, o tema foi abordado subdividido em cinco aspectos.

Na seção “Aspectos históricos”, realizamos um resgate de como o tabagismo surgiu, difundiu-se e teve diversificado uso no Ocidente. A seção “Aspectos epidemiológicos e ambientais” traz o perfil epidemiológico do tabagismo na atualidade, bem como seu impacto ambiental. Na seção “Aspectos políticos”, contextualizamos e discutimos os movimentos para a expansão e o controle do tabagismo no Brasil. Na seção “Aspectos psicossociais”, buscamos explicitar o caráter multifacetado que envolve o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o tabaco e, na seção “Aspectos clínicos”,



conceituamos o uso, o abuso e a dependência de substância psicoativa, estudamos a dependência nicotínica, os métodos para sua graduação e suas respectivas abordagens terapêuticas.

Posteriormente, dando seguimento à revisão da literatura, apresentamos a seção “O processo de cessação de fumar”, discorrendo sobre os benefícios do abandono do consumo do tabaco, os estágios de mudança comportamental envolvidos nesse processo, as ações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, os contextos promotores da cessação de fumar, a reflexividade dos tempos atuais influenciando nas práticas sociais e as concepções de cuidados relativamente ao corpo.

Os “Objetivos” são elencados de forma geral e específica e, a seguir, discorreremos sobre nossa trajetória na vigência da investigação na seção “O percurso metodológico”, que diz respeito aos procedimentos adotados desde a entrada em campo prático até a análise dos dados, incluindo, aqui, o aporte teórico adotado para interpretação dos dados empíricos – a Teoria das Representações Sociais.

Na seção a seguir, os “Resultados”, as informações obtidas a partir das questões “fechadas” são apresentadas de forma quantitativa – características sociodemográficas, informações sobre a história tabágica e o consumo de outras drogas; e, de forma qualitativa, as informações obtidas a partir da transcrição das respostas às perguntas “abertas”. Três grandes temas derivaram da análise qualitativa dos dados: “O contexto da dependência (o antes)”, “Em direção à recuperação (o durante)” e “A superação da dependência (o depois)”.

Nas considerações finais, procuramos destacar os resultados mais relevantes originados deste estudo. Esperamos que eles possam colaborar com pesquisas futuras, que possam dar subsídios para a implementação de projetos e intervenções na abordagem e tratamento dos tabagistas e, ainda, que venham a contribuir para a ampliação do *corpus* de conhecimentos na área da saúde coletiva.

## 2 O TABAGISMO

### 2.1 DIFERENTES ASPECTOS DO TABAGISMO

#### 2.1.1. Aspectos históricos

É muito difícil precisar a época em que o tabaco começou a ser utilizado. Ele faz parte da vida cotidiana de muitos indivíduos, em quase todas as partes do mundo, atingindo todos os continentes, não havendo consenso na literatura (RAMOS, 1949; OMS, 1992; BOEIRA, 2002) sobre sua origem. Existem duas hipóteses sobre ela: a primeira, mais difundida, a de que ele teria se originado nas Américas; de acordo com uma segunda hipótese, sua origem seria na Ásia.

Já foi chamado de “erva-santa” e teve utilizações como auxiliar na digestão, no alívio da dispnéia de asmáticos, na redução de dor nos dentes e como fonte de alento e vigor para muitos que o usaram em suas várias formas de apresentação. Nos últimos trinta anos, inúmeros estudos comprovam os malefícios do consumo do tabaco para a saúde humana, dentre outros prejuízos, como os danos ambientais. Porém, a comercialização do tabaco continua sendo, através dos tempos, importante fonte de lucro financeiro e arrecadação de impostos e seu uso é difundido em todo o mundo (ANTONIL, 1982).

O tabaco é uma planta do gênero *nicotiana*, da família das *solanáceas*, sendo as mais conhecidas a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, com a qual se fabricam produtos (fumíferos) como: cigarros, charutos, rapé, etc. A origem dessas plantas permanece ainda controversa. Tabaco é um termo que, na cultura indígena, era associado a um tubo em forma de Y com que os índios Arawak aspiravam a fumaça do tabaco, introduzindo-o nas narinas. Era, também, o nome que esses mesmos índios davam aos cilindros de folhas de tabaco que enrolavam para fumar, o que se conhece atualmente por charuto. Outros consideram que o termo originou-se na Ásia, uma vez que a palavra árabe “tabbâq” designa certas plantas fumadas em cachimbos. O termo tabagismo significa o uso do tabaco (ETGES, 1991).

O fumo era conhecido pela maior parte das tribos indígenas. Fumavam-no principalmente em charutos fabricados com folhas de milho ou outras (América Central e Meridional) ou em cachimbos (América do Norte), mas era ainda consumido nas formas mascada, bebida ou pitada. No Brasil, era particularmente importante na civilização dos tupis-guaranis, uma vez que viviam pelas costas litorânea e cultivavam o fumo. Os europeus que desembarcaram no continente americano descobriram o fumo e assim foi que os companheiros de Cristóvão Colombo, Rodrigo de Jeres e Luís de Torres, o encontraram pela primeira vez na ilha de Cuba em 1492 (NARDI, 1996).

Muitos exploradores perceberam que o tabaco ocasionava dependência e era utilizado com várias finalidades, porém era difícil compreender as razões pelas quais os índios consideravam o tabaco como uma planta sagrada. Seus fins de consumo variavam e, utilizado em pequenas doses, atuava como estimulante, supressor da sede, da fome e como analgésico. Era usado também para fins sociais, como: para consolidar amizades, dar ímpeto para negociações, estimular para danças, fortalecer para as guerras, e ainda nas cerimônias de solicitação de fertilidade, boa pesca, clima favorável, etc. Em grandes doses, servia para alterar o estado de consciência necessário para que atingissem seus objetivos, como: consultas aos espíritos, os estados de transe e as curas psíquicas (OMS, 1992).

O tabaco chegou inicialmente à Europa por quatro caminhos: Espanha, Portugal, França e Inglaterra. Uma das primeiras notícias que se tem é que foi levado à Espanha por Don Rodrigo de Jeres, capitão da tripulação de Colombo. A planta e suas sementes chegaram juntamente com a descoberta de novas terras. Outros navegadores e viajantes possibilitaram a expansão do tabaco. Dentre eles, podemos destacar Jean Nicot, embaixador de Francisco II na França, e André Thevet, frade franciscano (NARDI,1996). Há uma polêmica sobre qual dos dois foi o principal difusor do tabagismo no mundo. Contudo, após um longo dissenso de 200 anos, a controvérsia foi encerrada em favor de Nicot, em 1737, quando Linneu, autor da primeira classificação científica dos vegetais, registrou os termos *Nicotiana tabacum* e as variedades *Nicotianas rustica*, *glutinosa* e *penicilata* (ROSEMBERG, 2002).

A primeira referência impressa ao tabaco e a primeira menção ao tabagismo se encontram no primeiro volume do relato sobre o descobrimento da América e os primeiros decênios de conquista de Gonzalo Fernández de Oviedo e Valdéz ([1535], 1851,1855). O autor faz comentários sobre o rito de fumar e os métodos de cultivo da planta praticados pelos índios da Venezuela e da Nicarágua (OMS, 1992).

Disseminando-se pela Europa como “planta milagrosa”, o hábito de fumar se difundiu entre classes abastadas e, pelos soldados e marinheiros, ao povo em geral. O fumo era cultivado nos jardins e nas hortas. As plantações invadiram o Oriente próximo e o Egito, bem como os Países Baixos e a Alemanha. Em todos os países europeus, a aristocracia e a alta burguesia eram tomadas pelo fumar. Proliferavam clubes e centros próprios para fumar. Para as damas, havia as “tabagies”. Abriram-se academias para ensinar a “arte de tragar” (ROSEMBERG, 2002).

Segundo Nardi (1996), o principal propagador do fumo no mundo foi o fator social, do qual o aspecto comercial foi apenas uma consequência. Sua disseminação foi caracterizada pelos usos hedonista, ornamental e medicinal. O fumar, entre marinheiros e soldados, era para passar o tempo e descansar durante suas longas rotas de viagens às Índias Ocidentais. Porém, quando de volta a seus países, o ato de fumar era tido como “fonte de força e magia”.

Os corsários também tiveram um papel importante na difusão do fumo. Os franceses começaram a atuar em 1504 nas costas do Brasil, onde existia tabaco, e, por diversas vezes, tentaram conquistar Cuba. Do mesmo modo, agiram os Ingleses, em 1527 e 1586. Narra-se que estes, assim como os holandeses, cultivaram fumo na região amazônica brasileira, no decorrer da segunda metade do século XVI. Os marinheiros castelhanos e lusitanos levaram o tabaco da Europa para a Turquia e de lá para a Índia, Filipinas e Japão, no final do século XVI. Porém, segundo Lorde Raglan e muitos viajantes, como Labat, Dapper ou Finch, foram os portugueses os que levaram o fumo à África, devido ao fato de terem sido os primeiros a viajar e lá instalar feitorias. Daí introduziram o fumo na África, na primeira metade do século XVI. O fumo teve uma rápida expansão nessa região, por motivos religiosos. Enquanto o homem branco

fumava o tabaco por hedonismo, no continente africano, ele teve uso no campo religioso, similar aos índios da América (NARDI, 1996).

O tabaco, em muitas culturas, foi empregado como remédio, dos povos indígenas da América do Sul à corte européia. Nenhum hábito social ou droga expandiu-se com a velocidade do tabaco. Em cinqüenta anos, no transcorrer do século XVII, estava difundido em toda a Europa, com ramificações para a Ásia, e com mais cinqüenta anos, por volta de 1650, conquistou todos os continentes (OMS, 1992; ROSEMBERG, 2002).

As propriedades curativas do tabaco foram aceitas pela população em geral, e o tabaco passou a ser amplamente utilizado com finalidade terapêutica. Era utilizado, inclusive, com indicação médica, para o tratamento de várias doenças. Os tratados de Medicina chegaram a relacionar cerca de 59 doenças que podiam ser curadas com a “erva-milagrosa”. Dentre os médicos, destacam-se Jean Neander e Ambroise Pare, respectivamente, na Alemanha e na França, pelos trabalhos escritos sobre as virtudes terapêuticas do tabaco. As formas e as vias pelas quais o tabaco era administrado variavam em função da doença e do órgão a ser tratado, por exemplo: era utilizado sob a forma de inalação, pó para aspirar, xarope, emplastro, purgante, clister, etc. (ROSEMBERG, 2002).

Entretanto, com o surgimento de uma sucessão de casos decorrentes de intoxicação causada pelo tabaco, inclusive com a ocorrência de óbitos, a dita “erva santa”, celebrada como um remédio contra todos os males, foi se revelando altamente tóxica (ROSEMBERG, 2002).

Diversas designações marcaram o consumo do tabaco na sociedade com diferentes significados para os envolvidos: produtores e consumidores. Utilizado desde mais de um milênio antes de Cristo, o uso do tabaco relacionava-se com os momentos de celebração das cerimônias religiosas, e lhe eram atribuídos poderes mágicos que levavam à purificação, contemplação, proteção e ao fortalecimento dos ímpetos guerreiros, tendo sido mais difundido entre os astecas, bem como por todo o continente americano (ROSEMBERG, 2002). O consumo do tabaco se restringia ao mundo mágico-ritualístico, que era a zona de interesse direto desses povos, na medida em que

possibilitava interpretações do uso do tabaco subjetivamente dotadas de significados para eles: fornecedor de força e poderes.

O fumar era tido como um comportamento natural, precisamente porque se referia a uma atitude comum a muitos homens. O conhecimento sobre o fumar era compartilhado nas rotinas da vida cotidiana. Assim, nesse contexto de fumar, podiam tanto os índios, como os escravos e os senhores brancos, dar-se o luxo de se rivalizar na prática de fumar. A diferença entre eles se fazia na qualidade do fumo e no modo de conduzi-lo, que variava das caixas de ouro dos fidalgos às caixinhas de lata dos pobres, escravos ou roceiros. Porém, aos escravos era vedado o fumar nas formas mais aristocráticas, e o mais freqüente era o negro escravo fumar maconha, ainda que preferisse o uso do rapé ou do cachimbo (FREYRE, 1961).

A partir de 1560, o consumo do tabaco espalhou-se pela Europa, disseminando-se das classes abastadas ao povo em geral. Ainda não se encontrou uma explicação satisfatória desse fenômeno peculiar, o uso do tabaco de extrema popularidade, sua íntima incorporação nas relações sociais, o culto por vezes quase religioso de usá-lo e sua integração no intercâmbio diplomático (ROSEMBERG, 2002).

Das origens de consumo entre os índios até a atualidade, ocorreram modificações tanto na maneira de produzir quanto na de consumir os derivados do tabaco. O uso do tabaco com fins transcendentais, nas sociedades indígenas, contrasta com seu uso posterior nas sociedades modernas. Enquanto, na tradição dos povos indígenas, o ritual de intoxicação aguda era central, na modernidade consiste cada vez mais na busca de prazer, graças às suas propriedades estimulantes. A intoxicação aguda com risco imediato cedeu lugar à dependência e aos danos crônicos à saúde. Emerge na atualidade o mito, alimentado pela publicidade das empresas do fumo (tabageiras), que vincula valores sociais ao seu consumo (OMS, 1992; BOEIRA, 2002).

Os efeitos de longo prazo provocados pelo tabagismo foram sendo percebidos de maneira mais evidenciada, à medida que as sociedades melhoravam suas condições de saneamento e, assim, se observava o avanço na expectativa de vida dos indivíduos, destacando-se, então, as diferenças entre os fumantes e os não-fumantes, já que, entre

os primeiros, surgiam vários problemas associados à saúde e à morte prematura (OMS, 1992; BOEIRA, 2002).

A disseminação do consumo de tabaco em larga escala não foi possível até a invenção do cigarro manufaturado. A expansão do consumo do tabaco no mundo, paralelamente às controvérsias de seus efeitos benéficos e maléficos, evoluiu através dos séculos, chegando à escala exponencial no início do século XX, em que passou a ter sua produção industrializada acompanhada de estratégias de *marketing*. Dessa maneira, fumar tornou-se um símbolo de afluência, poder pessoal, lazer e atratividade, um ícone da cultura de consumo nos países desenvolvidos (OMS, 1992; INCA, 1997), mostrando o fumante como um indivíduo bem-sucedido, corajoso, charmoso e, ainda, estabelecendo o fumar como “pano de fundo”, como sendo o que se tem de comum entre os diferentes sujeitos sociais.

Veremos, a seguir, alguns resultados do impacto do consumo do tabaco utilizado em grande escala.

### **2.1.2 Aspectos epidemiológicos e ambientais**

Alguns dados foram selecionados, de maneira a caracterizar a dimensão das questões envolvidas com o tabagismo e com o produto de seu ato: o tabaco. Por meio dessa seleção, tentamos delinear um desenho do perfil atual do tabagismo.

O tabagismo é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que a prevalência de fumantes seja de um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 250 milhões de pessoas, entre as quais 250 milhões são mulheres. Nos países em desenvolvimento, os fumantes constituem 50% da população masculina e 9% da população feminina, enquanto, nos países desenvolvidos, a participação das mulheres mais do que duplica: 35% dos homens e 22% das mulheres são tabagistas (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

O total de mortes decorrente do consumo do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Caso as atuais tendências de expansão do seu consumo sejam mantidas, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais, por volta do ano 2030 (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Metade dos indivíduos tabagistas morrem em idade produtiva, em decorrência do efeito das substâncias contidas no tabaco, na faixa etária entre 35 e 69 anos. Os óbitos em consequência do tabagismo apresentam taxas superiores ao total em decorrência da AIDS, de drogas legais e ilegais, de acidentes de automóvel e de suicídios e assassinatos combinados (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Seguem alguns resultados do Inquérito Domiciliar realizado em quinze capitais brasileiras pelo Ministério da Saúde, no período de 2002 e 2003, com pessoas de quinze anos ou mais (INCA, 2004):

A prevalência de tabagismo variou de 12,9 a 25,2% nas cidades estudadas. Os homens apresentaram prevalências mais elevadas (16,9% a 28,2%) do que as mulheres (10,0% a 22,9%) em todas as capitais. Essas prevalências são inferiores a inquéritos brasileiros anteriores. Na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), realizada pelo IBGE, em 1989, a prevalência de tabagismo em todo o Brasil foi de 31,7%, sendo 39,3% em homens e 25,2% em mulheres.

A razão de prevalência por sexo (homem/mulher), entretanto, é menor nas Regiões Sudeste e Sul, possivelmente apontando um aumento de consumo de tabaco no grupo feminino em regiões mais desenvolvidas.

Em Porto Alegre, encontrou-se a maior proporção de fumantes, tanto no sexo masculino quanto no feminino, e, em Aracaju, a menor. Essa pesquisa também mostrou que a concentração de fumantes é maior entre as pessoas com menos de oito anos de estudo do que entre pessoas com oito ou mais anos de estudo.

O aumento que vem sendo observado na mortalidade por câncer de pulmão nas mulheres, em todas as regiões do País, diferentemente do que vem sendo observado



entre os homens, que apresentam tendências estáveis ou mesmo de queda a partir da metade da década de 90, pode estar associado ao aumento da prevalência do tabagismo no sexo feminino há duas décadas ou pouco mais no passado. Considerando que, nos últimos vinte anos, a prevalência de tabagismo vem caindo no País, é possível que a redução relativa dessa queda seja maior entre os homens, justamente porque a introdução do tabagismo entre mulheres foi posterior à ocorrida entre os homens.

Consideramos alguns resultados do Inquérito de Vigilância em Escolares (VIGESCOLA),<sup>4</sup> realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do INCA, entre escolares matriculados na 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e na 1ª série do Ensino Médio de doze capitais brasileiras, nos anos de 2002-2003 (INCA, 2004):

Em relação à prevalência de experimentação e uso de cigarro entre jovens, a experimentação variou de 36 a 58% no sexo masculino e de 31 a 55% no sexo feminino, enquanto o uso de cigarro, entre escolares fumantes atuais, variou de 11 a 27% no sexo masculino e 9 a 24% no feminino.

A prevalência de tabagismo entre jovens das Regiões Sudeste e Sul é maior do que das Regiões Norte e Nordeste, mostrando que nas regiões mais urbanizadas há um aumento de consumo nas faixas etárias mais jovens.

A prevalência do tabagismo é maior nos grupos populacionais com menor escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Considerando-se a escolaridade como um indicador indireto de renda, se esse quadro não se alterar, essa população, já menos assistida, tenderá a apresentar maior gravidade de saúde com incidências elevadas de doenças, como câncer de pulmão/laringe/esôfago, infarto do miocárdio, doenças cerebrovasculares e enfisema pulmonar.

---

<sup>4</sup> É parte de um programa mundial promovido pela Organização Mundial da Saúde, na América Latina, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004).

A experimentação de cigarros foi ligeiramente mais elevada entre meninos do que entre meninas, com exceção de capitais do Sul do País (Curitiba e Porto Alegre), onde a situação se inverteu e as meninas experimentaram em maior proporção. Essa é também uma tendência que se observa em vários países do mundo, em especial nos países desenvolvidos.

Apesar de as meninas estarem experimentando fumar mais do que os meninos em Curitiba e Porto Alegre, a proporção de fumantes regulares ainda é maior para o sexo masculino. A facilitação do acesso a cigarros, mediante baixos preços, venda de cigarros em auto-serviços ou em máquinas automáticas, faz com que as crianças e adolescentes se iniciem no caminho da dependência do tabaco.

A influência da propaganda, de forma subliminar e indireta, pode estar atingindo os jovens, pois entre 72,8 e 87,3% deles referiram ter visto anúncios pró-tabaco recentes (nos últimos 30 dias) ou relembrem propagandas anteriores.

Estudos de outras fontes nos mostram ainda que, no cenário mundial, embora o consumo de cigarros venha caindo na maioria dos países desenvolvidos, o seu uso global aumentou em torno de 50%, durante o período de 1975 a 1996, principalmente por conta do aumento observado em países em desenvolvimento (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Na maioria dos países, existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade. Na China, indivíduos com nenhuma escolaridade têm uma probabilidade cerca de sete vezes maior de serem fumantes do que indivíduos que têm o terceiro grau. No Brasil, entre os grupos de indivíduos com baixo nível de escolaridade, essa probabilidade é cinco vezes maior (WORLD BANK, 2003).

Das pessoas que consomem tabaco, 80% apresentam algum grau de dependência química à nicotina (CINCIPRINI et al., 1997), o que leva muitos chefes de famílias de baixa renda a usarem para a compra de cigarros parte dos recursos de sua já reduzida renda familiar, que poderia ser usada para a aquisição de alimentos, empregada no

lazer ou mesmo na preservação da sua saúde e de sua família (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Essa situação é agravada pelo fato de que em muitos países, incluindo o Brasil, o cigarro é muito mais acessível economicamente do que alimentos. Um estudo que comparou o custo de um maço de cigarros com o custo de um quilo de pão, usando o índice “minutos de trabalho necessários para comprar ambos os itens”, mostrou que, no Brasil, o custo de um quilo de pão chega a ser quase três vezes maior do que o custo de um maço de cigarros (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Os problemas desencadeados pelo fumar são diversos. Cerca de 30% de todos os casos de câncer e 85% dos cânceres de pulmão são causados pelo tabaco, além dos cânceres da cavidade oral, laringe, faringe, estômago e esôfago. Também os cânceres do pâncreas, dos rins e da bexiga que, embora sejam órgãos distantes dos locais pelos quais a fumaça passa, são acometidos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1990; PETO, et al., 1994; AMERICAN THORACIC SOCIETY, 1996; PROCTOR, 2001).

Os danos causados pelo tabagismo envolvem situações circunscritas ao sujeito que o consome, contudo estendem-se às pessoas que estão próximas a eles, o que caracteriza o tabagismo passivo. Ainda que o indivíduo não esteja fumando ativamente, o fato de inalar a fumaça proveniente do cigarro ou a fumaça exalada pelo fumante, irá expô-lo aos danos do tabagismo de maneira diretamente proporcional ao tempo e a intensidade de sua exposição a essa fumaça, também denominada poluição tabágica ambiental (PTA) (MS; OPAS, 2004; MEIRELLES; CAVALCANTE; OLIVEIRA, 2000).

O fumante passivo apresenta maiores riscos que os não fumantes de desenvolver câncer de pulmão (30%) e doenças cardíacas (23%) (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

As crianças são particularmente afetadas pela poluição tabágica ambiental. Os efeitos adversos imediatos provocados pela PTA à saúde das crianças são: asma, rinite, sinusite, resfriados, pneumonia, otites. Com a continuidade da exposição, essas

crianças, ao crescerem, poderão apresentar, já na adolescência, doenças cardiovasculares decorrentes desse fator (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

O tabagismo também afeta o desenvolvimento da gravidez de fumantes, com uma probabilidade 70% maior de risco de aborto espontâneo. O risco de partos prematuros se eleva em 40%, assim como dobra a possibilidade de nascimentos de bebês de baixo peso. E, ainda, gestantes não fumantes, mas expostas à poluição tabágica ambiental, também geram bebês de baixo peso. Geralmente, esses recém-nascidos pesam, ao nascer, cerca de duzentos gramas a menos do que os recém-nascidos das mulheres não fumantes (NHRMC, 1997; INCA, 1998).

Os fumantes correm grandes riscos de desenvolver diversas doenças decorrentes do fumar, entre elas, os cânceres em geral (particularmente o pulmonar), doenças no sistema cardiovascular, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), osteoporose e catarata. Vários estudos comprovam que os fumantes sofrem maior risco de adoecer e morrer de aproximadamente cinquenta doenças relacionadas com o consumo de cigarros, dentre elas: as doenças cardiovasculares, as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, diversos tipos de cânceres, desequilíbrios hormonais (DOLL, 1996; WHO, 1997; ROSEMBERG, 2002).

#### Aspectos ambientais

Outra situação de danos está relacionada com diversas questões envolvidas na cultura do tabaco. Para garantir folhas de boa qualidade, a produção de tabaco requer o uso intensivo de agrotóxicos. O uso desses produtos tem provocado sérios problemas à saúde dos agricultores e de seus familiares, com intoxicações agudas e incapacidade para o trabalho. Danos ao ecossistema, como a contaminação do solo, de alimentos, da fauna e dos rios, também ocorrem freqüentemente pelo uso desses agrotóxicos (INCA, 1997).

A falta de condições adequadas de trabalho, como o uso de roupas, acessórios e orientações apropriadas, gera riscos para os trabalhadores e são extensivos a outras pessoas. Por meio de procedimentos incorretos, há contaminação do meio ambiente. A

prática de lavagem de equipamentos e vasilhames em água corrente diretamente no solo é uma forma que ocasiona essa contaminação ambiental (ETGES et al., 2002).

Entre os trabalhadores que lidam diretamente com a folha verde do tabaco, o manuseio da folha pode ser tóxico, devido à absorção de nicotina através da pele, sendo chamada de doença da folha verde. Os sintomas apresentados incluem náusea, vômito, fraqueza, dor de cabeça, tonteira, dores abdominais, flutuações na pressão sanguínea e dificuldade respiratória. Muitas vezes, agricultores e profissionais de saúde a confundem com cansaço ou com envenenamento por agrotóxicos quando coincide com aplicações recentes (INCA, 1997; MS; OPAS, 2004).

Esses dados nos fornecem parte da extensão dos problemas envolvidos com o tabagismo. De caráter multifacetado, o tabagismo atravessa dimensões via de regra postas em separado nas análises acadêmicas ou mesmo pelo senso comum, das ciências naturais e sociais, indivíduo e sociedade, nacionalidade e globalidade, consumo supérfluo, morbidade e mortalidade elevadas, etc. Assim, revela-se um grande desafio à realização tanto de sua análise quanto de sua síntese, para a compreensão desse problema e de um outro tanto quanto, ou mais complexo, que é o de deixar de ser tabagista (BOEIRA, 2002).

A seguir, será feita uma abordagem dos aspectos políticos da questão, destacando os movimentos que dificultam e os que promovem o controle do tabagismo e, conseqüentemente, o que propicia direta ou indiretamente a cessação de fumar.

### **2.1.3 Aspectos políticos**

A popularização do consumo de cigarros ocorre particularmente na segunda metade do século XIX. Possivelmente, o estímulo ao tabaco industrializado na forma de cigarro ocorreu em virtude de sua praticidade, da urbanização e do ritmo de vida acelerada. Quando o consumo de cigarros se estabeleceu como a principal forma de consumo do

tabaco nos EUA, a história do tabaco passou a ser controlada por corporações transnacionais estadunidenses e britânicas (OMS, 1992).

As Corporações Transnacionais<sup>5</sup> (CTNs) do tabaco são vistas como forças predominantes dentro da classe capitalista transnacional e da cultura-ideologia do consumismo, que, por sua vez, recebe um tratamento singular por essas corporações, na utilização de estratégias de *marketing* e no uso de tecnociência<sup>6</sup> a favor de seus negócios lucrativos. Altos investimentos são utilizados pela indústria no aprimoramento e adequação de derivados do tabaco (particularmente os cigarros) aos consumidores, visando a uma contínua aceitação de maneira a garantir o crescimento das vendas desses produtos (BOEIRA, 2002; MS; OPAS, 2004).

Diversas estratégias legais, ilegais, ativas e reativas vêm sendo elaboradas pelas indústrias do tabaco. Tendo em vista a defesa de mercado e a criação de novos espaços, formulam estratégias de atração que se constituem configurando uma rede, denominada por Boeira (2002), de rede estratégica de atuação. Ainda que ocorram rivalidades entre as corporações do tabaco, na disputa pelos segmentos de mercado de consumo, estas se organizam estrategicamente em uma rede de ações para reagir às medidas legais de controle do tabagismo (BOEIRA, 2002).

As estratégias reativas são aquelas tomadas pela indústria, em contrapartida às ações de controle do tabagismo. Podemos citar, como exemplo, no Brasil, a reação imediata da indústria à determinação do Ministério da Saúde de inserir, nas embalagens de cigarro, uma foto de advertência sobre os malefícios provocados pelo tabagismo, em 2001, passando a incluir nos maços um cartão que permitisse ao fumante encobrir tal foto. As CTNs redefinem sistematicamente suas estratégias de *marketing* em função das mudanças que ocorrem no processo de globalização da economia. Suas estratégias de *marketing* global incluem uso intensivo de tecnologias de comunicação,

---

<sup>5</sup> Empresas de base nacional que multiterritorializam sua atividade produtiva, viabilizando operações em muitos países, por meio de filiais, subsidiárias ou associadas (DREIFUSS, 1996).

<sup>6</sup> Caracteriza-se pela utilização de estudos científicos para aprofundar um aperfeiçoamento técnico. No caso do tabaco, pode ser citada, por exemplo, a utilização de amônia nos cigarros, como um aditivo para aumentar a liberação de nicotina e, conseqüentemente, aumentar a dependência química (BOEIRA, 2002)

vinculando produção, canais de distribuição e consumo a partir de resultados de pesquisa de mercado (MS; OPAS, 2004).

Sua política de atuação articula-se às várias etapas de sua cadeia produtiva, na qual se incluem diversos aspectos: localização das unidades de produção em regiões estratégicas, modernização tecnológica com base na tecnociência, relação com fornecedores, logística de produção, publicidade direta e indireta. Projetos como “Hortas escolares” e “Clube da árvore” são exemplos de atuações dentro de sua política ambiental (INCA, 2002).

A reação contra o antitabagismo praticada pelas corporações do tabaco constitui uma complexa rede de estratégias que vincula de maneira crescente, aspectos de espaço-tempo, corpo-cérebro, local-regional-nacional e global, isto é, utilizam ações específicas adaptadas às particularidades populacionais existentes nos diferentes espaços geográficos, às mudanças culturais que ocorrem no transcorrer dos tempos, aprimorando seus produtos de modo que os indivíduos que o consomem, tornam-se dele dependente em prazos cada vez menores e, ainda, o fato de ter a indústria do tabaco sua estrutura desnacionalizada, com filiais espalhadas por vários países ligadas às corporações transnacionais. Essas estratégias das CTNs agem sobre os cidadãos com o objetivo de reduzi-los a condição de produtores e/ou consumidores (BOEIRA, 2002; MS; OPAS, 2004).

A atuação das indústrias compõe um enorme obstáculo aos esforços para o controle do tabagismo, no qual a abordagem para cessação de fumar se insere.

Embora o consumo do tabaco, particularmente de maneira fumada, tenha se propagado progressivamente no mundo, o surgimento de opositores ao seu uso também seguiu esse caminho. Fundamentados por diversas razões, indivíduos se opuseram ao tabaco-tabagismo, expressando sua opinião em manifestações individuais e coletivas, ao longo da história do tabagismo no Ocidente. Manifestações contrárias ao fumar (tabagismo) e ao uso do tabaco com finalidades terapêuticas nos mostram uma antiga não aceitação de um deles ou de ambos. Contudo, foi com o acontecimento de inúmeros casos de acidentes advindos do amplo uso, supostamente terapêutico, do

tabaco que se iniciaram as dúvidas quanto às suas inúmeras e propagadas propriedades, engrossando, assim, a oposição ao tabagismo por causas de cunho moral e religioso

O Rei Jaime I da Inglaterra (1556 – 1625), contrariando as expectativas mercantilistas, publica (anonimamente) a primeira obra antitabagista que se conhece até o momento, intitulada *Counter-blast to Tobacco*, em 1604. Nessa obra, ele nega o valor terapêutico do tabaco, dando ênfase ao costume de fumar como uma prática depreciável (ROSEMBERG, 2002).

Desde o século XVII, vários países tentam proibir o consumo do tabaco, entre eles, o Japão e a Turquia. O Papa Urbano VIII proíbe o uso do tabaco entre os eclesiásticos em 1642 (NARDI, 1996). Anos mais tarde, na década de 1830, os adventistas norte-americanos dão início a uma tradição cristã de combate ao uso do tabaco e do álcool (OMS, 1992).

Em 1899, Lucy Page Gaston, ex-membro do movimento antialcoólico, criou a Liga Antitabágica de Chicago, que se expandiu a outras cidades. Essa organização e outras similares abriram clínicas para curar os fumantes. No começo do século XX, nos Estados Unidos, várias leis foram criadas, proibindo o fumar em público e para menores de desesseis anos (OMS, 1992).

Uma esteira de publicações sobre os malefícios do fumar se constituiu, com trabalhos que divulgavam os efeitos do fumo no organismo e assim, em 1591, Guilherme de Mera, revelou, pela primeira vez, a toxicidade do tabaco (ROSEMBERG, 2002).

Ao longo de 450 anos da história do tabagismo no mundo civilizado, excetuando-se as sociedades indígenas, o tabagismo foi, por aproximadamente duzentos anos, proclamado por muitos devido às suas virtudes terapêuticas, inclusive por médicos. Posteriormente, por dois séculos, praticamente houve silêncio desses profissionais. Até a primeira metade do século XX, foram raras as advertências sobre os malefícios do fumar, reinaram dúvidas e descrenças acerca dos danos gerados pelo tabagismo (ROSEMBERG, 2002).



Paralelamente à divulgação de evidências dos malefícios do tabagismo, como o relatório do Surgeon General, instituição de saúde pública dos Estados Unidos, em 1964, ocorreu uma forte reação das indústrias do tabaco, marcando o início de um grande embate entre elas e as instituições de saúde pública nos Estados Unidos. A relação estabelecida entre tabagismo e câncer foi publicamente negada pela indústria do tabaco durante décadas. Além disso, durante anos, essas organizações recorreram a estratégias de *marketing* para minar a credibilidade perante a opinião pública dos achados das pesquisas, do relatório do Surgeon General e de outras instituições de saúde pública (GLANTZ, 1996; BRANDT, 1997).

No Brasil, principalmente a partir da década de 30, delineou-se um crescente movimento de pessoas que, por motivações diversas, engajaram-se em iniciativas de controle do tabagismo, contrariando, assim, as estratégias da indústria do fumo.

Segundo Boeira (2002), as ações de controle do tabagismo emergem de atitudes dos cidadãos, quer seja isoladamente, quer seja por meio de instituições que podem se interligar em algum momento direta ou indiretamente, ou não. Porém, ainda assim, constitui-se uma rede por ele chamada de rede multifragmentária. Caracteriza-se essa rede, portanto, pela multiplicidade de atores e suas motivações, além do pluralismo de idéias e atuações descentralizadas de alguns de seus segmentos. Optamos por adotar essa concepção do controle do tabagismo atuando como uma rede, por acreditar que, dessa forma, melhor se evidencia como a população de fumantes pode ser influenciada a mudar de comportamento em relação ao tabagismo e deixar de fumar.

Essa rede estratégica de atuação é composta pelos diferentes segmentos atuantes nas questões relacionadas com o controle do tabagismo, a saber:

#### 1. Tradição religiosa

Formada por religiosos, principalmente das igrejas adventista e metodista, que vinculam a saúde espiritual à saúde física, princípio em que se encaixa a abstenção de tabaco, entre outras drogas.

## 2. Organizações Não-Governamentais (ONGs) médicas

Expressam o diálogo entre a sociedade civil e a sociedade política, realizam pesquisas e propõem políticas públicas de controle do tabagismo. Difundem a aplicação progressiva das medidas propostas. Sua trajetória se iniciou nos anos de 1970 e, ao longo desse tempo, vêm reforçando ou liderando propostas em vários níveis para o controle do tabagismo.

## 3. Saúde pública

Representada aqui pelo Instituto Nacional do Câncer, órgão do Ministério da Saúde que atua nas questões relativas ao câncer e ao controle do tabagismo no Brasil. Esse segmento será abordado adiante, ainda nesta seção.

## 4. Movimento antifumo

É um dos segmentos mais complexos da rede, decorrente de seu pluralismo de idéias e da sociodiversidade. Compreende uma rede de movimentos (rural e urbano) em formação dentro da rede maior. Emergem aqui as questões do cultivo do tabaco e propostas de modelos de desenvolvimento rural sustentável entre outras.

Ainda não se chegou a uma conclusão aprofundada a respeito desse segmento. Entretanto, em linhas gerais, caracteriza-se pela organização e realização de eventos nos quais são elaborados documentos públicos com propostas de medidas contra o tabagismo e o cultivo do tabaco e com propostas favoráveis à agricultura ecológica. Desses eventos participam membros de diversos setores da sociedade: religiosos, agricultores, sindicalistas, professores, enfermeiros, técnico-agrícolas, jornalistas, médicos, secretários da Saúde e da Agricultura, prefeitos, etc., incluindo até, em alguns desses eventos, representantes da indústria do tabaco.

## 5. Ambientalismo

Refere-se a iniciativas das ONGs sem fins lucrativos e setores de partidos políticos que propõem sustentabilidade ecológica por meio da educação ambiental, visando à

recuperação de florestas, à agricultura sustentável, orgânica ou agroecológica, contextualizada pela abordagem de aspectos socioeconômicos na sua relação com os fumicultores.

#### 6. ONGS advocatícias

Tem como linha de ação a luta judicial em defesa da saúde de fumantes e ex-fumantes e a conscientização social sobre os problemas causados pelo fumar. Realiza esse trabalho de conscientização sobre os problemas gerados pelo tabagismo em escolas e empresas.

#### 7. Mídia Ético-Política.

Compreende uma tendência de iniciativas de indivíduos e organizações com o trato ético das questões pertinentes ao tabagismo, dando ênfase aos esclarecimentos e evitando o sensacionalismo, e o encobrimento ideológico da indústria por meio das informações veiculadas nos meios de comunicação de massa.

#### 8. Grupos de Anônimos

Há, no Brasil, duas organizações voltadas para as questões dos usuários de drogas: a Narcóticos Anônimos (NA), para os casos das drogas em geral, e a Fumantes Anônimos (FA), para os casos de tabagismo. Ambas são originárias dos EUA e seguem os moldes dos Alcoólicos Anônimos (AA).

O primeiro grupo da FA no Brasil ocorreu em 1987, na cidade mineira de Oliveira. Estima-se atualmente a existência de cerca de vinte grupos de FA no Brasil. A FA organiza reuniões, nas quais os participantes relatam suas histórias pessoais, fazem leituras e praticam técnicas de meditação. Essas ONGs não cobram taxas, cada grupo é auto-sustentado e não assume compromissos com qualquer organização civil ou religiosa. A abordagem adotada é de auto-ajuda, com método “não profissional”, visando à saúde por meio de mudança no estilo de vida.

## 9. Antitabagismo mercadológico.

Constituí-se por centros e institutos terapêuticos, clínicas, farmácias e os grandes laboratórios que têm entre suas atividades o tratamento ou a produção e/ou vendas de produtos para cessação de fumar.

A partir da visão de todas essas forças interagindo no campo do controle do tabagismo, identificamos as diferentes organizações desses segmentos, algumas mais estratégicas, como a indústria farmacêutica, os órgãos de saúde pública e outros; e os de organização mais ou menos fragmentária, como os grupos de ajuda mútua e dos cidadãos e profissionais autônomos na mídia. Contudo, esses segmentos, ou grupos sociais, estão em crescente interconexão e, por meio de sua atuação descentralizada, ampliam os espaços de cidadania. A temática antitabagista, da qualidade de vida e dos direitos humanos constitui-se como denominador comum, ainda que com diferenças significativas de interpretação, conflito de interesses, abrangência de atuação, poder, autonomia e auto-organização (BOEIRA, 2002).

Os diversos segmentos que integram a rede de controle do tabagismo surgiram decorrentes de múltiplas motivações e idéias dos seus diferentes atores e, como vimos, alguns desses segmentos já há muitos anos se constituíram em outros países. Contextos sócio-históricos e culturais certamente influíram em sua evolução. Se, por um lado, o avanço da indústria se valeu de recursos possibilitados pela tecnociência e pela ideologia capitalista, por outro, a rede que atua para o controle do tabagismo, ainda que nesse mesmo contexto e, portanto, também sob essas influências, se identificou, contudo, em ampliar os espaços de cidadania pela abordagem da temática antitabagismo, com significado de qualidade de vida e de direitos humanos (BOEIRA, 2002).

No Brasil, as manifestações para o controle do tabagismo se tornaram mais evidentes a partir da década de 70, por iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e Organizações Não-Governamentais, sem apoio governamental. Ainda que houvesse conhecimento da problemática gerada pelo tabagismo como uma questão social, por gerar danos não somente aos que fumam, mas também aos que com ele

convivem e ao meio ambiente, o Governo não atuava na situação (INCA, 2001; CAVALCANTE, 2001; BOEIRA, 2002). Fato este que estava em concordância com o cenário nacional nessa época, no qual vigorava um paradigma de saúde que teve suas raízes sedimentadas em concepções advindas de novas descobertas das ciências, a partir de meados século XIX, de concepções de saúde, fundamentadas nas descobertas da bacteriologia, microbiologia e parasitologia, as quais difundiram-se no campo das ciências de saúde e no momento histórico-político que tais ações ocorreram. Tal paradigma, ao embasar os programas de saúde pública, forneceu elementos para que estes fossem estruturados, ignorando-se a relação entre doença e condições sociais (COSTA,1998). Essa forma reducionista de compreender o binômio saúde/doença teve como base o contexto histórico-político e o paradigma de saúde consolidado a partir do relatório Flexner.<sup>7</sup> A atenção à saúde foi posta em prática a partir de uma sucessão de modelos de saúde que vigoraram no Brasil, desde o início do século passado até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 1999).

No século passado, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista, que vigorou do início do século aos anos 1960, para o modelo médico-assistencial privatista, até chegar ao modelo de concepção plural de saúde proposto pelo SUS, que continua até hoje (MENDES, 1999).

No modelo sanitarista campanhista, as ações de saúde pública visavam prioritariamente ao combate às endemias e epidemias, com intervenções de caráter repressivo nos corpos individual e social, por meio de saneamento dos espaços, para melhor circulação das mercadorias a serem comercializadas (COSTA, 1985). Entre esse modelo e a criação dos institutos, estruturou-se um outro modelo de saúde, o das Caixas de Aposentadorias e Pensões, como um novo modelo de atuação na manutenção e restauração da força de trabalho (MENDES, 1999).

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi o momento institucional de consolidação do modelo médico assistencial. Ainda que haja a

---

<sup>7</sup> Elaborado por Flexner e publicado pela Fundação Carnegie, em 1910, nos EUA. Continha propostas de soluções para problemas do ensino da Medicina na época. Converteu-se na base do modelo do ensino e da prática médica atual e deu início à supervalorização do cientificismo (MENDES, 1999).

expansão da cobertura previdenciária para grande parte da população urbana e rural, as ações de atenção à saúde continuavam sendo concebidas dentro do mesmo paradigma, que privilegia a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública (MENDES, 1999).

Esse modelo teve como características principais, segundo Mendes (1999, p. 59), a criação, pela intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da Medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços.

A atenção à saúde no paradigma flexneriano estrutura uma lógica tecno-assistencial baseando-se na doença e em intervenções por meio de processos de trabalhos informados pela clínica. Esse paradigma compõe-se dos seguintes elementos ideológicos: mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização, exclusão das práticas alternativas, tecnificação do ato médico enfatizando a atenção de saúde em seu aspecto curativo (MENDES, 1995).

O modelo de assistência à saúde vigente na época – Modelo Médico-Assistencial Privatista (MMA) – fundamentava-se na lógica do paradigma flexneriano. Consolidou-se em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e trazia em sua estrutura a ampliação da assistência médica em virtude do processo de acelerada industrialização vivenciada no Brasil, especialmente a partir do Governo Juscelino, o que gerou um contingente operário que deveria ser atendido pelo sistema de saúde, para que, atuando sobre o corpo do trabalhador, fosse mantida ou restaurada sua capacidade produtiva (COSTA, 1998; MENDES, 1995).

Posteriormente, pela Lei nº 6.034, de 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, tendo como consequência a expansão de convênios entre a previdência social e a iniciativa privada. Em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), foi criado, sendo considerado organização-símbolo do modelo médico assistencial privatista. Essa estruturação se deu nos campos político, jurídico, legal e institucional, garantindo as bases de sustentação

desse modelo, conforme previsto na Constituição Federal de 1967-69 e na Lei nº 6.229 (MENDES, 1999).

Tal configuração institucional, articulando público/privado, sustentou uma rápida expansão da oferta de serviços. O número de ambulatórios estatais cresceu de 1.122 para 13.739 no período entre 1975-1984. O espaço privado se agigantou induzido pela concepção de terceirização da atenção médica previdenciária. O aumento exorbitante do número de leitos hospitalares privados no País passou de 74.543, em 69, para 348.255, em 84, caracterizando o modelo hospitalocêntrico predominante até hoje (COSTA, 1998; MENDES, 1999).

Posteriormente, durante o processo de liberalização política, essa situação colocou em cena a problematização do tema da corrupção na área de saúde e a falta de controle sobre os serviços contratados privados. A partir de então, o tema da crise do sistema ganha espaço, colocando na agenda questionamentos acerca da concepção hegemônica de saúde e de suas práticas assistencialistas, apontando propostas de transformação na direção da democratização e descentralização, que constituiriam, a seguir, o escopo da Reforma Sanitária. Vários fatores determinaram o esgotamento do modelo assistencial privatista predominante no Brasil. Em meio a uma conjuntura que colocou em cena um amplo conjunto de mudanças socioeconômicas e culturais, os modelos centralizados e tecnicistas de gestão encontraram seus próprios limites. Vale destacar que essa conjuntura se articulou com as grandes mudanças econômicas e sociopolíticas que estavam em curso, tanto no âmbito externo como no interno. Assim, as mudanças no cenário externo, como os avanços na tecnologia de informação, a reestruturação produtiva, a globalização financeira e sociocultural, a crise do Estado-nação, a formação de blocos regionais, entre outras, sobrepuseram-se, no âmbito interno, à crise do Estado desenvolvimentista e às lutas pela redemocratização, colocando em cena uma série de conflitos e demandas decorrentes, principalmente, de uma ampla dívida social acumulada no País desde o limiar dos anos de 1960 (COSTA, 1998).

Ao mesmo tempo, a atenção à saúde baseada fundamentalmente nos aspectos curativo-reabilitadores, mostrava-se pouco capaz de alterar os níveis de morbimortalidade da população, revelando-se inadequada à realidade sanitária do País, além de evidenciar crescentes níveis de insatisfação com esse modelo, principalmente no segmento dos usuários (COSTA, 1998; MENDES, 1999).

Nesse contexto, abrem-se espaços tanto políticos quanto institucionais para o desenvolvimento de um movimento contra-hegemônico na área saúde que, nos anos de 1980, confirmou-se como a Reforma Sanitária.

Surgem, por todo o País, movimentos de trabalhadores de saúde reforçados no campo político-ideológico pela criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Essas organizações, por meio de publicações, debates e outras atividades, começaram a sistematizar uma proposta alternativa ao modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1995).

Esse MMAP vigorou integralmente até o advento do SUS. Resquícios desse MMAP permeiam o SUS até a atualidade, uma vez que, entre outras questões, foi o projeto hegemônico – o neoliberal, que era uma reciclagem do MMAP – que deu a tônica das políticas institucionais de criação do SUS e não o projeto contra-hegemônico – o da reforma sanitária, ainda que os gestores tenham tentado passar essa compreensão (COSTA, 1998).

Uma revelação dos preceitos do modelo tecnicista (flexneriano) de atenção à saúde vigorando até o momento encontra-se presente no estudo de Cavalcante (2001), como uma preocupação, uma vez que atravessa os princípios da abordagem e tratamento dos indivíduos tabagistas – de caráter focado na investigação clínica e educativa, no estabelecimento do vínculo profissional de saúde-paciente, nas ações interdisciplinares, entre outros, constituindo dessa maneira uma das barreiras de sua efetivação. Para Cavalcante (2001, p. 44, p. 213) respectivamente, uma das barreiras para os médicos realizarem a abordagem dos fumantes é que:



Apesar das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda predomina no País o modelo de saúde onde as ações, são predominantemente assistenciais, e influenciadas por interesses de indústrias farmacêuticas, de equipamentos, instrumentos hospitalares e planos de saúde ;

[...] considerando as tendências atuais na formação médica, e o fato do tabagismo, assim como a dependência de outras drogas, não terem a objetividade que na concepção mecanicista as doenças e seus tratamentos têm, pode-se supor que muitos médicos terão dificuldade em inserir a abordagem do tabagismo na sua prática.

Efetivamente, é apenas no contexto do processo de democratização da sociedade brasileira e de fim do regime militar (1964-79) que, pela primeira vez, a saúde passou a ser garantida no texto constitucional brasileiro como direito de todos e como dever do Estado. Nesse sentido, o Estado é responsável por assegurar o desenvolvimento sustentável e a distribuição de renda, cabendo, especificamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) “[...] a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade de forma eqüitativa” (BRASIL, 2003, p. 2).

A nova Constituição Federal, promulgada em 1988, define a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes de descentralização, mando único em cada esfera de Governo, atendimento integral e participação comunitária. Estava criado o SUS, regulamentado pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (MENDES 1999).

As transformações advindas das mudanças de paradigma da saúde, passando-se do enfoque em que predominavam as idéias e práticas de caráter tecnicista, para o sistema Plural, SUS, expressando conquistas da Constituição Federal de 1988, forjada num processo de redemocratização do País e de construção de cidadania, trouxeram um paradigma novo, em construção no momento atual, que se encontra inscrito no art. 196 da Constituição Federal, o qual estabelece que a saúde é garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (MENDES 1999).

Apesar desses avanços, a manutenção do setor privado na saúde, em caráter complementar, foi garantida. Como resultante, possibilitou-se a “universalização excludente”, pois, no Brasil, cerca de trinta e cinco milhões de usuários pagam pela assistência no sistema privado de planos de saúde e cooperativas (MENDES,1999).

O SUS está em construção. No entanto, isso não significa que estamos longe e livres da lógica do modelo anterior. Ela sobrevive e ainda determina, em grande parte, o conjunto das práticas na área da saúde, na medida em que boa parte dos recursos financeiros públicos se destina ao pagamento de serviços do setor privado.

Somente após o início do processo de extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), instituição símbolo do MMAP, ocorrida devido à falência desse modelo, inadequado em inúmeros aspectos à realidade da nação brasileira, foi que o Ministério da Saúde passou a assumir de maneira ampla as questões de saúde no Brasil (MENDES, 1995). Dentre elas, seguiu-se, posteriormente, a organização de ações sistemáticas, continuadas e abrangentes de controle do tabagismo, pelo do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2001).

Depois da abertura política, o INCA começa a valorizar mais a prevenção das doenças, e é aí que o controle do tabagismo ganha certa relevância. Embora a democratização das ações preventivas exija uma longa preparação, implicando reestruturação do INCA, isso vem a ocorrer principalmente na segunda metade dos anos de 1990 (BOEIRA,2002).

Concomitantemente, a OMS, no período entre 1970 e 1990, estabeleceu resoluções antitabágicas em diversas Assembléias Mundiais de Saúde e todas elas promoveram repercussões nas decisões dos envolvidos com as questões da problemática gerada pelo tabagismo no Brasil (BOEIRA, 2002).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo INCA, passou a ter uma sistemática de atuação por meio de dois grandes grupos de estratégias: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo, como foco de atenção, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os

fumantes a deixarem de fumar. Nesse contexto, o programa foi delineado visando a sistematizar ações educativas, legislativas e econômicas para o controle do tabagismo (INCA, 1996; CAVALCANTE, 2001; BOEIRA, 2002).

Durante nove anos, as ações educativas foram apenas pontuais, por meio da realização de campanhas e, a partir de 1996, passaram a envolver também ações contínuas. Dessa forma, sob a ótica da promoção da saúde, foram desenvolvidos programas de intervenção em escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho, tendo como objetivo não só ampliar a disseminação de informações sobre tabagismo para grupos específicos, como profissionais de saúde, professores, alunos e trabalhadores, como também criar nesses ambientes estímulos para mudanças culturais na aceitação social do tabagismo e, assim, favorecer mudanças de atitude e de comportamento que reduzam o número de jovens que começam a fumar e aumentem o número dos que deixam o tabagismo (INCA, 2001).

Para facilitar a expansão do programa de forma organizada para todo o Brasil, o INCA/CONPREV desenvolveu estratégias para descentralização por meio da articulação de uma rede nacional de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com ONGs. Esse processo contribuiu para uma mudança na aceitação social do tabagismo, que passou, então, de um comportamento elegante e charmoso para impróprio na promoção e recuperação da saúde e para o equilíbrio ecológico do planeta (INCA, 2001).

Atualmente, essa rede, além de contar com as coordenações nas 26 Secretarias Estaduais de Saúde e com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, vem sendo ampliada para Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e ONGs. Por meio dela, todas as estratégias desenvolvidas em projetos piloto chegam às escolas, unidades de saúde e ambientes de trabalho dos municípios (INCA, 2001).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo vem sendo construído com apoio de alianças e parcerias, envolvendo dois grandes grupos de ações: o voltado para a prevenção da iniciação do fumar e outro para estimular as pessoas a deixarem de

fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e de comunicação social, envolvendo, assim, vários segmentos da sociedade, tendo como base os princípios do SUS (INCA, 2001).

Como visto, movimentos pró-tabagismo e antitabagismo interagem, gerando conflitos que podem, ainda, ser assim expressos:

- O Brasil é o primeiro exportador de tabaco do mundo e o terceiro maior produtor, vindo atrás da China e Índia, o primeiro e o segundo maiores produtores, respectivamente. A arrecadação de impostos provenientes da taxaço do tabaco torna-o “importante” fonte de receita fiscal. No entanto, os gastos sociais determinados pelo consumo de cigarros, já estimado em outros países, devem superar em muito essa arrecadação, tomando-se como base cálculos já realizados por outros países (MACKAY; ERIKSEN, 2002).
- As indústrias de tabaco, com o objetivo de dissuadir ou mesmo convencer os Governos a adotar medidas menos restritivas ou substituir as medidas legislativas por acordos de auto-regulação, vêm investindo em estratégias para promover uma auto-imagem de empresa socialmente responsável por meio de estratégias de *marketing* de responsabilidade social, envolvendo promoção e patrocínio de inúmeras atividades socioculturais no Brasil e em outros países em desenvolvimento (BOEIRA, 2002).
- A elevada prevalência de fumantes no mundo tem tendência a crescer e há estimativa de uma conseqüente crescente taxa de mortalidade, apontando que 70% das mortes ocorrerão nos países em desenvolvimento, onde os problemas associados à saúde, como desnutrição, deficiência de saneamento, fornecimento de água e doenças infecto-contagiosas ainda não controladas, dividirão atenção com os problemas relacionados ao tabagismo (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

O reconhecimento do caráter globalizado de toda a problemática gerada pelo tabagismo e a necessidade de estratégias transnacionais para detê-la, pelos os 191 Países membros da OMS, levou-os à proporem durante a 52ª Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1999, a adoção de uma Convenção-Quadro Internacional para

garantir o controle global do tabagismo. Uma Convenção-Quadro e seus protocolos representam um instrumento legal e oferece uma abordagem que é encontrada em numerosos tratados de direitos humanos e de preservação do meio ambiente, uma vez que o tabagismo também se imbrica nesses aspectos (INCA, 2002).

Para atender à demanda gerada pelas negociações da Convenção-Quadro, o Governo brasileiro criou, por meio do Decreto nº 3.136, de 13 de agosto de 1999, a Comissão Nacional Para o Controle do Uso do Tabaco. A iniciativa marca uma nova fase do Programa de Controle do Tabagismo no Brasil, que deixou de ser um Programa do Ministério da Saúde para ser um Programa de Estado (INCA, 2004).

O objetivo principal da Convenção-Quadro é preservar as gerações, presentes e futuras, das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição à fumaça do tabaco.

Por mais de quatro anos, os Estados membros da OMS trabalharam em várias redações para o tratado antes de chegar a um documento de consenso (Framework Convention on Tobacco Control), o qual foi adotado por unanimidade na 56ª Assembléia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2003. Em agosto de 2003, foi dado início ao processo de ratificação da Convenção-Quadro no Brasil: seu texto foi oficialmente apresentado pelo ministro da Saúde, Dr. Humberto Costa, na Câmara dos Deputados. No dia 14 de maio de 2004, a Convenção-Quadro foi aprovada na Câmara dos Deputados. Hoje, essa Convenção encontra-se no Senado Federal, na forma de Projeto de Decreto Legislativo n.º 602/04, aguardando a apreciação dos Senadores (INCA, 2005).

A indústria do tabaco está se mobilizando de forma rápida e eficiente para obstruir a aprovação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Senado Federal. Ela está promovendo um poderoso *lobby* com os senadores e divulgando informações inverídicas entre os fumicultores, que estão preocupados com o futuro da produção de fumo. Ao contrário do que vem sendo afirmado pela indústria, a Convenção-Quadro reconhece que a diminuição do consumo trará, no longo prazo, a redução sobre a demanda de produção e prevê a construção de estratégias nacionais de

desenvolvimento sustentável, para garantir, técnica e financeiramente, alternativas economicamente viáveis para esses produtores (INCA, 2005).

O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer acreditam que a não aprovação da Convenção-Quadro significará para o País um retrocesso na política de redução ao consumo do tabaco, política esta que é reconhecida como uma das mais avançadas mundialmente. A não ratificação, além de desqualificar o Brasil no cenário internacional, em nada contribuirá para o futuro dos fumicultores. Com isso, há uma mobilização de segmentos da rede de controle do tabagismo buscando apoio da população à ratificação da Convenção-Quadro, mediante abaixo-assinado e envio de *e-mails* para os senadores, solicitando a aprovação do texto atual da Convenção-Quadro (INCA, 2005).

Esses conjuntos de forças permeiam conflitos que, no caso do tabagismo, se manifestam nos interesses entre a saúde pública, a população e os acordos de produção e comércio do tabaco. As diferentes formas organizacionais para o trato dessas forças geram, para a indústria do fumo, um campo promissor para expansão de seus negócios. Isso porque, enquanto as indústrias formam redes altamente organizadas em vários países, constituindo corporações transnacionais, os segmentos que atuam no âmbito do controle do tabagismo encontram-se em escala de menor estrutura organizacional. Como uma das causas dessa disparidade, pode-se aventar o fato de estar a cidadania no Brasil ainda em processo de construção.

Um grande exercício de cidadania é necessário no trato dessas questões, uma vez que, se ficarmos somente no nível de uma cultura orientada mais para esperar as ações tomadas pelo Estado (estadania) do que, para as representações da sociedade nos movimentos que dela emergem, maiores serão as dificuldades para atingirmos uma nova ordem de mais participação social na busca de sentidos renovados de valorização da vida. Para Carvalho (2002, p. 223):

A ausência de ampla organização autônoma da sociedade faz com que os interesses corporativos consigam prevalecer. A representação política não funciona para resolver os grandes problemas da maior parte da população. O papel dos legisladores reduz-se, para a maioria dos votantes, ao de

intermediário de favores pessoais perante o Executivo. O eleitor vota no deputado em troca de promessas de favores pessoais; o deputado apóia o governo em troca de cargos e verbas para distribuir entre seus eleitores [...]

A influência do cenário internacional age como um elemento complicador do processo de construção da cidadania, uma vez que grandes decisões são tomadas fora do âmbito nacional, deixando os cidadãos cada vez mais longe de seus representantes. As mudanças nas relações entre Estado, Sociedade e Nação, decorrentes da acelerada globalização e, ainda, a redução do papel do Estado em função de mecanismos de controle internacional, levam à redução de benefícios sociais (CARVALHO, 2002).

Esse Estado reduzido é uma das características do neoliberalismo que ressalta a importância do mercado como mecanismo auto-regulador da vida econômica e social da nação (CARVALHO, 2002).

Associado ao neoliberalismo, está o consumismo que se desenvolve no imaginário popular, levando à criação de “necessidades” cada vez mais complexas e crescentes, atingindo todas as classes sociais e impondo uma nova cultura de consumir cada vez mais a cada dia e, ainda assim, muitas vezes, de se continuar insatisfeito: o substrato de que a indústria precisa.

Além dessas questões maiores implicadas com o tabagismo, ocorrem outras relacionadas com o indivíduo e o meio em que este vive.

#### **2.1.4 Aspectos psicossociais**

O tabaco tem seu uso associado a diferentes níveis simbólicos de significados. Não somente limitado à ação hoje conhecida da nicotina como uma droga psicoativa, como também por ser um elemento freqüentemente permeando as relações entre as pessoas.

A literatura aponta uma multiplicidade de causas que levam os indivíduos a fumar ou não. Essas causas podem ser de ordem psicológica, filosófica, sociológica e antropológica, variando de acordo com o meio ambiente, a situação familiar, o grupo com o qual o indivíduo se relaciona, além de causas intrínsecas ao próprio indivíduo (ROSEMBERG, 1988; SCIVOLETTO; MOHISA, 2001).

O consumo de substâncias psicoativas é definido a partir da relação entre três fatores: o momento sociocultural, a substância e a personalidade do indivíduo. Considerando os motivos relacionados com cada um desses fatores, pode-se classificá-los em motivações *internas* referentes à personalidade do usuário, e *externas*, ligadas aos fatores socioculturais e às características da substância. Entretanto, na maioria das vezes, é difícil definir a origem das motivações, uma vez que estas, na vida da pessoa, se intrincam na subjetividade, adquirindo valores do indivíduo. Assim, aquilo que de antemão seria categorizado como externo, sempre tem uma repercussão e, portanto, um significado interno ao sujeito (PAIVA, 1988).

Considerado também um hábito, relacionado com determinado estilo de vida, o tabagismo faz parte da realidade da vida cotidiana por meio de esquemas tipificadores, segundo os quais seu uso inicial é apreendido muitas vezes no contato face a face com o outro, no qual esse outro é apreendido. Assim, por modelagem (imitação), crianças e jovens iniciam a fumar. Crianças que vivem em ambientes onde há fumantes adquirem mais precocemente esse comportamento (ROSEMBERG, 1988).

No Brasil, o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens (CARLINI, et al., 2001). Isso se deve, muito provavelmente, à forma pela qual o seu consumo foi historicamente inserido na sociedade. Ações que associam o consumo de cigarros a conteúdos simbólicos, como as promovidas pelas corporações transnacionais do tabaco (de beleza, sucesso, liberdade, poder, inteligência e outros atributos desejados, especialmente pelos jovens) criaram, durante anos, uma aura de aceitação social e de imagem positiva do comportamento de fumar. Estudos demonstram que 90% dos fumantes iniciam a fumar até os dezenove anos de idade (CINCIPRINI, 1997), traduzindo, assim, o sucesso simbólico agregado ao uso do tabaco. Um cigarro, para o



iniciante, pode ser um ato simbólico de auto-afirmação. Podemos citar como exemplo, as anotações encontradas em um rascunho de relatório dos diretores da Philip Morris, que revela como a indústria utiliza esse conteúdo simbólico do tabagismo para promover a iniciação do fumar (INCA, 2002, p. 8): “Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro, eu não sou ‘quadrado’, ‘careta’. A medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o seu efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito [...]”

Com o tabagismo, revelam-se a imagem e a necessidade de aceitação social ou integração dos indivíduos em um grupo, o que contribui para o início do tabagismo, principalmente entre os adolescentes, que passam a considerar o ato de fumar um comportamento adulto e sofisticado ou um comportamento de sucesso. O comportamento de usar drogas, entre os membros de uma família ou entre amigos é um grande motivador para o início do consumo e reforço para sua continuação (INCA, 1997; SCIVOLETTO; MOHISA, 2001).

Na vida cotidiana, o grau de intimidade e de interesse entre as pessoas pode combinar-se e, assim, diminuir o grau de anonimato das experiências interpessoais. Daí podemos destacar a influência que os pais – pessoas próximas e significativas – exercem sobre os filhos com relação à experiência de iniciação do tabagismo.

A realidade social da vida cotidiana é, portanto, apreendida num contínuo de tipificações que vão se tornando progressivamente anônimas, à medida que se distanciam da situação face a face, do momento presente e, intensificadas nas relações freqüentes e intensas dessas situações, como é o caso das relações familiares. A estrutura social é a soma dessas tipificações e dos padrões recorrentes de interação estabelecidos por meio delas. Dessa maneira, a estrutura social é um elemento essencial da realidade da vida cotidiana (BERGER; LUCKMANN, 1993).

A realidade da vida cotidiana é partilhada com outros. Um presente partilhado é vivenciado, de maneira que há uma contínua apreensão entre as expressões de cada um. Nenhuma outra forma de relacionamento social pode produzir a plenitude de sintomas da subjetividade presentes na situação face a face. Nessa interação, o outro

é apreendido por meio de esquemas tipificadores, sendo estabelecidos modos como “lidamos” com o outro como “homem”, “europeu”, “comprador”, “tabagista”. Os esquemas tipificadores que entram nas situações face a face são naturalmente recíprocos. O outro apreende e é apreendido. As tipificações do outro são tão suscetíveis de sofrer interferências de nossa parte como as nossas são da parte dele. (BERGER; LUCKMANN, 1993).

Acrescendo ao que já foi mencionado, a apreensão (tipificação) do fumar a partir de indivíduos afetivamente significativos como os parentes próximos, principalmente os pais, se dá também com relação aos cônjuges, professores, profissionais da saúde e outros que sejam representados como significativos para o indivíduo. Principalmente nas situações face a face, o comportamento dos que estão próximos é capaz de influenciar a iniciação do tabagismo, bem como a sua continuidade e ainda dificultar a cessação de fumar (ROSEMBERG, 1988).

Alguns outros motivos que podem levar esses jovens a começar a fumar são a busca de um apoio, a manifestação de rebeldia, a tentativa de se mostrarem independentes (como visto no exemplo da página anterior), ou a tentativa de disfarçar a timidez. Enfim, seu uso é variável conforme a variabilidade de características de personalidade, singularidade biológica, a ideologia presente, o lugar e o momento sociocultural (ROSEMBERG, 1988; SCIVOLETTO; MOHISA, 2001; CARVALHO, 2000).

O fumar é considerado, por alguns tabagistas, como uma maneira de obter segurança e auto-afirmação. Os fumantes relatam sentirem-se com mais segurança ao fumar, pois têm como manter suas mãos ocupadas quando estão em público, além do que estabelecem um ritual desde o primeiro momento, quando buscam um meio de acender o cigarro, até o momento de dar as últimas tragadas de fumaça. No encontro do sujeito com o tabaco, a atitude do fumante é variável conforme sua vulnerabilidade pessoal, estando esta, portanto, relacionada com a história de vida do sujeito diante de carências de diferentes ordens de “faltas”. É aí que se situa o cigarro, preenchendo, muitas vezes, uma dessas “faltas”, às vezes uma falta antiga (KAUFMAN, 1986).

Zago (1996) destaca alguns sentidos relacionados com a existência (o viver) e o consumo de substâncias psicoativas. As pessoas demasiadamente inseguras não têm controle adequado de seus sentimentos e anseios. Não conseguem atingir um equilíbrio entre certa insegurança e se conduzir com uma certa segurança na denominada normalidade da vida. Assim, para lidar com essa insegurança, exercem um controle do meio externo, de pessoas, coisas, fatos, numa tentativa de preencher um vazio emocional, absorvendo tudo à sua volta, nada deixando escapar. A pessoa controladora e/ou insegura é insaciável. Suga tudo e todos para si, inclusive objetivamente: substâncias psicoativas (drogas).

Ainda segundo Zago (1996), a pessoa controladora envolve-se com o outro de tal maneira que o anula, em parte. E o cerne da dependência de substâncias psicoativas é exatamente, segundo ele, a vivência do eu vazio, porque o outro, o semelhante, está ausente, a vivência do outro é negada. Reside aí, então, uma das chaves do problema em questão.

Outra função primordial do uso de substâncias psicoativas na sociedade é, antes de obter o prazer, evitar o pensar. O não pensar pode ser traduzido em não sofrer, em não sentir a dor que acompanha a existência. À medida que se estreita a relação com a droga, a pessoa mais se distancia do sofrimento: próprio e do outro — a ponto de pouco sentir em relação a si mesmo e aos acontecimentos à sua volta (ZAGO, 1996; BUCHER, 1991).

Também a criança e o jovem podem buscar no tabagismo um refúgio de seus problemas existenciais. Esse fato encontra-se intimamente relacionado com as tensões sociais, particulares a esta fase da vida, de enfrentamento do mundo externo, que muitos jovens sofrem. Para cumprir esse desafio, se tanto a sociedade como a família mostram-lhes as substâncias psicoativas, que são vistas como o equivalente a um potencializador de si mesmo, eles poderão adotar essa prática. O uso de substâncias psicoativas pelo adolescente vem também denunciar uma série de insatisfações em relação ao mundo, aos adultos e à sociedade (KAUFMAN, 1986; KALINA, 1999).

Fatores sociais relevantes para os jovens fumarem são, entre outros, o fácil acesso aos produtos derivados do tabaco, particularmente os cigarros, o baixo preço do produto e os fatores já citados, relativos à convivência com fumantes, e as estratégias de *marketing* da indústria do fumo (EVERETT et al., 1999; MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Embora haja no Brasil a proibição legal da venda de cigarros para menores de dezoito anos de idade, prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/90, art. 81, muitas vezes os estabelecimentos comerciais efetuam a venda a indivíduos daquela faixa etária, pois nem sequer solicitam um documento para comprovação da idade do comprador.

A ação da propaganda de cigarros é comprovada, em vários estudos, como um expressivo fator de influência para iniciação e continuidade do tabagismo. A publicidade reforça o hábito dos que fumam, ao criar a imagem do fumante como um indivíduo seguro, bem-sucedido, de bom aspecto físico, com coragem, vigor, etc. As corporações transnacionais do tabaco, por meio de seu *marketing* empresarial, exibem fluidez e habilidade na comunicação de importantes distinções simbólicas para a aceitação e venda de seu produto: o cigarro.

No começo do século passado, a distinção era feita entre homens fumantes e mulheres não fumantes. Como as mulheres começaram a fumar, esse simbolismo ficou comprometido e uma nova estratégia surgiu de diferenciação: cigarros com filtros para as mulheres e sem filtro para os homens. Com a divulgação dos problemas referentes à saúde gerados pela química do tabaco, uma nova resposta estratégica foi colocada em prática: todos os cigarros passaram a ter filtros — porém os cigarros mais fortes são para os homens e os mais suaves, para as mulheres. Sucessivamente, a indústria tabageira estabelece estratégias para colocar o seu produto no mercado (McCRACKEN, 2003).

Dessa forma, o simbolismo e a linguagem simbólica tornam-se componentes essenciais da realidade da vida cotidiana e da apreensão que fazemos dessa realidade. Vivemos em um mundo de sinais e símbolos em nosso dia-a-dia. Vivemos cercados de objetos que foram criados (objetivados) a partir de subjetivações humanas. No caso do cigarro,

temos a indústria e também alguns tabagistas que tão bem sabem divulgar os fins do fumar (BERGER; LUCKMANN, 1993; McCRAKEN, 2003).

Manifestações do significado simbólico agregado ao tabagismo extrapolam as percepções do próprio corpo e, algumas vezes, se manifestam por meio de produções artísticas. O tabaco, assim, entrou na literatura, música, cinema, escultura e outras, como manifestação de fumantes que exaltavam e até mesmo divinizavam o fumar. Pelo poema de Fernando Pessoa, podemos compreender um pouco do simbolismo do ato de fumar:

Acendo um cigarro ao pensar  
E saboreio a libertação de todos os pensamentos.  
Sigo o fumo como uma rota própria.  
E gozo, num momento sensitivo e competente,  
A libertação de todas as especulações  
E a consciência de que a metafísica  
É uma consequência de estar mal disposto  
Depois deito-me para trás na cadeira  
E continuo fumando.

O consumo de cigarro também está relacionado, para alguns indivíduos, principalmente do sexo feminino, com crenças de ser o consumo do tabaco um regulador do ganho ou da manutenção do peso corpóreo. Muitos começam a fumar ou têm dificuldade em parar de fazê-lo devido ao receio de ganhar peso. Entre os que conseguem parar de fumar, muitos recaem ao tabagismo em função desse motivo (INCA, 2001; CARVALHO, 2000).

Contudo, embora a nicotina eleve o consumo calórico, em geral, a relação entre fumar e aumentar o peso corporal não é tão linear, uma vez que a regulação do peso depende do perfil endócrino particular a cada indivíduo (INCA, 1997). Em geral, o

ganho de peso, que pode ocorrer após a pessoa deixar de fumar, é em média de 2-4 kg. Entretanto, uma proporção de 1:10 ex-fumantes pode chegar à faixa de 11-13,5kg de peso a mais. Vale destacar, contudo, que metade dos ex-fumantes irá aumentar menos que isso; alguns podem não engordar e outros podem até emagrecer (INCA, 2001).

Fatores intrínsecos ao indivíduo, ainda pouco conhecidos, também podem estar relacionados com a iniciação do tabagismo. Autores mostram vulnerabilidades para a iniciação do tabagismo e, particularmente, para o desenvolvimento da dependência, por influências genético-hereditárias (SURGEON GENERAL, 1994; SULLIVAN; KENDLER, 1999).

Outras situações que estão associadas ao consumo de tabaco, geralmente em quantidades elevadas, são os casos em que os indivíduos apresentam transtornos, como depressão, estresse, ansiedade, esquizofrenia e a dependência do álcool. Transtornos psiquiátricos são freqüentemente observados nos indivíduos com dependência de substância psicoativa, havendo uma estreita associação entre a dependência nicotínica e a presença de comorbidade psiquiátrica (INCA, 2001; DÒREA; BOTELHO, 2004).

A literatura aponta, ainda, questões sociais referentes à renda e à escolaridade relacionadas com o tabagismo. A prevalência do tabagismo tem se mostrado inversamente proporcional ao nível educacional da população, e a escolaridade tem sido considerada como um indicador indireto de renda. Na maioria dos países, existe uma correlação entre tabagismo, baixa renda e baixo nível de escolaridade, conforme demonstrado nos resultados do VIGESCOLA, (2004) e do World Bank (2003).<sup>8</sup>

O tabagismo é adquirido, portanto, de maneira multicausal. Seus fatores condicionantes, isto é, as associações que o fumante estabelece com o fumar, por sua vez, sofrem influências das variantes que o envolvem e das características psicológicas individuais e da gratificação da droga (ação da nicotina). São considerados fatores

---

<sup>8</sup> A esse respeito, ver também, neste trabalho, a seção ‘Aspectos epidemiológicos’

gratificantes os ligados ao ritual de fumar bem como a satisfação com o paladar e o contato com o cigarro (INCA, 1997; HEISHMAN; HENNINGFIELD, 1994). A ação da nicotina é considerada como um forte fator de gratificação de consumo do tabaco, como veremos a seguir.

### **2.1.5 Aspectos clínicos**

O consumo de substâncias psicoativas (SPA), na maioria dos casos, encontra-se relacionado com a busca do alcance do prazer, do alívio de dores, da inclusão social entre outros. Entretanto, esse consumo implica um potencial de danos de curto e de longo prazo (OMS, 2004).

As diferentes substâncias psicoativas têm maneiras diferentes de agir no cérebro para produzir os seus efeitos. Ligam-se a tipos diferentes de receptores e podem aumentar ou diminuir a atividade dos neurônios graças a vários mecanismos diferentes. Em consequência, têm diferentes efeitos sobre o comportamento, diferentes taxas de desenvolvimento de tolerância, diferentes sintomas de abstinência e diferentes efeitos em curto e em longo prazo. Contudo, as substâncias psicoativas têm similaridades na maneira em que afetam regiões importantes do cérebro ligadas à motivação, sendo esse um aspecto importante em relação às teorias do desenvolvimento da dependência (OMS, 2004).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas segundo seus efeitos sobre o sistema nervoso central (SNC) (Quadro 1). Dessa maneira, os depressores da atividade do SNC tendem a diminuir a atividade motora, a reatividade à dor e à ansiedade. Entretanto, é comum um efeito inicial de euforia e a seguir de sonolência. Por outro lado, os estimulantes da atividade do SNC produzem aumento do estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos; o tabaco encontra-se nesse grupo de estimulantes do SNC (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996; LARANJEIRA ; SURJAN, 2001).

<b>Classificação das principais substâncias</b>
<p>1- Depressores do SNC  Álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos e opiáceos  opiáceos naturais: morfina, codeína; sintéticos: meperidina, propoxifeno, metadona; semi-sintéticos: heroína, solventes ou inalantes</p> <p>2- Estimulantes do SNC  - cocaína, nicotina, anfetaminas e drogas de ação semelhante (anfetemínicos), cafeína</p> <p>2- Perturbadores do SNC  - derivados da cannabis: maconha, haxixe, THC  - derivados indólicos: plantas e cogumelos  - sintéticos: LSD-25, MDMA (ectasy)  - anticolinérgicos  - outras substâncias em doses elevadas</p>

Quadro 1- Classificação das principais substâncias

Fonte: JBDQ, (2001, p. 2)

Para melhor compreensão das diferentes situações nas quais um indivíduo pode interagir com o tabaco, passaremos a definir alguns conceitos básicos. O uso de SPA refere-se a qualquer consumo, independente da freqüência ou da intensidade, enquanto abuso ou uso nocivo, ao consumo associado a conseqüências adversas recorrentes e significativas, que não preenchem, porém, os critérios para a dependência. O consumo excessivo e constante é condição necessária para o começo da dependência. A dependência significa que o ato de usar a droga deixou de ter uma função social e de eventual prazer e passou a gerar transtornos de comportamentos relacionados com a SPA utilizada. Portanto, ocorre uma progressiva perda de liberdade de decidir se se quer ou não fumar (ou usar qualquer outra droga) e fica-se condicionado à própria dependência da SPA para determinar quando usá-la (LARANJEIRA; SURJAN, 2001). Já o DSM-IV estabelece os critérios diagnósticos para abuso e dependência de substâncias (Quadro 2 e 3).



<b>Critérios para abuso de substância psicoativa</b>
<p>A- Um ou mais dos seguintes aspectos ocorrendo dentro de um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa</li> <li>2- uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico</li> <li>3- problemas legais recorrentes relacionados com a substância</li> <li>4- uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância</li> </ol> <p>B- Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência de substância, para essa classe de substância.</p>

Quadro 2 - Critérios do DSM-IV para abuso de SPA

Fonte: JBDQ (2001, p. 3)

<b>Critérios para dependência de substância psicoativa</b>
<p>A -Três ou mais critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a- uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado</li> <li>b- acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância</li> </ol> </li> <li>2- abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> <li>a- síndrome de abstinência característica para a substância</li> <li>b- a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência</li> </ol> </li> <li>3- a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido</li> <li>4- a ocorrência de um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o consumo da substância</li> <li>5- muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação dos seus efeitos</li> <li>6- importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância</li> <li>7- o uso da substância continua, apesar da consciência de haver um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância</li> </ol>

Quadro 3 – Critérios do DSM-IV para dependência de SPA

Fonte: JBDQ (2001, p. 3)

Questionários, inventários e escalas são desenvolvidos para auxiliar na elaboração do diagnóstico e melhor avaliar a situação do paciente, com relação ao consumo da SPA, podendo, ainda, auxiliar na fundamentação da intervenção. A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da OMS (1993) e a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2003) são utilizadas para a avaliação de critérios diagnósticos para abuso e dependência de SPA. Dos sete critérios do DSM-IV-TR para dependência de SPA, a presença de três deles norteia o diagnóstico de dependência da substância (Quadro 3). Tanto a CID-10 quanto o DSM-IV-TR (2003) estabelecem os critérios diagnósticos do consumo de SPA.

Desde 1993, a OMS passou a incluir o tabagismo no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)- capítulo F17.2, *síndrome de tabaco-dependência* (OMS, 1997). O tabagismo é atualmente reconhecido como uma doença resultante da dependência de nicotina, que faz com que os usuários dos produtos do tabaco se exponham continuamente a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 delas cancerígenas para o homem, que, assim, corre elevados riscos de contrair outras doenças, que, em sua maioria, são limitantes e fatais (INCA, 2003).

A dependência de nicotina pode ser graduada por vários métodos, sendo estes de caráter qualitativo ou quantitativo. Em uma avaliação qualitativa, tem-se uma idéia geral do estado no qual o indivíduo se encontra, por meio de suas respostas a perguntas específicas, por exemplo, como ele se vê como dependente, se ele reconhece os sintomas de dependência e sua intensidade. Com referência aos métodos quantitativos, a medida mais utilizada, universalmente, é a realizada pelo Teste de Fagerström (KIRCHENCHTEJN; CHATKIN, 2004).

Por meio da utilização do Teste de Fagerström (ANEXO A), o profissional de saúde poderá obter, também, informações que poderão subsidiar as estratégias terapêuticas a serem adotadas na abordagem do fumante (FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989; HURT, 1999; ETTER, 1999).

Outra possibilidade de graduação da dependência é com a realização dos métodos biológicos. Estes oferecem como vantagem a objetividade. A mensuração da cotinina salivar, plasmática ou urinária informa o grau de consumo que, por si só, é um marcador de dependência. Há relação significativa entre o resultado do Fagerström e os níveis de cotinina. A monoximetria, ou medida da concentração de monóxido de carbono no ar exalado, é feita com a utilização de um aparelho denominado monoxímetro, que avalia o grau de intoxicação por essa substância nas últimas horas, sendo, portanto, seu nível mais elevado à noite que pela manhã. Não oferece a acuidade da mensuração da cotinina, que tem meia-vida mais prolongada (KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, M., 2004).

Segundo a OMS, dependência a uma droga representa o uso e a necessidade, tanto física quanto psicológica, de uma substância psicoativa, apesar do conhecimento de que seus efeitos prejudiciais à saúde. Existe também um padrão de auto-administração que, geralmente, resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo para consumir a droga (OMS, 2004).

A dependência de nicotina, como qualquer outra dependência, é um processo complexo, em que estão envolvidos, além da Farmacologia, a personalidade e as condições sociais do usuário, bem como outros fatores adquiridos e condicionantes. Os dependentes da nicotina relatam os efeitos positivos, como prazer, estímulo, redução da ansiedade e do estresse, alegando, ainda, que a nicotina melhora o nível de atenção e o rendimento de tarefas. O comportamento de usar uma droga é adquirido com a associação de condicionamentos, sendo estes reforçados por sua ação farmacológica, tal como ocorre com a nicotina. O ato de fumar é, em parte, mantido por esses condicionamentos, uma vez que a associação do fumar, repetidamente associada a eventos da vida cotidiana, como fumar após as refeições, tomar café, executar alguma atividade ou mesmo encontrar-se com amigos, faz com que esses eventos se tornem estímulos vigorosos para desencadear o desejo de fumar (INCA, 1997).

Qualquer contato com as 4.720 substâncias tóxicas que fazem parte da fumaça do tabaco faz mal à saúde, inclusive a dos fumantes passivos. Não existe um limite

abaixo do qual poderíamos aspirar essa fumaça altamente tóxica em segurança (LARANJEIRA; SURJAN, 2001).

A nicotina é um composto orgânico e é o principal alcalóide do tabaco. Alcalóides são compostos orgânicos nitrogenados provindos de plantas, que têm efeitos fisiológicos nos seres humanos. A nicotina está presente em toda a planta do tabaco, mas principalmente nas folhas, correspondendo a 5% em peso da planta. A nicotina, em estado bruto, já era conhecida em 1571 e o produto purificado foi obtido em 1828. A nicotina é um dos poucos alcalóides que existem sob a forma líquida. Apresenta cor marrom e odor típico do tabaco, quando exposta ao ar (PLIZKA; STEVEN, 2004).

Cada cigarro contém, aproximadamente 7-9mg de nicotina, dos quais 1mg é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em menos de dez segundos (BENOWITZ, 1998). É com esta rapidez que o fumante percebe os efeitos psicoativos da droga, como a melhora da atenção e da concentração, diminuição do apetite, aumento do estado de alerta, redução da ansiedade e melhora do humor depressivo (HEISHMAN; TAYLOR; HENNINGFIELD, 1994; APA, 1996; EVANS et al., 1995; PICCIOTTO, 2002). O tão freqüentemente relatado efeito relaxante da nicotina parece dever-se mais ao alívio da ansiedade provocada pela abstinência da substância do que por seu efeito direto no sistema nervoso central (MELISKA; GILBERT , 1991).

O consumo do tabaco, que tem como principal componente psicoativo a nicotina, desencadeia o maior percentual de dependência, dentre todas as demais substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas. Cerca de 60% dos adolescentes que experimentam fumar, tendem ao consumo diário e, destes, 20-30% tornam-se dependentes. Com a dependência, os fumantes, ainda que o queiram, não conseguem deixar o tabagismo (APA, 1996; WHO, 1993)

O tabagista se expõe a uma permanente intoxicação produzida pelo consumo do tabaco em tragadas sucessivas, com um certo espaço de tempo entre elas, uma vez que as doses múltiplas de nicotina que inala, embora degradadas em parte, por volta de duas horas após serem absorvidas, acumulam-se de tal maneira que a intoxicação é contínua ao longo de todo um dia. Os picos de concentração plasmática de nicotina se

mantêm, por exemplo, em torno de 20ng/l, em um fumante, durante o dia, caindo para 10ng/l no período da noite. O fumante assim se expõe à intoxicação permanente provocada pelo tabaco (BALFOUR, 2000).

A nicotina é absorvida com rapidez pela pele, pelas mucosas e pelos pulmões. A via pulmonar produz efeitos no sistema nervoso central em pouco menos de sete segundos. Com dez tragadas por cigarro, o fumante de um maço por dia reforça o hábito duzentas vezes diariamente. O momento, o contexto, a situação e a preparação, tudo se torna associado, por tipificação, aos efeitos da nicotina (GOODMAN; GILMAN, 1996).

Pesquisas nos Estados Unidos mostram que, apesar de a maioria das pessoas terem consciência dos riscos relacionados com o tabagismo, e a maioria dos fumantes desejarem parar de fumar, menos de 3% deles deixam o tabagismo a cada ano (GIOVINO 1993; CINCIPRINI, 1997). Entre os que experimentaram pelo menos um cigarro, 33% a 50% ficam dependentes da nicotina. Entre os que se tornam fumantes regulares, a incidência de dependência é mais substancial, variando de 70 a 90% dos casos. Dos que param de fumar por pelo menos um dia, menos de 15% permanecem abstinentes ao final de um ano (GIOVINO, 1993; CINCIPRINI, 1997).

Após a interrupção do tabagismo, 70% dos usuários apresentam síndrome de abstinência. Os sintomas de abstinência tendem a aparecer cerca de uma hora após o término do último cigarro. A maioria dos fumantes acaba, por isso, consumindo mais de doze cigarros por dia. Os principais sintomas da síndrome de abstinência são vontade intensa de fumar (*craving*), irritabilidade, ansiedade, humor deprimido, diminuição da concentração, aumento do apetite, inquietude, alteração do sono (insônia ou sonolência) e aumento do apetite. O quadro chega a durar até seis a oito semanas, embora a intensidade dos sintomas seja máxima nas primeiras duas semanas ( HEATHERTON et al. , 1991; GOODMAN;GILMAN, 1996).

A “fissura” tem manifestação passageira, durando de três a cinco minutos, retornando horas depois, diminuindo de intensidade e freqüência com o passar do tempo de abstinência. O fumante pode aprender que não fumar causa irritabilidade, pois, sendo

esse um dos sintomas da síndrome de abstinência, o uso do tabaco trará seu alívio. Isso gera um aprendizado para o indivíduo, que passa a considerar a irritabilidade de qualquer causa (estresse, frustração), como um estímulo ao ato de fumar (GOODMAN; GILMAN, 1996).

O humor deprimido está associado à dependência nicotínica. Entretanto, não se sabe se a depressão predispõe ao início do comportamento de fumar ou se o desenvolve durante o curso da continuidade do tabagismo. A depressão agrava-se expressivamente, durante o período de abstinência do tabaco, sendo citada como uma das razões de recaída (GOODMAN; GILMAN, 1996).

Como visto, a presença de tolerância – necessidade do uso de doses cada vez maiores e da síndrome de abstinência – está presente na dependência tabágica tal como ocorre com outras drogas. A síndrome de abstinência acontece à medida que os níveis de nicotina no organismo vão diminuindo. A maioria dos sintomas atinge intensidade máxima dentro de 24-48 horas, diminuindo gradativamente entre uma e duas semanas. Porém, o desejo de fumar pode persistir por meses ou anos após a interrupção do consumo de tabaco.

Os sintomas da síndrome de abstinência atingem seu auge em aproximadamente três dias. A partir do final da primeira semana, começam a diminuir, geralmente passando dentro de duas semanas a um mês. Em alguns casos, um ou outro sintoma pode persistir por até seis meses, principalmente o aumento do apetite (USDHHS, 1988; HUGHES et al., 1991).

A compreensão da multiplicidade de aspectos que envolve o fenômeno de consumo de substância psicoativa, dentre elas, a nicotina, tem relação direta com as formas de atenção que são fornecidas ao dependente dessas substâncias psicoativas e com a escolha da abordagem terapêutica (MARLATT, 1993).

Vários autores, como Bucher (1991), Marlatt (1993) e Hussein (1998), enfocam o tratamento dos dependentes de dependência de substância psicoativa, baseados em diferentes premissas compreensivas acerca do fenômeno.

Marlatt (1993) descreve quatro grandes modelos de compreensão e abordagem do dependente de droga: 1. Moral; 2. Doença; 3. Comportamento adquirido; e 4. Compensatório.

No *Modelo Moral*, o uso excessivo de qualquer substância pode ser visto como um problema de “controle de impulso” e o dependente, como o sujeito incapaz de exercer controle apropriado sobre seu comportamento, por faltar-lhe força de vontade, de caráter, uma pessoa incapaz de resistir à tentação de uso da SPA.

No *Modelo de Doença*, o comportamento do dependente de SPA está baseado na dependência física subjacente, e a atenção é focalizada sobre fatores fisiológicos predisponentes, geneticamente transmitidos como causa subjacente da dependência.

O *Modelo Adicto* é derivado dos princípios da teoria do aprendizado social, psicológica cognitiva e psicológica social experimental. Os comportamentos de dependência são vistos como hábitos hiperaprendidos que podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos.

No *Modelo Compensatório*, as pessoas não são consideradas responsáveis pelo desenvolvimento de problemas, mas são capazes de compensar suas dificuldades, assumindo responsabilidade pela mudança no comportamento mesmo diante de recaídas. O indivíduo torna-se um agente de mudança e, ao mesmo tempo, evita tanto a culpa associada como visto no modelo moral, quanto a impotência e a perda de controle associados como no Modelo de Doença.

Ainda existem vários outros modelos de tratamento propostos para a abordagem do indivíduo dependente de substância psicoativa. A escolha do mais adequado ao paciente depende de uma boa avaliação inicial, pela qual fatores extrínsecos (do modelo disponível, das condições socioeconômicas) e intrínsecos (da motivação do paciente e do diagnóstico) devem ser levados em consideração (HAXBY, 1995; MARQUES et al., 2001).

Uma revisão recente da literatura, realizada por Schenker e Minayo (2004) sobre tratamento para o uso indevido e/ou abusivo de drogas, permitiu aos autores constatarem que a família apareceu como co-autora, tanto do surgimento do abuso de drogas quanto, instituição protetora para a saúde de seus membros e, relacionar diferentes formas terapêuticas de abordagem do dependente de substância química :

Terapia Comportamental (*Behavioral Therapy*) – baseia-se nos princípios do condicionamento clássico e operante:

a) Terapia Comportamental Cognitiva (*Cognitive Behavioral Therapy* – CBT) – Essa intervenção expande os princípios da teoria comportamental;

b) Terapia Motivacional (*Motivational Therapy*) – pretende auxiliar o indivíduo, de forma empática, a se movimentar pelos estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção);

c) Intervenções Farmacológicas (*Pharmacotherapy*) – são usadas principalmente com adultos no tratamento de sintomas graves de dependência de drogas;

d) Terapia dos doze passos (*Twelve-Steps Approaches*) – também conhecida como o “Modelo Minnesota” (*Minnesota Model*): os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) concebem a adicção como uma doença progressiva e crônica, caracterizada pela negação e pela perda de controle;

e) Abordagem de Comunidade Terapêutica (*Therapeutic Community Approach* – TC) – trata-se de programas de residências de longa duração para indivíduos com severo abuso de drogas;

f) Intervenções Multissistêmicas e Baseadas na Família (*Family-based and Multi-Systemic Interventions*) – contextualizam o indivíduo em sua família e na sociedade – seus pares, escola, comunidade.

As abordagens principais para o tratamento da família são:



- a) Modelo da Doença Familiar – parte do princípio de que a família e o adicto têm uma doença;
- b) Terapia de Família Comportamental-Cognitiva – integra a teoria sistêmica com princípios e técnicas da CBT individual;
- c) Terapias Integrativas – também chamadas de ecológicas, como a Terapia de Família Multidimensional (*Multidimensional Family Therapy* – MDFT) e a Terapia Multissistêmica da Família (*Multisystemic Family Therapy* – MST).

No caso do tabagismo, segundo consensos nacionais e internacionais que, por sua vez, se baseiam em estudos de metanálise da literatura mundial sobre a cessação de fumar, o tratamento pode ser definido a partir das características do indivíduo e da modalidade de intervenção disponível. Os métodos de tratamentos preconizados como de primeira linha, sendo assim considerados por haver evidência científica que comprova sua eficácia na cessação do fumar, são a abordagem cognitivo-comportamental e a abordagem medicamentosa (FIORE et al., 2000; INCA, 2001; MARQUES et al., 2001). A associação das abordagens terapêuticas tem se mostrado de resultado mais efetivo na cessação de fumar que a utilização das abordagens isoladamente. A utilização de tratamentos alternativos, como a acupuntura e a hipnose, tem sido estudada, mas os resultados têm se mostrado pouco efetivos (FIORE et al., 2000; INCA, 2001; MARQUES et al., 2001; FOULDS et al., 1993).

As sessões de aconselhamento cognitivo-comportamental são classificadas como mínimas, básicas e intensivas. As intervenções mínimas e básicas podem ser realizadas por todo profissional de saúde em seus atendimentos de rotina. Se todos os profissionais de saúde estiverem comprometidos com a prevenção e controle do tabagismo, isto é, pondo em sua prática cotidiana a abordagem do tabagista ainda que mínima, as chances de sucesso para o alcance da cessação de fumar serão maiores. No tratamento especializado (Abordagem Intensiva), na avaliação inicial, deve-se investigar, além da história detalhada do uso de tabaco na vida, comorbidades psiquiátricas mais prevalentes, como transtorno depressivo ou ansioso e outras dependências, entre outros (INCA, 1997; INCA, 2001).

Ao realizar a abordagem do paciente, é importante que se esteja atento à condição em que este se encontra, de desejar ou não deixar de fumar, se está em fase de lapso ou de recaída,<sup>9</sup> ou se encontra-se em abstinência e, ainda, se é um caso de tabagismo passivo, em que, embora o indivíduo não fume, por conviver com fumantes, torna-se fumante passivo (INCA, 2001; MEIRELLES; GONÇALVES, 2004).

Os grupos de auto-ajuda e outros medicamentos diferentes dos repositores de nicotina e da bupropiona são considerados de segunda linha e podem ser coadjuvantes efetivos. Materiais didáticos de auto-ajuda, aconselhamento por telefone e estratégias motivacionais ajudam a melhorar a efetividade do tratamento.

Existem vários modelos de tratamento propostos, e a escolha do mais adequado ao paciente depende de uma boa avaliação inicial, pela qual fatores extrínsecos (do modelo disponível e das condições socioeconômicas) e intrínsecos (da motivação do paciente e do diagnóstico) devem ser levados em consideração (MARQUES et al., 2001).

A abordagem intensiva, como veremos a seguir, envolve capacitação profissional específica. Quanto mais intensiva for a intervenção, melhores serão os resultados em longo prazo.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina, o qual recomenda a assistência para o tratamento de tabagistas na rede do SUS, consta das Portarias GM/MS/nº1.575 de 29-8-2002 e GM/MS/nº1.035 de 1-6-2004, sendo a segunda uma versão aperfeiçoada da primeira, decorrente da ampliação do acesso da abordagem e tratamento do tabagismo na rede assistencial do SUS (BRASIL, 2004).

Segundo essa Portaria, a atenção ao tabagista poderá ocorrer de forma hierarquizada, em toda a rede de serviços do SUS, desde que haja o atendimento de critérios, dentre os quais se encontram: a necessidade de que os profissionais de saúde de nível

---

<sup>9</sup> Lapso é um episódio de consumo de tabaco, quando um ex-fumante fuma um ou alguns poucos cigarros, sem voltar a fumar regularmente. A recaída é caracterizada como a retomada do consumo regular de tabaco, mesmo em quantidades menores que anteriormente ocorria (MEIRELLES; GONÇALVES, 2004).

superior, que façam parte da equipe de tratamento do tabagismo, estejam capacitados, segundo o modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo/MS/INCA; que na referida Unidade de Saúde não seja permitido fumar em seu interior e que nela haja espaço físico para a realização do atendimento individual e em grupo que ocorre ao longo do tratamento do tabagista.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina da Portaria GM/MS/ nº1.035 orienta que o eixo central da abordagem do fumante para a cessação de fumar compreende as intervenções cognitivas e o treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação de fumar e à prevenção de recaída, isto é, a abordagem cognitivo-comportamental e, quando houver indicação, o tratamento medicamentoso será também associado. O tratamento medicamentoso constará, conforme critério de indicação, dos medicamentos: adesivo transdérmico de nicotina 7, 14, e 21mg e goma de mascar de nicotina de 2mg e decloridrato de bupropiona de 150mg.

Com isso, vimos que são muitas as possibilidades de compreensão e, conseqüentemente, de intervenção sobre o fenômeno dependência de substâncias, no qual atualmente o tabagismo se inclui. E, ainda, de ser o tratamento de fumantes, na rede do SUS, uma prática muito recente e de caráter muito particular: o interdisciplinar.

Como já citado, não somente nos consensos, como também nas portarias, o eixo da abordagem do tabagista para cessação de fumar baseia-se nos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental, podendo esta ser realizada por qualquer integrante que componha a equipe, ou seja, profissional de 3º grau da área da saúde, com a devida capacitação em tratamento de tabagista. Isso implica, tanto por parte das instituições onde se dará o atendimento, quanto por parte dos profissionais que irão realizá-lo, incorporarem um paradigma, talvez novo para muitos, que é o da prática interdisciplinar.

Essa prática implica diferentes olhares e saberes convergindo reflexivamente sobre o mesmo foco – o fumante, de maneira a desvelar o cerne das questões conflituosas –, sobre o processo de cessação de fumar e ainda sobre as diferentes concepções dos

integrantes da equipe. A prática interdisciplinar exige uma reflexão mais profunda e mais inovadora sobre conceitos estabelecidos, em que, segundo Japiassú (1976, p. 42):

[...] obrigando-nos a desinstalar-nos de nossas posições acadêmicas tradicionais, das situações adquiridas, e a abrir-nos para perspectivas e caminhos novos. Ademais, exigirá de nós que reformulemos nossas estruturas mentais, que *desaprendamos* muita coisa, que desconfiemos das cabeças bem 'arrumadas', pois, em geral, são bastante 'desarrumadas', tendo necessidade de nova 'rearrumação'.

Esse, então, é mais um aspecto diferenciado que envolve a questão do tabagismo e de seu caminho inverso, o da cessação de fumar. Ocorre, assim, não somente a mobilização do indivíduo que busca parar de fumar, como também da equipe que irá assisti-lo.

Diante do exposto até agora, podemos perceber que o tabagismo e a cessação de fumar compõem um imenso campo com diferentes concepções explicativas sobre sua origem, em semelhança ao que ocorre com relação à dependência de outras substâncias psicoativas. Porém, o tabagismo teve sua inclusão nesse universo recentemente (1993). Fato este, como visto,<sup>10</sup> que pode ser explicado não somente por outrora o tabaco ter sido recomendado para fim terapêutico ao longo de muitos anos mas também por sua ampla aceitação social intensamente propagada pela indústria do tabaco e pelos próprios tabagistas e, também, pelo hiato que há segundo vários autores de algumas décadas entre o início do consumo e o surgimento de suas conseqüências à saúde (MURRAY; LOPES, 1996; SALOOJEE; DAGLI, 2000; YACH; BIALOUS, 2001). Nesse contexto, ocorreu a indagação: o que leva uma pessoa a parar de fumar, ainda que seja com tratamento? Buscaram-se, então, as prováveis questões e respostas emergentes sobre a cessação de fumar entre indivíduos que passaram por tratamento para tal fim. Supôs-se que estas se referem basicamente à atenção à saúde, à relação entre terapeutas e pacientes (ou profissionais e usuários de serviços de saúde), também àquelas relativas às representações e ao imaginário

---

<sup>10</sup> A esse respeito, ver também, neste trabalho, a seção "Aspectos históricos"

social envolvendo categorias, como corpo e mente, saúde e doença, morte e vida, além de tratamento e recuperação (ou invalidez e cura) entre os atores implicados no processo, como veremos a seguir.

## 2.2 O PROCESSO DE CESSAÇÃO DE FUMAR

Os principais riscos do tabagismo decrescem quando os indivíduos cessam de fumar, mesmo aqueles que fumaram por mais de trinta anos. Os fumantes passam por estágios motivacionais, até conseguirem parar de fumar, o que, para alguns, pode levar pouco tempo, enquanto, para outros, a cessação poderá se dar em alguns anos (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Os benefícios que ocorrem quando os indivíduos param de fumar são documentados em de vários estudos (US SURGEON GENERAL, 1990; DOLL E PETO, 1994; MACKAY; ERIKSEN, 2002). Em apenas um dia de abstinência, já se sente tais benefícios no coração e na pressão arterial e, com o passar dos anos, também reduzem-se os riscos de câncer, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (MACKAY; ERIKSEN, 2002). Mas parar de fumar não se trata de uma simples decisão súbita, em transformar-se de um fumante regular a um não fumante. Até que um indivíduo pare de fumar, definitivamente, ele percorre um caminho sutil, onde se seguem idas e vindas.

As pessoas que deixam de fumar antes dos cinquenta anos de idade apresentam, após dezesseis anos de abstinência, uma redução de 50% no risco de morte por todas as causas, quando comparadas com as pessoas que continuam a fumar. O risco de morte por câncer de pulmão sofre uma redução de 30 a 50% em ambos os sexos, após dez anos de abstinência do tabagismo; enquanto, para o câncer de bexiga ou de rim, o risco para os ex-fumantes pode ser reduzido em 50%, dentro de poucos anos, após a cessação; e para o câncer de cavidade oral e de esôfago a redução é de 50% após cinco anos (US SURGEON GENERAL, 1990; DOLL E PETO, 1994).

Os esforços para a cessação de fumar reduzem a mortalidade em um prazo mais curto do que a prevenção da iniciação do comportamento de fumar entre os jovens, pois estes só produzirão mudanças significativas nos dados estatísticos populacionais de trinta a cinquenta anos depois, ou seja, quando os adolescentes atuais atingirem a faixa etária em que se concentram as mortes relacionadas com o tabagismo.

Os padrões de consumo de droga podem ser modificados por fatores do desenvolvimento e do ambiente, além da mudança intencional, como ocorre na terapia. São descritos, no entendimento dos comportamentos aditivos, vários estágios de mudança. Esses estágios são: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. A *pré-contemplação* é um estágio em que as pessoas não pretendem mudar seu comportamento, ou não estão suficientemente conscientes de que têm problemas. A *contemplação* é o estágio em que o indivíduo demonstra consciência do seu problema e começa a pensar em fazer mudanças, mas sem um sério compromisso para agir. Depois de *tomar a decisão* de mudar, o *estágio da ação* envolve tentativa concreta de modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar seus problemas de adição. Durante o *estágio de manutenção*, a pessoa trabalha para evitar a recaída e consolidar os ganhos (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1986).

A compreensão e acompanhamento dos estágios de mudança do fumar são elementos fundamentais e auxiliares na abordagem de tabagistas. Prochaska et al. (1992) apresentaram um modelo explicativo de mudança do comportamento do uso de drogas, aplicado principalmente ao tabagismo, que, diferentemente dos modelos anteriores, identifica que o sujeito, durante o processo de cessação de fumar, poderá voltar à fase inicial (pré-contemplação) antes de finalmente chegar ao término do problema. O estágio de preparação, entre a contemplação e a ação, foi acrescentado recentemente. As pessoas, nesse estágio, são descritas como estando “prontas para a ação”. A recaída não é mais considerada como estágio de mudança e, sim, como um evento que marca o final do estágio de ação ou de manutenção:

a) estágio pré-contemplativo: fase em que o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos seis meses. São aqueles pacientes que vêem mais prós do que contras em fumar, que negam os malefícios do tabaco à saúde;

b) estágio contemplativo: o indivíduo pretende seriamente parar de fumar nos próximos seis meses, mas, na verdade, está ambivalente. Encontra um pouco mais contras do que prós em fumar, mas, em caso de dúvida, não pára;

c) preparação para ação: o indivíduo pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Já começa intuitivamente a usar de técnicas comportamentais para livrar-se do fumo: adia o primeiro cigarro do dia, diminui o número de cigarros fumados, etc. Fez pelo menos uma tentativa de parar de fumar no último ano;

d) ação: o indivíduo pára de fumar;

e) manutenção: até seis meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. Nesse período, o indivíduo utiliza mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo até mesmo alterar seus hábitos rotineiros – como passar a não tomar mais café, por exemplo (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992);

f) recaída: o indivíduo reinicia o uso do tabaco nos níveis de consumo anteriores.

Pesquisas nos Estados Unidos mostram ainda que, dos fumantes que desejam parar de fumar, menos de 3% deles deixam de fazê-lo a cada ano (GIOVINO, 1993; CINCIPRINI, 1997). Esse fato denota a dificuldade que as pessoas têm em superar, como já visto na discussão da seção anterior, a dependência tabágica. Entretanto, o que leva os indivíduos a se movimentarem em direção a cessação de fumar?

Diversos fatores influenciam as pessoas a se mobilizarem por meio desses estágios vistos acima. Dentre eles, estão: o adoecimento do fumante; a ocorrência de óbito relacionado com o tabagismo entre familiares e amigos; as informações dos problemas causados pelo tabagismo, fornecidas de diversas maneiras aos fumantes; o aconselhamento de profissionais de saúde; a legislação de restrição ao tabagismo e

de atuação da indústria do tabaco; e o tratamento dos fumantes para cessação de fumar (MACKAY; ERIKSEN, 2002).

Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) explicam como a maioria das pessoas se movimenta através dos estágios motivacionais, podendo passar do estágio de ação para o de contemplação após uma recaída. Muitos dos pressupostos desse modelo ainda são seguidos, tanto sob o ponto de vista da saúde pública quanto com referência à sua aplicação em contexto clínico. Alguns de seus pressupostos são os que se seguem:

- a) os tradicionais programas preventivos, informativos ou educativos, orientados a ações em relação à saúde, não atingem a maioria das populações de risco, pois estas não estão preparadas para agir e, por isso, não serão beneficiadas;
- b) as populações, grupos ou pessoas, sem intervenções planejadas, ficam estagnadas nos estágios iniciais do processo, sem motivação ou disposição para se engajar em programas de tratamento;
- c) diferentemente do consagrado paradigma da ação, se um paradigma de estágios for incorporado à prevenção, educação e promoção da saúde, pode-se vir a ter impactos nunca antes experimentados;
- d) as intervenções devem ser criadas de acordo com o estágio de mudança de cada indivíduo ou grupo em questão e são específicas para movê-los para um estágio mais próximo da ação;
- e) a combinação de fatores biológicos, sociais e de autocontrole é que estabelece os padrões de comportamento e
- f) as intervenções e programas precisam mudar de um recrutamento reativo para um recrutamento próativo dos participantes.

Portanto, sensibilizar fumantes do estágio pré-contemplativo para o estágio de ação deve ser um importante objetivo de qualquer ação governamental que pretenda diminuir



a prevalência de fumantes em seu país. Já se sabe que tais estágios são influenciados pelo aumento do custo de cigarros com o aumento dos impostos ou redução do contrabando, o adoecimento do fumante, a mídia, o aconselhamento realizado por profissionais de saúde para o paciente deixar de fumar, a proibição da propaganda do cigarro, a criação de áreas livres de cigarro e disponibilidade de tratamento (INCA, 1997, 2001; MEIRELLES; GONÇALVES, 2004).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) tem como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbi-mortalidade. (INCA, 2001; CAVALCANTE et al., 2004). As ações de promoção da cessação de fumar têm como objetivo motivar os fumantes a deixarem de fumar, aumentar o acesso deles a métodos eficazes para a cessação do tabagismo, envolvendo a articulação de diferentes atividades, dentre elas:

- a) divulgação de métodos para promover a cessação de fumar por intermédio de campanhas da mídia e de eventos dirigidos a profissionais de saúde;
- b) ampliação do apoio para cessação de fumar por meio da abordagem cognitivo-comportamental breve, fornecida pelo serviço gratuito de telefonia “Disque pare de fumar”, da Ouvidoria do MS, desde maio de 2001;
- c) inserção do número do “Disque pare de fumar” nas embalagens dos produtos derivados do tabaco, ao lado das advertências sanitárias, a partir de fevereiro de 2002;
- d) capacitação de profissionais da saúde: 1. abordagem breve: busca motivar e instrumentalizar profissionais de saúde para que insiram essa abordagem em suas rotinas de atendimento; e 2. abordagem intensiva: compreende a implantação de ambulatórios específicos para tratamentos de fumantes na rede SUS, com vistas a atender os fumantes que não conseguiram deixar de fumar com abordagem breve. As capacitações têm envolvido também profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) e os do Centros de Assistência Psicossocial (CAPS).

Como vimos nas seções referentes aos aspectos do tabagismo, as questões que interagem, fazendo com que um indivíduo seja fumante, são de caráter complexo, uma vez que se referem à interação da pessoa com uma droga que causa dependência física e psicológica e seu uso envolve valores socioculturais e significados diversos para consumidores e produtores. Circunstância semelhante ocorre no caso contrário, isto é, quando o indivíduo decide percorrer o caminho oposto até se tornar um ex-fumante.

Rigotto e Gomes (2002) descrevem, em seu estudo sobre contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química, os seguintes contextos relativos à abstinência: consciência do problema aditivo por parte do dependente, o resgate de vínculos familiares, a recomposição de auto-estima, o afastamento de ambientes favorecedores da adição, o envolvimento em práticas religiosas e a existência de redes interpessoais de apoio constituídas por profissionais, familiares e novos amigos e, ainda, a atuação dos ex-dependentes como colaboradores na recuperação de dependentes atuais. Alguns dos fatores desse estudo, como o envolvimento em práticas religiosas e a existência de redes interpessoais de apoio constituídas por profissionais, integram a chamada rede multifragmentária de controle do tabagismo, vista na parte deste trabalho em foram discutidos alguns aspectos políticos do tabagismo.

A atuação de diversos segmentos sociais na conformação de uma rede de controle do tabagismo em níveis nacional e internacional, pelas diretrizes da CONVENÇÃO QUADRO PARA O CONTROLE GLOBAL DO TABAGISMO, como vimos na seção “Aspectos políticos”, trazem novas informações, favorecendo a mudança de antigas concepções sobre o fumar, possivelmente despertando uma nova consciência acerca das conseqüências do consumo de tabaco no momento atual.

Os dados estatísticos sobre a cessação de fumar, do Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida e agravos não transmissíveis, realizado no período de 2002 a 2003, em dezesseis capitais brasileiras, demonstram um elevado índice de cessação em diversas capitais (50%), superior ao de outros países, por exemplo EUA (40%). Além disso, mostra uma variação nas cidades de João Pessoa

(44,0%) e Campo Grande (58,3%). Não se observa, entretanto, um padrão específico entre as Regiões do País. Verificamos, ainda, no estudo que esse índice de cessação é mais elevado no grupo com maior escolaridade, com exceção das cidades de Manaus e São Paulo. É possível que esse resultado esteja relacionado com todas as ações intersetoriais (legislativas, econômicas e educativas) implementadas pelo Ministério da Saúde (INCA, 2004).

Giddens (1991), ao discutir a vida social moderna, aborda características referentes à idéia de modernidade, sendo a da reflexividade, nos tempos atuais, uma delas. A reflexividade é uma característica definidora da ação humana, uma vez que os seres humanos rotineiramente se mantêm em contato com as bases do que fazem, como parte integrante do fazer. Com a modernidade, a reflexividade é introduzida na base de reprodução do sistema, de maneira que o pensamento e a ação estão constantemente sendo perpassados um pelo outro. A presença da tradição pode ser justificada, porém seu papel é pouco significativo na rotinização da vida cotidiana, uma vez que esta estabelece pouca ou nenhuma conexão intrínseca com o passado, exceto na medida em que o que foi feito antes possa ser utilizado como uma maneira comprobatória do que vier a seguir (à luz do conhecimento renovado).

A reflexividade na vida social moderna consiste em que as práticas sociais são constantemente examinadas e reelaboradas à luz de informação renovadas sobre elas próprias, produzindo, dessa maneira, alterações constitutivas de seu caráter. As práticas sociais, em todas as culturas, são rotineiramente alteradas à luz de descobertas sucessivas, que passam a informá-las. Mas é peculiar à era da modernidade que tal fato se aplica, em princípio, a todos os aspectos de vida humana (GIDDENS, 1991).

Os membros da população em geral, na época atual, passam a dominar uma variedade indefinida de conceitos, uma vez que esses conceitos e as conclusões ligados a ele foram formulados no sentido de analisar mudanças envolvidas na emergência das instituições (situações) modernas, não podendo então permanecer separados das atividades e eventos com os quais se relacionavam. Giddens dá como exemplo a

atividade econômica moderna, que se tornou o que é atualmente, graças ao domínio de seus conceitos pelos membros de população, ou seja, ainda que o indivíduo leigo não consiga fornecer definições formais de termos como “capital” ou “investimento”, como quase todo mundo, utiliza uma fonte bancária e demonstra um domínio implícito e prático dessas noções.

Outro exemplo é o do uso e divulgação de resultados de dados das estatísticas de pesquisas. As estatísticas oficiais não são apenas características analíticas que refletem a atividade social estudada, mas entram de novo, retornam constitutivamente ao universo social do qual foram obtidas.

A acumulação de estatísticas oficiais é, em si, um esforço reflexivo, permeado pelas próprias descobertas das ciências que as utilizam. O resultado estatístico, por ser uma das expressões de uma dada realidade social, ao retornarem ao universo do qual foram retiradas, podem modificar os níveis de consciência da população, por meio do conhecimento de novos dados sobre determinado tema ou situação, como poderemos ver exemplos nos próximos parágrafos a seguir (GIDDENS, 1991).

Katz (1997), em seu estudo de análise da influência da divulgação de informações epidemiológicas (resultados estatísticos) na formulação de políticas públicas e na atitude popular relativa a informações para promoção de saúde, identificou a emergência de uma nova concepção, relacionada com o movimento de saúde e boa forma, no qual expressiva parcela da população acredita, tendo por premissa que, para se obterem os benefícios de uma vida mais saudável, os comportamentos podem ser mudados.

O autor utiliza o tabagismo para análise de emergência dessa concepção, a qual denominou de *moralidade secular pública*. Esse paradigma tem por característica a independência de vínculos religiosos e é constituído por muitos princípios de prescrição e proscricção de comportamentos associados a movimentos de novos códigos de saúde e forma física. Em geral, sua construção se dá a partir da divulgação de informações de redução de morbidade e mortalidade, resultantes da detecção precoce da hipertensão arterial, de mudanças de hábitos alimentares, da adoção de práticas de

exercícios físicos e da redução do tabagismo, levando as pessoas a adotarem uma vida mais saudável.

Segundo o autor, as divulgações formais feitas pelo órgão correspondente ao Ministério da Saúde, o Surgeon General, sobre o tabagismo como fator de adoecimento e morte em 1964 e sobre o fumo passivo, em 1986, pela primeira vez, tiveram expressiva influência na representação do tabagismo, o qual passou a ser visto como uma ameaça à saúde e não simplesmente um incômodo para quem não fuma. Detectou ainda que o elemento moral na resposta social ao tabagismo surge como resposta à revelação de que este não somente é prejudicial ao fumante, como traz risco à vida para os fumantes passivos.

A partir da divulgação dos estudos de causa-efeito, a legislação se intensificou para a regulamentação do comportamento de fumar, como também ocorreu a instituição de sanções sociais, fazendo com que o fumante pudesse perceber que está prejudicando outras pessoas com esse comportamento e, ainda, procurou proporcionar às pessoas informações para seguirem condutas para uma vida mais saudável.

De acordo com Katz, se, por um lado, há um grande impacto dessa nova concepção na diminuição do tabagismo, por outro, as restrições do fumar podem trazer um custo social, uma vez que traz limitações à tradicional liberdade de escolha.

O autor considera, ainda, que esse movimento ligado à saúde compete com os movimentos religiosos, uma vez que afirma que a boa qualidade de vida não é necessariamente resultante de crenças religiosas, mas sim de novas crenças que conformam um novo mito: de saúde e bem-estar.

Nessa esteira, de acordo com Sant' Anna (2002), a época atual talvez seja a mais dedicada a problematizar, adular, cultivar e explorar, comercializar o corpo. O foco de atenção voltado para o corpo, enunciado na França nos anos 1970, é atualmente uma tendência global. Partindo do pressuposto inicial de que inúmeras exigências são feitas ao corpo, coagindo-o a ser cada vez mais saudável, jovem e um produtor de prazer, acaba esse comportamento por provocar uma crescente vontade de resgatá-lo, adulé-lo

e protegê-lo, fornecendo-lhe a ele quase a mesma importância e cuidados que outrora eram concedidos à alma. Nessa linha, o cuidar do corpo significa, portanto, a melhor maneira de cuidar de si mesmo, de afirmar a própria personalidade e de sentir-se feliz.

Dentro do pressuposto de novas configurações em relação ao corpo e à vida, cujas bases se situam na atual ordem tecnocientífica-empresarial, se configuraram sensíveis modificações na relação do ser humano com seu corpo e com a sociedade. Novas configurações dessa relação corpo-vida se destacaram a partir dos anos 70, com a associação do desenvolvimento da genética com o da informática e com a expansão global do consumo de bens industrializados. A partir de então, vêm surgindo, nesse cenário, dois movimentos concomitantes: o primeiro é o de uma expansão externa, que impele cada corpo a se conectar direta e cotidianamente com as necessidades do mercado global; o segundo é de expansão interna, o qual incita as pessoas a voltarem-se para seu corpo e a querer o controle e o aumento dos seus níveis de prazer. Na primeira situação, o corpo é estreitamente conectado com interesses que em muito ultrapassam a esfera de ação e de compreensão de cada um. O corpo, então, com suas singularidades e potências, tende a desaparecer. E, na segunda situação, o corpo ganha uma importância exagerada, advinda de que são intensificadas as exigências e as sensibilidades que cada indivíduo tem em relação a si mesmo (SANT' ANNA, 2002).

Segundo Crawford (1980, apud ORTEGA, 2002, p. 172), os fumantes, juntamente com alcoolistas, glutões e sedentários, pejorativamente chamados na gíria da ideologia da saúde de “batatas de sofá” (*couch potatoes*), são vistos, nessa ideologia excessivamente focada na saúde e na perfeição corporal, como pessoas inaptas, como uma classe inferior de pessoas, como ineficientes e possivelmente sujos de espírito e de corpo, uma vez que seus comportamentos comprometem o alcance e manutenção dos ideais de saúde e perfeição corporal, sendo vistos, então, como pessoas de vontade fraca.

Para Luz (2002), em função de pesquisas que vem desenvolvendo, há na sociedade civil atual um universo com diversidade de sentidos, de onde emerge um paradigma associado à beleza, vigor e juventude, o qual foi denominado de paradigma da

vitalidade. Esse paradigma tem por referencial de saúde o alcance da boa forma (*fitness*) e do bem-estar (*wellness*), geralmente visto como o estar equilibrado, ou harmonizado, ou “estar de bem consigo mesmo”. Certas práticas dessas atividades favorecem mais o individualismo, ou a busca de beleza e juventude (*fitness*), e outras induzem a solidariedade e a amizade como valores conseqüentes (*wellness*).

O alcance da saúde e da boa forma se faz mediante diversas modalidades de atividades física. Diferentes locais são utilizados para essas atividades. Entretanto, as academias são o espaço privilegiado. Contudo, é preciso compreender que as atividades desse universo de sentidos e valores são específicas e se dão em espaços sociais também específicos, comportando “rituais” de prática específicos, em que ritmo, som, movimentos corpóreos, resultados esperados com a prática, faixa etária e grupo social participante são relativamente diferenciados, particularmente no aspecto da idade do praticante (LUZ,2002).

De acordo com Luz (2002), ainda que diante do convite sempre renovado (sobretudo pelos meios de comunicação de massa) à sociedade para mergulhar na miragem do culto à aparência física, nem todas as atividades de saúde, mesmo as “físicas” mais “pesadas”, se orientam pelos valores da busca da beleza corpórea e da conservação da juventude.

Para a autora, a diversidade de setores da sociedade que buscam essas práticas tem objetivos específicos, próprios à sua inserção na sociedade, à sua fase de vida e à necessidade vital e de sociabilidade daí decorrente (convívio com pessoas da mesma faixa etária ou condição de saúde). Atualmente, a maior parte dos praticantes dessas atividades ligadas ao “bem-estar” têm acima de quarenta anos e as iniciam nas mais diversas modalidades, da musculação à dança de salão, da aeróbica ao *tai chi chuan*, por indicação médica. Seja por doenças orgânicas, seja por problemas “mentais” (sobretudo depressões, mas também perda de auto-estima e isolamento motivados por perdas ou separações). Isso indica a existência de um outro universo de sentidos, ligados à prevenção ou à promoção da saúde, ou seja, condições estas incompatíveis com o tabagismo e, por sua vez, promotoras da cessação de fumar.

Segundo Luz (2002), a busca pela conservação ou recuperação da saúde não está necessariamente separada dos valores de conservação de juventude e beleza ou dos sentidos de busca do bem-estar e da felicidade. Nem entre os praticantes nem entre os profissionais, esses sentidos estão separados. O que varia é o padrão de relações sociais que se estabelece entre os praticantes entre si e com seus instrutores – ou professores – que pode ser compulsivamente individualista e competitiva, ou de empatia, colaboração e, se não de amizade, ao menos de cordialidade, estabelecendo-se princípios de solidariedades entre os grupos a partir das atividades.

A diversidade indica que tendem a se formar entre os praticantes uma espécie de eixos de sentidos ligados às práticas de saúde coletivas “físicas” da sociedade civil. Esses eixos não são estanques, ou seja, eles se perpassam com seus sentidos e valores. Assim, a saúde, como bem-estar, pode ser vista como resultado das práticas, assim como a beleza, a juventude, a alegria, a sociabilidade, em resumo, a vitalidade. Indivíduos praticantes de diferentes atividades costumam afirmar que se sentem “bem melhor”, que recuperaram “a alegria de viver”, ou que se sentem “bem dispostos” (para o trabalho, para as dificuldades, para a vida em família) depois de um certo tempo de prática desta ou daquela atividade (LUZ, 2002).

Dessa forma, não apenas valores fisiculturistas (*fitness*), ou mesmo relativos ao paradigma doença/saúde (melhoria ou normalização sintomática, regressão de estados patológicos ou de patologias), estão presentes nas atividades ditas físicas. Valores ligados ao bem-estar pessoal (*wellness*), ao viver em comum em família e no trabalho, à modificação de situações de vida consideradas estressantes, estão ligados a essas atividades.

Essas modificações de estilo de vida, segundo os resultados encontrados pela pesquisadora, vêm ocorrendo particularmente entre as pessoas acima de quarenta anos. Há uma busca por mudanças de valores de vida em que o individualismo, a competição, o consumismo e a obsessão pelo sucesso não sejam mais o foco de atenção.



Da variedade de significados e valores associados à multiplicidade das práticas e praticantes de atividades físicas que se inserem na saúde coletiva, alguns deles estão nitidamente associados à cultura capitalista hegemônica e seus valores, como o culto individualista à beleza corpórea, ao consumo de bens materiais como forma de diferenciação, a competição como norma de vida e forma de alcançar o sucesso, considerado um valor-fim. Outros se associam a formas de sociabilidade e a maneiras de estar consigo mesmo e com outros, se não de maneira solidárias, ao menos são cordiais e amigáveis. Nessa perspectiva, esses sentidos podem ter importância para a transformação dos valores dominantes e para o futuro da saúde coletiva (LUZ, 2002).

Diante disso, podemos perceber a diversidade de influências a que o indivíduo que fuma está exposto para se mobilizar no sentido da cessação de fumar. A emergência de novas concepções sobre saúde e doença, bem como a busca por estados de bem-estar, por possibilidades diferentes das que fazem utilização de drogas, como visto, favorecem o surgimento de uma cultura em que o tabagismo atravessa o cerne da questão da obtenção e preservação da saúde, por ser ele um potente agente de doença.

Em semelhança ao tabagismo, porém em sentido contrário, a cessação de fumar é um fenômeno multifacetado, sendo importante, então, para sua compreensão, que se considere sua amplitude, não reduzindo seu estudo somente a um de seus aspectos.

Estudos sobre os efeitos do tabagismo no organismo compõem o maior acervo de dados comprobatórios de seu grave malefício à saúde de que se tem notícia na ciência biomédica nos últimos quarenta anos (ROSEMBERG, 2002).

Entretanto, sobre a cessação de fumar, os estudos se concentram no campo das terapias. Em 1994, com o objetivo de avaliar a eficácia das diversas modalidades de tratamento para deixar de fumar e para obtenção de subsídios para a elaboração de manuais para orientar as práticas clínicas na área de cessação de fumar, a U.S. Agency for Health Care Policy and Research, com um painel de estudiosos do assunto – “resultado de intervenções utilizadas no tratamento de tabagistas” – realizou cerca de cinquenta estudos de metanálise a partir trezentas pesquisas selecionadas de um

grupo de três mil artigos publicados sobre o assunto (FIORE et al., 1996). Contudo, com o crescente interesse nesta área – cessação de fumar as pesquisas continuaram e, em junho de 2000, foi publicado, pelo mesmo grupo, um outro estudo de metanálise, mais abrangente, envolvendo seis mil pesquisas.

Entretanto, além dos estudos sobre a eficácia das intervenções para o tratamento do tabagista, quais seriam as outras maneiras de conhecermos um pouco mais sobre o processo que o indivíduo percorre até conseguir parar de fumar?

A partir daí, chegamos à conclusão de que os próprios indivíduos que vivenciaram o processo de deixar de fumar seriam representantes adequados para expressar a experiência que os levou ao alcance e à manutenção da abstinência do consumo de tabaco.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como os indivíduos elaboram e vivenciam o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) conhecer as causas às quais os entrevistados atribuem o fato de terem iniciado o tabagismo;
- b) conhecer como os informantes representam o período de suas vidas referente à época que eram tabagistas;
- c) conhecer os motivos aos quais os entrevistados atribuem à interrupção e à cessação de fumar;
- d) conhecer a rede de apoio identificada pelos informantes durante o processo de cessação de fumar;
- e) conhecer os eventos que, segundo os informantes, encontram-se entre os mais significativos dentre os relacionados à cessação de fumar;
- f) identificar as representações que os entrevistados elaboraram acerca da fase inicial e de manutenção da abstinência de fumar;
- g) identificar as mudanças ocorridas na vida dos entrevistados em decorrência da cessação de fumar e de como eles as representam;
- h) identificar as estratégias utilizadas para a manutenção da abstinência do tabagismo.

#### 4 O PERCURSO METODOLÓGICO

A utilização de métodos quantitativos e experimentais na área da saúde é freqüente, entretanto, como a influência de aspectos socioculturais tem sido cada vez mais valorizada para o entendimento do processo saúde/doença, faz-se cada vez mais necessária a utilização de metodologia qualitativa, de maneira a possibilitar a compreensão do ser humano com suas crenças, valores, símbolos, significados, motivos e interações. A pesquisa qualitativa se propõe à compreensão de uma realidade específica, ideográfica, cujos significados são vinculados a um dado contexto. Assim, a pesquisa qualitativa torna-se importante para a compreensão não somente dos valores e representações de determinado grupo acerca de temas específicos, como, também, das relações que se dão entre os atores sociais tanto no âmbito das instituições, como dos movimentos sociais e, ainda, ela se faz necessária para a avaliação de políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação e aplicação técnica como da perspectiva dos usuários aos quais estas se destinam (MINAYO,2000).

Para Mazzoti e Gewandsznajder (2002), o fato de um estudo de pesquisa ter por objetivo a compreensão de uma realidade específica, ideográfica, cujos significados são vinculados a um determinado contexto, não a exime de contribuir para a produção de conhecimento. Seja qual for a questão focalizada, é importante que o pesquisador adquira familiaridade com o a atual situação dos estudos já realizados, para que possa propor questões significativas e ainda não investigadas.

A abordagem qualitativa possibilita aprofundar o entendimento da complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares, o estudo de um grupo de indivíduos afetados por uma determinada doença, o desempenho de uma instituição, tanto quanto a configuração de um fenômeno ou processo. O material primordial dessa abordagem é a palavra que expressa a fala cotidiana, tanto nas relações afetivas e técnicas quanto nos discursos políticos, burocráticos e intelectuais (MINAYO; SANCHES, 1993).

Ao elaborarmos uma proposta de investigação, ou mesmo durante o transcorrer das etapas da pesquisa, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis mediante informações necessárias para se atingir os objetivos do estudo. A Metodologia de Pesquisa Qualitativa é aquela capaz de incorporar a significação e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação como construções humanas significativas (MINAYO, 2000).

Assim, cabe aqui salientar a complexidade do objeto deste estudo, o qual envolve seres humanos em processo de interrupção da relação que mantinham com um produto que faz parte de seu cotidiano e causa dependência, cujo uso é, concomitantemente, incentivado e desaconselhado socialmente. Além disso, seu consumo é relacionado com crenças, valores, compreensões e significados, incorporados ao âmbito sócio-histórico e cultural de grande parte da população em várias regiões do mundo, dentre elas, o Brasil. Diante disso e do objetivo da pesquisa de compreender como os indivíduos elaboram e vivenciam o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais, acreditamos ser a abordagem qualitativa a mais apropriada para se compreender como se dá o mencionado processo, por meio das falas dos próprios sujeitos que vivenciaram a experiência.

A pesquisa qualitativa, segundo Patton (apud MINAYO, 1998, p.131), tem como principal característica a tradição de compreender e interpretar, a partir de pressupostos de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores, e de que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado, que não se conhece de imediato, necessitando ser desvelado.

#### 4.1 O CENÁRIO

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Referência Estadual em Prevenção e Tratamento do Tabagismo (CREPTT), situado no Centro Regional de Especialidades de Vitória (CRE- VITÓRIA), Unidade de Saúde Estadual da rede assistencial do SUS, que funcionava anteriormente como ambulatório do Instituto Nacional de Previdência Social

(INAMPS). Com a extinção do INAMPS, seguida do advento do SUS, a referida unidade de saúde passou, a partir daí, a integrar-se à rede assistencial do SUS.

O método terapêutico adotado no CREPTT fundamenta-se nas recomendações que o MS/INCA indica para o tratamento de fumantes no Consenso de Abordagem e Tratamento do Fumante, de 2001, e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina, da rede de assistência do SUS (Portarias GM/MS nº 1.575, de 29-08-02 e GM/MS nº 1.035, de 1-06-04), ou seja, fundamenta-se na abordagem cognitivo-comportamental, associada ou não à abordagem medicamentosa no tratamento dos fumantes.

O tratamento do paciente nicotino-dependente é realizado por uma equipe técnica capacitada nesse tipo específico de atendimento, constituída por uma assistente social, uma enfermeira, um médico e uma psicóloga. O tratamento consiste na ABORDAGEM INTENSIVA/ESPECÍFICA, fundamentada no enfoque cognitivo-comportamental, segundo as diretrizes expressas no Consenso de Abordagem e Tratamento dos Fumantes (MS/INCA, 2001). A abordagem cognitivo-comportamental caracteriza-se por combinar intervenções cognitivas com o treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais dessa abordagem realizada com os pacientes tabagistas compreendem o fornecimento de informações e o desenvolvimento de habilidades comportamentais, que incentivam e preparam os indivíduos para a tomada de decisões, para ampliar a capacidade de enfrentamento do dia-a-dia sem o cigarro e para a detecção do risco de recaída.

O tratamento tem a previsão de um ano de duração, podendo ser realizado individualmente ou em grupo. O atendimento oferecido no primeiro, no segundo e no terceiro momento do tratamento é de caráter interdisciplinar, sendo, dessa maneira, realizado por qualquer um dos integrantes da equipe técnica.

1º momento – Consulta de avaliação e triagem.

É um atendimento individualizado, realizado por um dos profissionais da equipe técnica, pelo qual são levantadas informações da história patológica pregressa e atual e da

história tabágica do paciente. São, ainda, realizadas as avaliações da dependência nicotínica e do grau de motivação, assim como é feito o teste para detecção da presença de monóxido de carbono no ar exalado.

#### 2º momento – Sessões intensivas.

Ocorrem em grupos fechados de dez a quinze participantes ou individualmente. São estruturadas, em número de quatro, com periodicidade semanal e duração de até 120 minutos em cada encontro. São realizadas (coordenadas) por um ou dois integrantes da equipe técnica.

#### 3º momento – Sessões de manutenção

Compreendem inicialmente dois encontros (15 dias e 30 dias após o término das sessões intensivas), em grupo fechado. Encontrando-se o paciente em abstenção tabágica, ele prosseguirá o tratamento participando de sessões mensais abertas até completar um ano de abstenção. Esta fase também é realizada por um ou dois profissionais da equipe técnica, porém inclui a participação de palestrantes convidados. Ao completarem um ano de abstenção, recebem alta, ficando seu comparecimento aos retornos subseqüentes facultativo, uma vez que a participação nesses encontros de manutenção é de caráter aberto.

## 4.2 OS INFORMANTES

Os sujeitos que participaram deste estudo estiveram em acompanhamento por pelo menos um ano após terem parado de fumar. Alguns foram pessoalmente convidados a participar da pesquisa ao comparecerem às *sessões de manutenção*. Outros foram convidados por meio de contato por telefone. Foi estabelecido, como critério para participação nesta pesquisa, o fato de os sujeitos estarem em abstenção de fumar por pelo menos um ano, na ocasião da entrevista, e de terem sido diagnosticados no início do tratamento como dependentes de nicotínica, segundo os critérios estabelecidos pela CID-10 e DSM-IV.

A amostra dos sujeitos deste estudo foi feita por etapas. Buscamos, primeiramente, encontrar os indivíduos abstinentes nas sessões mensais de manutenção, ocasião esta em que foi possível encontrar sujeitos há um ano ou um pouco mais sem fumar. Os abstinentes foram identificados também nos relatórios semestrais do setor. Em seguida, confirmávamos essa informação com as contidas no prontuário do paciente. Na consulta realizada no prontuário, obtínhamos maior detalhamento dos dados sobre a evolução do paciente ao longo do acompanhamento e também as informações que permitissem o contato com o sujeito. Esse contato foi estabelecido por telefone. Foram realizadas várias ligações telefônicas em diferentes horários do dia, bem como foram deixados recados com familiares ou amigos para os pacientes fazerem contato posteriormente.

No contato telefônico com o paciente, era confirmada sua abstenção nicotínica, fornecida explicação sobre o estudo e feito o convite para sua participação na pesquisa. Quando o paciente aceitava o convite, era, então, agendada a data da entrevista, considerando-se a disponibilidade de horário dos sujeitos e de espaço para a realização das entrevistas.

O presente estudo está em consonância com o estabelecido na Resolução nº 196/96 e suas complementares e com o Código de Ética Médica de 1988 (arts. 122 a 130), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Atenção à Saúde da UNIMED Vitória (ANEXO B).

Adotamos princípios norteadores, buscando não somente o cumprimento das diretrizes éticas oficiais, como também a produção de um conhecimento que fosse fruto da livre expressão dos sujeitos da pesquisa. Nessa perspectiva, no que se refere à nossa relação com os participantes, foram adotados cuidados éticos essenciais, como o consentimento informado (APÊNDICE A), a proteção do sigilo acerca das informações pessoais pela utilização de pseudônimos e também asseguramos aos informantes o direito de não revelação ou de revelação velada (sem gravação) das respostas às perguntas. Quanto à condução das perguntas, visando ao aprofundamento do tema pesquisado, tivemos o cuidado de zelar pela discrição em



respeito à intimidade dos informantes. Esse cuidado propicia o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre a pesquisador e sujeitos, implicando, ainda, o estabelecimento de uma relação de confiança entre eles e, assim, reduzindo a possibilidade de comprometimento das estratégias de enfrentamento elaboradas pelos informantes em frente à situação gerada pela interlocução no transcorrer da entrevista (SPINK, 2000)

### 4.3 PROCEDIMENTOS

#### 4.3.1 A coleta de dados

Coletamos os dados no período de agosto a outubro de 2004, mediante conhecimento e preenchimento prévio do termo de consentimento pelos sujeitos da investigação. Os sujeitos foram entrevistados e seus discursos foram anotados e gravados, como garantia de obtenção de todo o conteúdo de sua expressão. As fitas foram destruídas após terem sido transcritas literalmente. Buscamos norteamento para a realização das entrevistas nas recomendações de alguns autores desse campo de estudo (BECKER, 1993; SPINK, 2000).

Utilizamos a amostragem por saturação. À medida que as entrevistas iam sendo realizadas e as informações coletadas, detectávamos que as respostas começavam a apresentar repetições. Assim, a amostra foi, então, considerada como obtida.

Nesse modo de amostragem, o pesquisador entende que novas falas, a partir do momento que se repetem, fornecem informações pouco significativas para o objetivo da pesquisa. Tal decisão foi tomada por nós, pesquisador e orientador do estudo, após avaliarmos que os dados coletados apresentam-se satisfatórios quanto ao objetivo proposto no estudo (TURATO,2003).

Assim, entrevistamos vinte sujeitos de ambos os sexos, sendo três deles eliminados do estudo porque detectamos que não atendiam aos critérios de inclusão. A retirada de dois deles ocorreu devido ao fato de que apresentavam menos de um ano de abstinência de fumar (10 e 11 meses, somente); o terceiro indivíduo, pelo fato de

encontrar-se em fase de recaída à dependência de nicotina. Ao longo da entrevista, verificamos que o paciente realmente não estava fumando, porém, depois de mais de um ano de abstenção, havia iniciado o consumo de rapé, embora, em seu entendimento, continuasse em abstenção do tabagismo.

Utilizamos como instrumento para coleta de dados um formulário parcialmente estruturado (APÊNDICE B), constituído de duas partes: uma envolvendo as questões abertas, subjetivas, parcialmente estruturadas; e a outra parte com perguntas estruturadas sobre as informações de caracterização dos informantes (dados sociodemográficos, história tabágica e do consumo de outras drogas). O instrumento foi elaborado por nós com base em nossa experiência profissional na área de tratamento do tabagismo e em dados da literatura (LAVILLE; DIONNE, 1999; MINAYO, 2000).

Segundo Laville e Dionne (1999), a entrevista, com o uso de instrumento parcialmente estruturado, tem por característica a particularização dos temas em questões abertas, previamente elaboradas. Mas há plena liberdade quanto à retirada eventual de algumas perguntas, segundo a ordem em que elas estão colocadas e o acréscimo de perguntas improvisadas. Sua flexibilidade possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo, assim, a exploração de seus saberes e de suas representações, e de outros elementos que são objeto de investigações baseadas no testemunho dos sujeitos, como é o caso deste estudo.

Primeiramente, realizamos um teste piloto do instrumento, a fim de identificar e avaliar a clareza e a compreensibilidade das questões, bem como observar se elas permitiam o delineamento do objeto, a ampliação e o aprofundamento da comunicação na entrevista e se contribuíam para fazer emergir a visão, os juízos e a relevância dos fatos e das relações sob o ponto de vista dos informantes (MINAYO, 2000).

Os indivíduos que participaram do teste piloto foram convidados e sua participação agendada por ocasião da sessão de manutenção mensal. Realizamos o teste com três indivíduos. Dois deles encontravam-se em abstenção de fumar há quatro meses e o outro estava em abstinência há dez meses.

#### 4.3.2 A tabulação e análise dos dados

Os dados referentes às informações de caracterização do grupo de informantes foram organizados em quadros que exibem a frequência simples de ocorrência das variáveis: idade, sexo, estado civil, religião, situação funcional, composição familiar, renda familiar, município de residência e comorbidade associada. Das informações referentes à história tabagística e de consumo de outras drogas, observamos as variáveis: idade de iniciação ao tabagismo, tempo de tabagismo e de abstinência, grau de dependência nicotínica, tratamento anterior do tabagismo, consumo pregresso e atual de drogas lícitas e ilícitas e a convivência atual com fumantes.

O material obtido das entrevistas gravadas foi submetido à análise, utilizando-se a análise temática de caráter qualitativo, sendo esse tipo uma das proposições da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de comunicação, caracterizado por uma grande diversidade de formas adaptáveis a um campo muito vasto. Em sua função heurística, a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumentando a propensão à descoberta, e coexiste de maneira complementar com sua outra função: a de administração de prova (BARDIN, 1977).

Por meio da análise de conteúdo, procura-se conhecer o que está por trás das palavras. Operacionalmente, parte de uma leitura de primeiro plano, mais superficial para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os significados manifestos pela dedução e de indicadores reconstruídos em mensagens particulares. Visa a articular os textos com fatores que os determinam, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o contexto de produção da mensagem (MINAYO, 2000).

Em seu caráter qualitativo, a análise de conteúdo tenta ultrapassar o alcance simplesmente descritivo do conteúdo, com a inferência, para alcançar uma interpretação mais profunda, caracterizando-se a inferência pelo fato de que, sempre que é realizada, fundamenta-se na presença de um índice (tema, palavra, personagem, etc.), e não sobre a frequência da sua aparição (BARDIN, 1977).

A idéia de tema, amplamente utilizada em análise temática, caracteriza-se por ser a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto que está sendo analisado, segundo os critérios da teoria que orienta a leitura. É uma unidade de significação complexa, de tamanho variável. Sua validade não é de ordem lingüística, mas, sim, de ordem psicológica. Pode constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão; qualquer fragmento do texto pode remeter a diversos temas (BARDIN, 1977).

A análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou freqüência de aparição pode apresentar algum significado para o objetivo analítico selecionado. O tema, como unidade de registro,<sup>11</sup> corresponde a uma forma de recorte do texto (de sentido, e não de forma), que não é fornecida de uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas. O tema é freqüentemente utilizado como unidade de registro em estudos de motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, entre outros. O *corpus* gerado pelas respostas às questões de caráter aberto, feitas freqüentemente por meio de entrevistas, com freqüência é analisado tendo o tema por base (BARDIN, 1977).

Os dados obtidos, mediante as entrevistas com ex-fumantes, foram operacionalizados de acordo com Bardin (1977). Inicialmente, na fase denominada de pré-análise, após a transcrição literal das fitas, estabelecemos o contato com o texto por meio de várias leituras (leitura flutuante) e, então, procedemos à ordenação do material. Os objetivos foram retomados e adaptados ao quadro que emergiu do *corpus* textual. Algumas perguntas que se desdobravam foram agrupadas bem como as respectivas respostas, compondo, assim, uma melhor integração do conteúdo do texto.

Em seguida, procedemos a um recorte do texto conforme os dados que dele emergiam — isto é, se se referiam ao período em que os informantes ainda fumavam ou se eles já se encontravam em processo de deixar o tabagismo. A seguir, buscamos apreender as estruturas de relevância para os sujeitos, as idéias centrais e os contextos de sua

---

<sup>11</sup> A escolha das unidades de registro (unidades de significação) deve responder de maneira pertinente aos objetivos. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis (BARDIN, 1977, p. 105)

existência. Determinamos, então, as unidades de significação e delimitamos os contextos de sua apreensão.

A etapa seguinte, ou fase de exploração do material, consistiu na análise propriamente dita de modo a estabelecer as categorias temáticas empíricas (dos sujeitos), a partir dos três temas maiores: o contexto da dependência (o “antes”), em direção à recuperação (o “durante”), e a superação da dependência (o “depois”), confrontando-os com as questões norteadoras do estudo (objetivos). Consideramos as dimensões em que esses temas estavam envolvidos, ou seja, a dimensão individual, a da relação do informante com as outras pessoas e a destes com o meio social.

Na terceira e última etapa, ou fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, fizemos a análise desses conteúdos de acordo com sua abrangência para a pesquisa à luz da Teoria das Representações Sociais, buscando de cada entrevista a contribuição, em diferentes aspectos, para a compreensão do objeto do estudo.

#### 4.4 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ANÁLISE DOS DADOS PRIMÁRIOS

Nesta seção, buscamos explicitar um sentido específico que tem sido dado à expressão “representações sociais”, já que, nessa formulação, o conceito e a teoria correspondente mostram-se de grande utilidade para a análise não apenas da forma como ex-fumantes representam a experiência que tiveram ao vivenciar o processo de cessação de fumar, mas, também, como concebiam, anteriormente, sua situação de fumantes e, no presente, como pensam o viver como ex-tabagistas.

Utilizamos a expressão representação social no sentido que lhe vem sendo dado pela Teoria das Representações Sociais, cuja formulação inicial coube ao psicólogo social Serge Moscovici, em 1961, em seu trabalho intitulado *La psychanalyse, son image et son public* (1961,1976), a propósito da popularização da Psicanálise em Paris nos anos

50, em meios não acadêmicos, isto é, entre “pessoas comuns” e em órgãos de imprensa (MOSCOVICI, 1978).

A abordagem sumária que aqui é feita da Teoria das Representações Sociais, considerando a complexidade que envolve o estudo dessa teoria, decorre da busca de ater-nos somente aos aspectos do assunto que têm maior relevância para esta pesquisa. Assim, delimitamos certos aspectos da teoria de maneira a dar o aporte teórico para a análise dos conteúdos dos discursos dos ex-fumantes sobre sua própria experiência em relação ao processo de cessação de fumar, bem como sobre o período em que eram fumantes e sobre sua situação atual.

A representação social pode ser compreendida como uma forma particular de conhecimento — os saberes cotidianos, os saberes do senso comum (LEITE, 2002).

A explicação de por quê, de um lado, são produzidos os saberes que são as representações sociais e, de outro, por que esses saberes são sociais, fundamentalmente, consiste em que, na vida prática e em relação ao mundo que nos rodeia, sempre há necessidade de termos conhecimentos sobre aquilo que está à nossa volta, saberes esses que permitem nos situarmos e nos conduzirmos, além de nos ajustar neste mundo. Precisamos saber como nos comportar nele, dominá-lo física e intelectualmente, identificar e resolver problemas que se apresentam: é por isso que criamos representações. Por outro lado, temos um mundo de objetos, pessoas, acontecimentos ou idéias, partilhado com os outros, nos quais nos apoiamos de maneira convergente ou conflituosa, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo: eis por que as representações são sociais e tão importantes na vida cotidiana (JODELET, 2001).

Em obras de outros autores que fazem referências às representações sociais, encontramos expressões como:

“[...] diferentes tipos de teorias populares, senso comum e saberes cotidianos” (WAGNER, 1995, p.150);

“[...] formas de conhecimentos prático orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação” (SPINK, 1995, p.118);

“[...] modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 50);

“[...] um dos instrumentos graças ao qual o indivíduo, ou o grupo, apreende seu ambiente, um dos níveis em que as estruturas sociais são acessíveis, a representação desempenha um papel na formação das comunicações e das condutas sociais” (HERZLICH, 1975, apud SÁ, 1995. p. 32).

“uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente” (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 81);

“[...] como modalidade de pensamento prático, as representações sociais, são ‘alguma coisa que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura e que as alimenta, perpetuando-as ou contribuindo para sua própria transformação’ “ (SÁ, 1998, p. 50).

Moscovici (1995) esclarece que as conversações são fenômenos sociais dentro dos quais se elaboram os saberes populares e o senso comum e que são elas que nos permitem identificar e trabalhar concretamente as representações. Mas isso não significa que as conversações, os saberes populares ou o senso comum devam ser considerados à parte de outras formas geradoras de representações sociais, ou que se aceite que somente elas expressem as representações sociais. Elas podem ser encontradas, também, sob outras formas, nas ciências, nas religiões e nas ideologias, por exemplo.

De acordo com Sá (1995), as representações sociais são mobilizadas nas ocasiões e lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam. Vincula-se a esse fato, contudo, o caráter geral de elaboração das representações sociais, ou seja, as representações são construídas a respeito de objetos que têm relevância imediata

para a vida das pessoas ou que têm uma atualidade tal que lhes seja socialmente importante estar a par deles.

Outras maneiras para que se elaborem representações sociais são as que acontecem quando as pessoas estão expostas às instituições, aos meios de comunicação, aos mitos e à herança histórico-cultural de suas sociedades. Nas sociedades atuais, a comunicação cotidiana é, em grande parte, mediada pelos canais de comunicação de massa. Representações e símbolos tornam-se a própria substância sobre a qual ações são definidas e o poder é ou não exercido (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

A elaboração de representações sociais, como forma de conhecimento prático, que orienta as ações na vida cotidiana, ocorre na interface de duas grandes forças. De um lado, temos os conteúdos que circulam na sociedade e, de outro, há as forças decorrentes do próprio processo de interação social e as pressões para definir uma dada situação de maneira a confirmar e manter identidades coletivas (MINAYO, 1995).

Esses conteúdos que circulam na sociedade podem ter sua origem não somente em produções atuais como também em produções remotas, constituintes do imaginário social. O contexto em que a ação se desenvolve, portanto, pode ser definido não só pelo espaço social, como também pela perspectiva temporal, sendo essa perspectiva marcada por três dimensões do tempo: o tempo curto, da interação que tem por foco a funcionalidade das representações sociais; o tempo vivido, que compreende o processo de socialização, das disposições adquiridas em função do pertencimento a determinados grupos sociais; e o tempo longo, do qual emanam os conteúdos culturais cumulativos da sociedade, o imaginário social (MINAYO, 1995).

A Teoria das Representações Sociais permeia tanto a vida coletiva da sociedade como os processos de constituição simbólica nos quais os indivíduos agem para dar sentido ao mundo e nele encontrar o seu lugar, por meio de uma identidade social. As representações sociais, como fenômeno psicossocial, estão não somente nos espaços públicos como nos processos pelos quais o indivíduo desenvolve uma identidade, cria símbolos e se abre para um mundo de muitos sujeitos (JOVCHELOVITCH, 1995).



Nas sociedades que se caracterizam, entre outras coisas, por rápidas mudanças, expressiva presença dos meios de comunicação, desenvolvimento da ciência e acentuada diversidade de ambientes sociais, inúmeras questões, a todo momento, chamam nossa atenção, demandam algum conhecimento e exigem que tomemos posição a seu respeito, ou seja, que elaboremos representações sociais acerca do novo que surge diante de nós (LEITE, 2002).

De acordo com as demandas de conhecimento e opinião geradas por inúmeros fatos que ocorrem em sociedades como a nossa, que nos expõem ao novo como uma característica da atualidade, necessitamos de transformar esse novo, portanto estranho a nós, em familiar, para que possamos com ele conviver (LEITE, 2002).

Contudo, para que essa familiarização do novo aconteça, é preciso que ele passe por um processo de acolhimento em formas de pensar já existentes em nossa memória, isto é, que ele seja inserido em paradigmas prévios anteriormente estabelecidos. Os quadros dos quais emerge o acervo para o acolhimento desse novo estão ligados tanto a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos ou culturais, quanto ao estado dos conhecimentos científicos, à condição social e à esfera da experiência privada e à afetividade dos indivíduos (JODELET, 2001).

Deste processo de acolhimento do novo advém, então, a afirmação de que não nos é possível a realização de construções simbólicas fora de uma rede de significados já constituídos, pois é na trama dessa rede que ocorre o processo de recriação do que já lá está (JOVCHELOVITCH, 1995).

Para Jodelet (2001, p. 20), por meio de um resgate da memória, o pensamento constituinte (novo) apóia-se no pensamento constituído, para incluir a novidade em acervos antigos, no já conhecido. A mesma autora afirma, ainda, que o ato de representação transfere o que é estranho e, portanto, perturbador ou até mesmo ameaçador, do universo exterior para o interior do indivíduo, acolhendo-o em categorias de paradigmas já estabelecidas.

A familiarização de novos elementos da realidade, por meio da qual estes são inseridos nos repertórios mentais já estabelecidos, dando origem às representações sociais, ocorre graças a dois processos fundamentais: a objetivação e a ancoragem (LEITE, 2002).

Por objetivação, entende-se a maneira de tornar concreto, materializar um conceito ou um objeto abstrato. A objetivação consiste em descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser que são imprecisos para o indivíduo, tornando concreto, quase tangível, o objeto em foco. Trata-se de uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá uma forma ou figura específica acerca de um objeto (SÁ, 1995).

Com relação à ancoragem, pode-se dizer que é a partir dela que novas informações enraízam-se no acervo de saberes estabelecidos acerca de objetos já conhecidos. Este processo de inserção cognitiva ocorre por meio de assimilação, de associação, na medida em que o novo objeto “toma” características daqueles que já se faziam presentes no repertório de significados já existentes para os sujeitos (SÁ, 1995).

A objetivação e a ancoragem são dois processos inversos. No caso da objetivação, é dada uma “contrapartida material” a uma imagem, a um “esquema conceitual” (MOSCOVICI, 1978). Já com referência à ancoragem, atribui-se um significado e, dessa maneira, inteligibilidade, a um objeto. Dar materialidade a um objeto abstrato denomina-se “objetivar”, enquanto a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecendo-lhe um contexto inteligível, foi denominada “ancorar” (SÁ, 1995).

Ainda que se contrapondo nesse aspecto, a objetivação e a ancoragem coincidem no que concerne a serem ambos os meios pelos quais se elaboram as representações sociais e graças às quais se operam as características do sujeito, que Jodelet (2001) denomina de “inscrição social” ou pertença social dos indivíduos, isto é, seu lugar, sua posição e sua função social, afetando os conteúdos representacionais e sua organização, por meio da relação ideológica que esses indivíduos mantêm com o mundo social, com suas normas e os modelos ideológicos que seguem (JODELET, 2001).

Tanto os objetos utilizados pelos sujeitos na “materialização de abstrações” (objetivação) quanto as categorias de pensamento às quais assimilam novos objetos de representação (ancoragem) possuem a marca desses sujeitos. Em ambos os processos, atributos são “escolhidos” dentro do acervo que os sujeitos dispõem para tanto, em função de sua posição social, das relações sociais em que estão inseridos, da forma como vêem o mundo (LEITE, 2002).

O fato de os conteúdos das representações sociais trazerem em si atributos do sujeito é muito importante, uma vez que expõe nitidamente que as representações sociais não são simples reflexos passivos do exterior na mente desses sujeitos (LEITE, 2002).

Diante disso, compreende-se que, se, por um lado, uma representação social é, de fato, uma “apreensão da realidade exterior pelo pensamento”, isto é, uma “simbolização” do objeto, o “representante do objeto que ela restitui simbolicamente”, por outro lado, ela é muito mais que isso. As representações sociais, além de terem seu conteúdo afetado por traços sociais do sujeito, “compreendem ainda uma parte de re-construção, de interpretação do objeto”, sendo também, portanto, uma “expressão do sujeito”. Representar é um ato do pensamento, pelo qual o indivíduo se reporta a um objeto, podendo este ser uma pessoa ou alguma coisa, um acontecimento material, psíquico ou social, um fenômeno natural, uma idéia, uma teoria, etc. O objeto de representação pode ser tanto real como imaginário ou mítico, porém é sempre necessário (JODELET, 2001).

Conclui-se, assim, que a representação social não representa apenas um objeto socialmente importante, não se refere de modo exclusivo a aspectos da realidade que têm relevância para a vida dos sujeitos que elaboram essas representações, mas, ainda, que a representação social representa os sujeitos que as constroem, manifestam aquilo que eles são, expressando seu ser social. As características tanto do indivíduo quanto do objeto irão agir sobre o que ela será (LEITE, 2002).

Desse modo, uma representação social será sempre a representação de alguma coisa (objeto) por alguém (sujeito). Assim, as características tanto do sujeito quanto do objeto incidirão sobre o que a representação será. As representações sociais estão ligadas

não somente aos sistemas de pensamentos mais amplos construídos a partir do âmbito ideológico e cultural, dentre outros, como também à condição social e à esfera da experiência particular e afetiva dos indivíduos (JODELET, 2002).

Um objeto, ao passar pelo processo de familiarização, sendo acolhido em paradigmas existentes, é modificado, reelaborado, reinterpretado nos acervos de pensamento já estabelecidos. No entanto, é preciso ter claro que, nesse processo, o mesmo objeto também ocasiona transformações no sistema de pensamento que o acolhe, passando, a partir de então, a não ser mais o mesmo. Revela-se aí uma relação dialética entre o pensamento em constituição e o pensamento constituído (LEITE, 2002)

A partir dessas colocações, segundo o mesmo autor, o pensamento instituído, uma vez transformado ao se elaborar uma nova representação, levará os sujeitos a situarem-se de outra forma no mundo. Por passarem a ser possuidores de um novo quadro de referência, alteram seus comportamentos, modificando as relações sociais que mantinham até então. Isso significa que as mesmas condições sociais que afetam o perfil das representações terão sido modificadas por essas representações.

De onde concluímos que as representações sociais têm um caráter ativo em dois importantes sentidos: um deles manifesta-se na própria constituição do sujeito, quer dizer, dependendo de como os homens pensam o mundo e se situam nele, muito embora a recíproca seja igualmente verdadeira; o outro é que as representações sociais devem ser tomadas como importante parte constituinte da própria *realidade social*,<sup>12</sup> embora, por outro lado, sofram forte influência do contexto social em que são elaboradas (LEITE, 2002). O resultado disso é o surgimento de criações inovadoras no âmbito da vida cotidiana. De acordo com Moscovici (1978), a tensão gerada na relação do indivíduo com o não-familiar tem o mérito de impedir que a habituação mental o domine completamente).

Nessa perspectiva, o processo de origem das representações sociais tem lugar nas mesmas circunstâncias e ao mesmo tempo em que estas se manifestam, isto é, por

---

<sup>12</sup> Uma *realidade social*, na concepção da Teoria das Representações Sociais, é criada quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais (SÁ, 1995, p. 37).

meio da comunicação, da conversação que faz parte da nossa existência cotidiana (SÁ, 1995).

Em uma visão psicossociológica de uma sociedade pensante, os indivíduos não são apenas processadores de informações nem simples portadores de ideologias ou crenças coletivas, mas, sim, pensadores ativos que, mediante os inúmeros episódios cotidianos de interação social, produzem e comunicam continuamente suas representações e soluções para questões diante das quais se vêem (MOSCOVICI, 1988, apud SÁ, 1995, p. 28). Entretanto, se a atividade do indivíduo for central para a teoria, não menos central será a realidade do mundo (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

Segundo Moscovici (1988, apud SÁ, 1995, p.28-30), coexistem duas classes distintas de universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados. Nos universos reificados, é onde produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito, tendo como características a objetividade, o rigor metodológico, a teorização abstrata e o fato de ser compartimentalizado em especialidades e estratificado hierarquicamente. Aos universos consensuais correspondem, como já visto, as atividades intelectuais da interação social cotidiana, nas quais as representações sociais são produzidas.

Nos universos reificados, o grau de participação é determinado pelo nível de qualificação e há um estilo para se fazer afirmações em cada ocasião, adequando-as a determinados contextos. Nos universos consensuais, cada indivíduo é livre para se comportar como um observador, um amador, na manifestação de suas teorias em resposta aos problemas ou informações que lhes chegam.

No entanto, freqüentemente, a matéria-prima para construção das realidades consensuais de onde provêm as representações sociais surge dos universos reificados. Além do senso comum, concebido como o campo dos conhecimentos produzidos espontaneamente pelos indivíduos, fundamentados na tradição e no consenso, surge, na atualidade, um novo tipo de senso comum, trazendo em seu bojo os saberes sociais ou populares, conhecimentos de “segunda mão”, elaborados a partir da contínua

apropriação dessas noções pelo universo consensual, das imagens e linguagens que a ciência continuamente vem criando.

No processo de transferência e transformação dos conhecimentos dos universos reificados para os universos consensuais, cabe destacar o importante papel dos divulgadores de fatos científicos, como jornalistas, professores, cientistas, etc. e a crescente ampliação e sofisticação dos meios de comunicação como o principal difusor de novos conhecimentos.

As representações sociais, como formas de conhecimento – os saberes do senso comum – envolvem, em sua elaboração, estruturas tanto cognitivas quanto afetivas. O caráter simbólico e imaginativo desses saberes faz emergir a dimensão dos afetos, uma vez que, quando os indivíduos se dispõem a entender e dar sentido ao mundo, eles o fazem também com emoção e sentimentos (GUARECHI; JOVCHELOVITCH, 1995).

Sendo as representações sociais, conforme já mencionado, formas de conhecimento prático, inserem-se mais especificamente no campo que estuda o senso comum. Tal fato enuncia mudanças no posicionamento quanto ao estatuto da objetividade e da busca da verdade. Trata-se, assim, de inserir o estudo das representações sociais entre os esforços de desconstrução da retórica “tradicional” acerca da verdade. Ainda que permaneça nos dias atuais a separação entre ciência-verdade e senso comum-ilusão, há também a perspectiva para além da fronteira da ciência, que passa a incorporar o conhecimento do homem comum. Tal fato significa uma ampliação do olhar, de maneira a ver o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais (MINAYO, 1995). Isso porque, independentemente de seu grau de objetividade, as representações sociais são uma “preparação para a ação” (MOSCOVICI, 1978).

Como veremos adiante, a Teoria das Representações Sociais, cujas linhas gerais acabam de ser expostas, constituiu-se num aporte teórico de extrema valia para o alcance do propósito principal deste estudo, que é compreender como os sujeitos ex-fumantes vivenciam e elaboram o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais.

## 5 RESULTADOS

Façamos um breve resgate do caminhar metodológico. Procedeu-se neste estudo de maneira que o conteúdo obtido, após a transcrição literal das entrevistas, foi analisado, focalizando a experiência vivida pelos informantes em sua passagem da condição de dependentes para abstinente do tabaco, bem como as diferentes etapas dessa trajetória. A iniciação no tabagismo, a manifestação da dependência, os fatores que levaram e apoiaram os sujeitos na interrupção de fumar, a manutenção da abstinência e outras situações emergiram dos discursos, nos quais os sujeitos tanto se reportavam à época em que eram tabagistas quanto discorriam sobre períodos posteriores, chegando até ao momento atual, em que se encontram sem fumar. Dessa maneira, visualizamos o deixar de fumar como um processo cuja vivência e cujas representações são reveladas pelos informantes. A partir daí, os dados puderam ser organizados conforme remetiam a cada uma das etapas ou fases desse processo, gerando três temas principais: o contexto da dependência, o período em que caminhavam em direção à recuperação e a superação da dependência.

Buscamos apreender o sentido e a relevância dos conteúdos emergentes nos discursos relativos a cada uma dessas três fases, tentando considerar as dimensões nas quais os informantes estavam envolvidos, quais sejam: a dimensão individual, a de suas relações com outras pessoas e a das relações que tinham com o meio social.

Com vistas nesse objetivo geral, após o conteúdo das entrevistas ter sido organizado, o material foi analisado de acordo com sua vinculação com cada um dos três temas principais, à luz da Teoria das Representações Sociais. Procuramos, nos textos que continham as transcrições das entrevistas, o que poderia vir a colaborar, de diferentes formas, para a compreensão dos temas emergentes, sem a consideração de sua frequência.

Este estudo delimitou-se à compreensão do relato da experiência de deixar de fumar e de permanecer sem fazê-lo, bem como às representações construídas pelos sujeitos que a vivenciaram. Assim, não procuramos analisar as formas específicas de tratamento do tabagismo, por não ser esse o foco dos objetivos propostos.

Os dados obtidos a partir das perguntas fechadas, referentes à caracterização dos sujeitos da pesquisa, consistiram de informações sociodemográficas e relativas à história pregressa e atual de consumo de tabaco e outras substâncias psicoativas, como veremos a seguir.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E COMORBIDADE ASSOCIADA AO TABAGISMO

As informações sociodemográficas dos sujeitos da pesquisa, contidas na Tabela 1, mostram que a faixa etária com maior número de participantes foi a de 46-55 anos, com 8 dos 17 participantes (47%), sendo 36 anos a idade do mais novo e 71 anos a do mais velho. A idade mediana dos informantes, por sua vez, foi de 47 anos.

Dos 17 participantes, 11 foram do sexo feminino e 6, do sexo masculino (65% e 35%, respectivamente). Houve predomínio de pessoas casadas (82%) e das que professam a religião católica (82%). Quanto ao nível de escolaridade, ocorreu uma maior concentração entre os que possuíam o Ensino Fundamental incompleto: seis sujeitos (35%). Não havia frequentado a escola apenas um informante. Dois tinham o ensino superior completo e dois o tinham frequentado sem concluí-lo. Do total, onze encontravam-se trabalhando (seis estavam empregados com carteira assinada e cinco atuando como autônomos). Seis não trabalhavam (sendo dois aposentados, duas do lar e dois desempregados).

Todos os entrevistados vivem acompanhados. A composição familiar variou de duas a seis pessoas. Com relação à renda familiar, houve uma distribuição equitativa entre aqueles que vivem na faixa de três a quatro salários mínimos e aqueles que se situam no intervalo entre cinco e nove salários mínimos.

A maioria dos entrevistados informou residir em municípios diferentes daquele em que se situa o núcleo de tratamento do tabagismo (15 dos 17 entrevistados). O município de Cariacica foi o que concentrou o maior número de informantes (65%), seguido dos



municípios de Vitória e Serra (cada um com 12%). Nos municípios de Viana e Fundão, o percentual foi de 6% em cada um.

Com relação ao relato de alguma outra doença associada ao tabagismo na ocasião do início do tratamento, cinco informantes revelaram a associação das seguintes doenças: diabetes e hipertensão arterial - 6% (1 informante), diabetes e depressão - 6% (1 informante), sinusite e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) - 12% (2 informantes). Dois informantes (12%) referiram sinusite e, dois DPOC (12%). As patologias, osteoporose, distúrbio neurológico, miomatose uterina e faringite foram referidas por quatro informantes. Cada um deles citou somente uma delas. Cinco informantes (30%) negaram a ocorrência de qualquer outro agravo à saúde além do tabagismo.

**Tabela 1 – Características sociodemográficas e de comorbidade dos entrevistados**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N = 17</b>	<b>(%)</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N = 17</b>	<b>(%)</b>
<b>1 – Faixa Etária</b>			<b>6 – Situação Funcional</b>		
35 – 45 anos	06	35	Empregado contratado	06	35
46 – 55 anos	08	47	Empregado autônomo	05	30
56 – 65 anos	02	12	Aposentado	02	12
66 – 75 anos	01	6	Do lar	02	12
			Desempregado	02	12
<b>2- Sexo</b>			<b>7 – Composição familiar</b>		
Feminino	11	65	2 pessoas	01	6
Masculino	6	35	3 pessoas	05	30
			4 pessoas	05	30
			5 pessoas	03	18
			6 pessoas	03	18
<b>3 – Estado civil</b>			<b>8 – Renda Familiar (em SM)</b>		
Casado			01 - 02	03	18
Solteiro	14	82	03 - 04	06	35
Separado	01	6	05 – 09	06	35
Divorciado	01	6	10 - 40	02	12
	01	6			
<b>4 – Religião</b>			<b>9 – Procedência (Município)</b>		
Católica	14	14	Vitória	02	12
Maranata	01	6	Cariacica	11	65
Batista	01	6	Serra	02	12
Não professa	01	6	Viana	01	6
			Fundão	01	6
<b>5 – Escolaridade</b>			<b>10 – Comorbidade</b>		
Não estudou	01	6	Diabetes + hipertensão arterial	02	12
E.Fund. incompleto	06	35	Diabetes + depressão	01	6
E.Fund. completo	00	00	Sinusite	02	12
E.Médio incompleto	03	18	Sinusite + gastrite	01	6
E.Médio completo	03	18	DPOC	02	12
E. Super. incompleto	02	12	Osteoporose	01	6
E. Super. completo	02	12	Distúrbio neurológico	01	6
			Miomatose uterina	01	6
			Faringite	01	6
			Não relatou	05	30

## 5.2 HISTÓRICO SOBRE TABAGISMO E CONSUMO DE OUTRAS DROGAS

Nas informações referentes ao tabagismo e ao consumo de outras drogas (Tabela 2), observamos um predomínio da iniciação no tabagismo na faixa etária de 11-15 anos (nove informantes - 53%), seguido da faixa de 16-20 anos (seis informantes – 35%), ou seja, quinze sujeitos (88%) começaram a fumar na adolescência. A idade mínima de iniciação foi de 11 anos, a máxima, de 30 anos e a mediana, de 15 anos.

O tempo durante o qual foram fumantes variou em função da idade. Quase todos os sujeitos começaram a fumar bem jovens, sendo observado que, quanto maior a idade, maior o tempo de tabagismo. O menor tempo de tabagismo relatado pelos informantes foi de 18 anos e o maior, de 55 anos. Por sua vez, o tempo de tabagismo foi de 26 a 34 anos para 53% dos informantes e de 17 a 25 anos para 29% dos sujeitos.

A mensuração da dependência nicotínica, realizada pelo Teste de Fagerström, mostrou um predomínio de informantes classificados como possuidores de dependência elevada (dez entrevistados - 60%) e apenas um (6%) com dependência muita elevada. Os demais se distribuíram nas categorias de dependência média, baixa e muito baixa (dois, três e um informantes, respectivamente).

A realização de tratamento anterior para deixar de fumar foi negada pela maioria — 16 entrevistados (94%). Somente um informante havia recorrido a algum profissional para apoiá-lo nesse processo. O tempo durante o qual se encontram sem fumar apresentou variação de um a sete anos, ocorrendo predomínio (13 informantes - 76%) na faixa de 1-2 anos de abstinência, vindo a seguir a faixa de três a quatro anos (três informantes – 18%).

Com relação ao consumo pregresso e atual de droga ilícita, somente um informante (6%) relatou ter consumido droga no passado e todos negaram o consumo atual. Entretanto, no consumo de drogas lícitas, observamos que o álcool não apresentou alteração entre o consumo pregresso e o atual (seis informantes – 35%). Houve uma discreta diminuição (de uma pessoa) entre aqueles que associavam álcool a medicamentos. Entre os sujeitos que negaram o consumo de qualquer droga lícita,

houve um aumento do número de quatro para oito informantes. Ou seja, no início do tratamento, somente quatro informantes (24%) revelaram não fazer uso de droga lícita. Porém, na ocasião da entrevista, esse percentual aumentou para oito informantes (48%).

Quanto à convivência atual com pessoas que fumam, a maioria informou que convive com tabagistas — nove informantes: oito, no próprio domicílio e um, no local de trabalho.

As informações que acabam de ser apresentadas poderão proporcionar uma melhor compreensão dos relatos dos entrevistados — como veremos adiante —, complementando-os, uma vez que nos revelam diferentes fatores que possivelmente contribuíram não somente para refletir a relação que os informantes mantinham com o tabaco, como, também, os obstáculos que tiveram que superar para o alcance da abstinência. Dessa forma, poderemos ter mais nitidez quanto ao complexo quadro de abstinência do consumo da substância psicoativa (SPA) – nicotina.

**Tabela 2 – Informações relativas ao tabagismo e consumo de outras drogas**

<b>INFORMAÇÕES</b>	<b>N = 17</b>	<b>%</b>	<b>INFORMAÇÕES</b>	<b>N = 17</b>	<b>%</b>
<b>1 – Idade Início do fumar (em anos)</b>			<b>5 – Tratamento anterior do tabagismo</b>		
11 – 15	09	53	Sim	01	94
16 – 20	06	35	Não	16	6
21 – 25	01	6			
26 – 30	01	6			
<b>2 – Tempo de tabagismo (em anos)</b>			<b>6 – Consumo pregresso droga lícita</b>		
17 – 25	05	29	Álcool	06	35
26 – 34	09	53	Álcool, ansiolítico	02	12
35 – 43	02	12	Álcool, anticonvuls(lvan)te	01	6
44 – 52	01	6	Ansiolíticos	04	24
			Negou o consumo	04	24
			<b>Consumo pregresso droga ilícita</b>		6
			Maconha	01	94
			Negou o consumo	16	
<b>3 – Dependência nicotínica (Teste de Fagerström)</b>			<b>7 – Consumo atual de droga lícita</b>		
Muito baixa	01	6	Álcool	06	35
Baixa	03	18	Álcool, antidepressivo	02	12
Média	02	12	Anticonvulsivante	01	6
Elevada	10	60	Negou o consumo	08	47
Muito elevada	01	6	<b>Consumo atual de droga ilícita</b>		
			Não ocorreu o consumo	00	0
<b>4 - Tempo de abstinência (em anos)</b>			<b>8 – Convivência atual com tabagistas</b>		
1 – 2	13	76	Sim	09	53
3 – 4	03	18	Não	08	47
5 – 7	01	6			

### 5.3 O CONTEXTO DA DEPENDÊNCIA

#### 5.3.1 A iniciação no tabagismo

A aproximação e o envolvimento inicial com o tabagismo, no grupo de sujeitos deste estudo, se deu há pelo menos dezoito anos, época que remonta aos anos de 1980, período este, como já visto anteriormente, em que se deu início, no Brasil, ao movimento de divulgação dos malefícios à saúde relacionados com o hábito de fumar, como também era uma ocasião que a indústria do fumo agia sem restrições, incentivando o consumo do tabaco com seu *marketing* empresarial.

A iniciação no fumar foi narrada pela maioria dos sujeitos como tendo surgido na adolescência, favorecida pela convivência intensa com familiares fumantes na própria residência, havendo destaque para a figura do pai. Também na relação com amigos próximos o fumar era compartilhado, conforme afirmaram alguns entrevistados:<sup>13</sup>

*“Eu convivi com meu pai, minha mãe, que fumavam, meus familiares, quase todos.”*  
(CAROLINA)

*“Meu pai fumava [...] até no CTI ele pedia cigarro aos outros. Foi muitos anos fumando, fumando cigarro sem filtro. Só papai.”* (SIMONE)

*“Convivi e convivo, meu pai fuma, amigos do trabalho fumam. Dentro da minha casa com meu pai.”* (ROSANE)

O tabagismo, para os informantes, estava próximo e era comum a muitas pessoas que integravam seu universo, o que facilitava, então, que fosse aprendido nos contatos face a face, constituindo-se esta também numa maneira de seu uso ser incentivado:

*“Convivi com os pais, no trabalho. Sempre você convivi com fumantes, com fumantes é difícil separar.”* (ALBERTO)

---

<sup>13</sup> Adotamos, como procedimento de apresentação dos trechos correspondentes às falas dos sujeitos, a formatação dos excertos em fonte arial, número onze, em itálico, com recuo e entre aspas, com o objetivo de tornar mais clara a leitura do texto correspondente aos resultados da pesquisa

*“Eu convivi com meu pai, minha mãe, que fumavam, meus familiares, quase todos [...] ainda tem dependente químico na família, né? Que eles fuma ainda tenho um irmão e uma irmã.” (CAROLINA)*

O estar com o outro implicava aprender as práticas e os valores sociais do grupo no qual os sujeitos estavam inseridos, o ato de fumar fazendo parte dessas práticas. De fácil obtenção e de baixo custo, era facilmente aprendido e incorporado como um valor cultural. O fumar possibilitava aos sujeitos a ocupação de um lugar social no grupo de pessoas que, como eles, também fumavam:

*“E eu fui trabalhar. E todas as meninas fumavam na casa. Eu quase morri pra aprender a fumar, mas eu aprendi [riso]. Depois sofri muito a parar também, né?” (DARLENE)*

*“Dentro da minha casa tinha uma tia que fumava, né? Aí veio uma enteada dela do Rio, eu estava começando a fumar, e ela ficava me pedindo para eu acender o cigarro pra ela. Incentivo eu tive muito.” (ADELAIDE)*

*“Mas eu aprendi é acendendo cigarro pra minha tia, ela me pedia pra eu acender o cigarro Dela.” (FÁTIMA)*

Como afirma Veyne (1974, apud JODELET, 2001, p. 32) a propósito das mentalidades, as conotações sociais do conhecimento não se prendem tanto à sua distribuição entre vários indivíduos, mas sim à questão de que “[...] o pensamento de cada um deles é, de diversas formas marcado pelo fato de os outros pensarem da mesma maneira sobre algo”. Desse modo, para os informantes, o tabagismo foi marcante não somente por vir de muitas pessoas a sua volta, mas, principalmente, por serem essas pessoas significativas – como tias e amigas que residiam no mesmo domicílio – assim, tendo relevância o que pensavam e faziam.

Era intensa a exposição de alguns entrevistados ao convívio com fumantes e, devido a isso, observamos, nos discursos a seguir, que os informantes viam tal situação como atrativa e inevitável para incentivar o hábito de fumar.

*“Fumava porque L. fumava. Você tá sentindo o cheiro, então pega logo e fuma, e o cheiro me atraía. E depois foi o cheiro do cigarro que me fez parar.” (SANDRA)*

*“Convivi com fumantes, eram os parentes, né? [...] os amigos, roda de amigos, de parentes, são fumantes [...] são ainda”. (NAIR)*

Outra representação foi elaborada pela entrevistada abaixo, representação na qual podemos observar que o tabagismo era visto como uma maneira de inclusão social.

*“Na minha época, que eu comecei a fumar, eu comecei a fumar eu tinha dezenove anos, era chic. Se não fumasse, não tava na roda.” (DARLENE)*

Nesse excerto, observamos que o tabagismo representava a forma de aderência ao pensamento e comportamento do grupo ao qual o informante pertencia. Esse partilhar do fumar contribuía, entre outros fatores, para o estabelecimento e o reforço do vínculo social.

Influências promotoras do comportamento de fumar foram evidenciadas nos discursos dos entrevistados, revelando terem sido os contatos cotidianos face a face a maneira pela qual iniciaram sua carreira de fumantes. Contudo, nenhum deles mencionou a influência direta de propagandas de cigarro como incentivo à própria iniciação no tabagismo. Entretanto, o valor simbólico atribuído por alguns informantes ao ato de fumar, principalmente por ocasião da iniciação, traduz estereótipos e valores agregados ao fumar, compatíveis com os das campanhas publicitárias de incentivo ao tabagismo. Porém, observamos que alguns informantes inseriram em seus depoimentos — ainda que não tenham sido questionadas sobre o assunto — suas opiniões sobre o quanto a indústria dissemina o tabagismo e sobre ser essa ação a causa de muitos males:

*“Mas... se todo mundo fosse assim... pudesse ver como que é errado... como o cigarro é tão mau... a indústria de cigarro... fez um mal tão grande... que ela não tá fazendo propaganda de nada e o cigarro tá vendendo a mil.” (CARLOS)*

*“Eu gostaria que acabasse esse negócio dessas fábricas de cigarros. Aí ninguém fumava mais, entendeu? Todo mundo tinha que parar mesmo. Mas tem muita gente que*



*acha que o cigarro é um divertimento, que o cigarro é um remédio, porque, quando as pessoas estão nervosas, pegam o cigarro, é um calmante... mas não é! É um veneno!”*  
(FÁTIMA)

*“Queria que quebrasse a Souza Cruz e outras fábricas de cigarro, entendeu? Porque, além de dar prejuízo no bolso, a saúde da pessoa... hoje em dia é o câncer, né? Que é muito provocado pelo cigarro.”* (IVAN)

Cabe destacar a importância da comunicação nos fenômenos representativos. Primeiramente, sendo a comunicação o veículo de transmissão da linguagem, é portadora, em si mesma, de representações. A seguir, ela incide sobre aspectos estruturais e formais do pensamento social à medida que agrega processos de interação social, influência, consenso ou dissenso e polêmica. Ela contribui, ainda, para forjar representações que, apoiadas na dinâmica social, são pertinentes para a vida prática e afetiva dos grupos. Da associação desses atributos, pode-se explicar a força com a qual as representações instauram versões da realidade comum e partilhada (JODELET, 2001).

Assim, nas realidades compartilhadas, os significados atribuídos pelos informantes ao fumar — como sendo “bonito”, “inclusivo”, “calmante”, denotador de masculinidade/feminilidade, entre muitos outros atributos sócio-historicamente construídos — expressaram a apreensão que faziam do tabagismo a partir do universo consensual (senso comum):

*“[...] parece que dá mais calma porque o meu menino chorava muito e eu não sabia o que fazer.”* (BEATRIZ)

*“Eu namorava um rapaz lá, que ele fumava e aí eu fumava também, porque achava que era bonito [riso]. Naquela época, a gente era criança, achava que era gostoso, achava que a pessoa que tava fumando achava uma coisa gostosa. Aí, queria fumar também.”*  
(FÁTIMA)

*“Eu via o meu pai fumando [riso], a minha mãe fumando... eu pegava o fumo de rolo, fazia o cigarro e fumava também. Pegava o fumo de rolo, cortava, desfiava, botava na*

*palha de milho e fumava, né? Fumava pra dizer que tava fumando e que era homem que nem os outros.” (ALBERTO)*

Podemos encontrar, nesses dois últimos excertos, representações do tabagismo formuladas pelos sujeitos com significado de potencializar a sexualidade (fumar para mostrar-se homem) e a estética (bonito), a partir da interiorização de valores e crenças agregados ao fumar nos contados face a face com outros fumantes e daqueles veiculados nos meios de comunicação, como uma das maneiras utilizadas pela indústria do fumo para expandir seus negócios e vender o seu produto.

Há que se destacar, contudo, que alguns desses valores simbólicos eram amplamente utilizados pelas corporações transnacionais do tabaco, como estratégias de promoção e vendas de cigarros. Nas propagandas, o cigarro era relacionado, ainda, com eventos e pessoas de destaque social, seu consumo era associado a “sucesso”, “vitória”, “beleza”, “poder”, “liberdade” e outros semelhantes.

### **5.3.2 Sentidos do fumar**

O tabagismo aprendido com o outro (pais, amigos, etc.) tenderia a ser deixado de lado a partir do momento em que ocorresse uma interrupção da influência destes sobre os informantes. Entretanto, podemos observar que, em decorrência de todo o complexo envolvimento dos informantes com a droga, mesmo que as interações de uns fumantes com outros não ocorressem mais, outros elos já estavam constituídos (dependência) e os sujeitos continuaram fumando.

Conforme afirma Jodelet (2001) há representações que nos cabem como “luvas” e outras que atravessam os indivíduos, como as impostas por ideologias dominantes ou as que estão ligadas a uma condição definida no seio da estrutura social. No caso do tabagismo, talvez as duas situações ocorram, uma vez que representações sobre o fumar são partilhadas por pessoas significativas e próximas, sendo essa prática, também, uma resposta ao apelo de consumirmos produtos, dentre eles, o cigarro:

*“Eu comecei a fumar através de amizade, né? Minhas colegas começaram a fumar e nisso eu comecei também, nisso tinha que viver bem com outros que fumavam, também. Eu achava legal, até um dia ficou assim... incontrolável, né? Eu achava que fumar era gostoso, legal e me sentia bem. Antigamente era bonito, hoje em dia é cafona ... mas era legal, era charmoso. Eu pensava: agora tenho que aprender a tragar também, né? O que eu via os outros fazendo queria fazer também.” (ADELAIDE)*

O fato de se partilhar uma mesma condição social é acompanhado de uma relação do indivíduo com o mundo em que valores, modelos de vida, imposições ou desejos específicos produzem efeitos sobre o modo de conceber a cultura, os conteúdos representacionais e sua organização, por meio da relação ideológica que estabelecem com o mundo social (PLON, 1972, apud JODELET, 2001, p. 32). Seria importante fazer uma “ponte” entre essa consideração teórica mais geral e os dados da pesquisa, ou parte deles. Assim, observamos que o conteúdo representacional sobre o tabagismo, para os informantes, se originava de contextos em que pessoas, por motivos diversos, culturalmente aprendiam o uso do tabaco representando uma saída, uma solução diante dos problemas cotidianos:

*“[...] minha mãe criou seis filhos fazendo o quê? Lá em São Paulo é diarista, aqui chama faxineira, ganha R \$ 40,00 por dia pra fazer faxina numa casa... Então, minha mãe criou os filhos assim... quer dizer, saía pra trabalhar e a gente ficava no mundo. Então, a gente não vivia bem... Cresceu dentro daquele ambiente... fumar, ver as pessoas usar drogas, ver os amigos morrerem usando drogas, tudo isso... E eu, graças a Deus, consegui passar essa fase, mas segui o vício do cigarro. E o cigarro, queira ou não, eu acho que ele e a maconha não têm muita diferença, não. Em termos de dependência, né?” (BERNARDO)*

O “ficar no mundo” diante da restrita assistência da mãe e o viver em um ambiente onde as pessoas se drogavam e morriam em consequência disso era uma realidade social em que o sujeito, assim situado, percebia o viver com o significado de “não viver bem”, nisso ancorando o ato de fumar. Outros aspectos também poderiam estar relacionados com o não viver bem. Entretanto, independentemente da situação de onde emanava o problema, o fumar era o conforto, era representado como a saída. Era o efeito da

droga associado ao fumar culturalmente aprendido e incentivado. Tudo isso vem reafirmar um dos postulados da Teoria das Representações Sociais: aquele que as representações trazem em si não apenas aspectos do objeto representado, mas também atributos que marcam o ser social do sujeito que representa.

O fenômeno do uso de drogas se estabelece a partir de uma pluralidade de significações que certamente inclui diversas questões de ordem social. É possível aventar que a dependência de substância psicoativa (SPA), dentre elas o tabagismo, está relacionada também com carências de diferentes ordens. Podemos observar um exemplo disso no discurso a seguir, em que a necessidade de afeto levava o sujeito a fumar como uma forma de atrair a atenção dos outros sobre si mesmo. Assim, essa sua ação era vista como uma maneira de não somente atrair como também de receber atenção:

*“Eu, por exemplo, fui criada pela minha avó, não foi pela minha mãe nem pai. Eu até hoje não sei quem é meu pai. Então, eu acho que sempre fui uma criança, uma pessoa assim... já cresci assim... não vou dizer revoltada, sabe? Porque eu tive carinho da minha avó... da minha família. Mas eu sentia desejo de ter vivido com minha mãe, com meus irmãos, aquilo me causava uma certa tristeza, tinha uma tristeza, sei lá, eu acho que era isso... pra chamar atenção, eu era desse jeito.” (ADELAIDE)*

O fumar era concebido também como sendo uma válvula de escape, uma maneira de fuga de determinadas circunstâncias. Representava uma saída, uma vez que tomava conta da mente e, assim, os sujeitos podiam esquecer o que estava causando o incômodo:

*“É porque, assim, você ... não pára pra pensar mais nas outras coisas, porque, quando você tem o vício de fumar, você esquece, você quer desabafar tudo em cima do cigarro, entendeu? Você tá mergulhada no problema, você pega no cigarro, você não pára pra pensar. O cigarro, eu acho que toma a sua mente, porque você só pensa em fumar. O dia que tava estressada eu queria fumar um cigarro atrás do outro.” (CAROLINA)*

*“[...] porque teve uma época que eu acordava de madrugada pra poder fumar ultimamente. Porque é a pressão da vida, digamos assim...da sobrevivência, né? Que é*

*o trabalho, ganhar dinheiro, a família, esse negócio todo. Então, quando alguma coisa dá errado, as coisas começa a apertar, você não consegue se concentrar... é ruim achar a saída. Aí, você vai dormir com aquilo na cabeça, acaba acordando de madrugada... la pra varanda fumar um cigarro.” (BERNARDO)*

O tabagismo, para alguns entrevistados, era muito intimamente relacionado com as diversas atividades da vida cotidiana, sendo percebido por parte deles como “automático”.

*“Eu eu fumava direto, né? Acordava, não precisava ter situação pra fumar, não! Mas fumava mais quando tava mais ansiosa... com ansiedade, com qualquer tipo de ansiedade fumava mais.” (DARLENE)*

*“Ah... ansiedadee, raiva, briga... discutia... eu corria logo pro cigarro... ia tomar um cervejinha... é... pegava o cigarrinho, também. Era uma coisa... parecia assim... automático, entendeu?” (EVA)*

*“Tudo que eu fazia, eu sentia vontade de fumar... se eu tomasse um café... dava aquela vontade de fumar, eu tinha que fumar. Aí, depois que... fui obrigado a parar... eu pensava que era obrigado a parar de tomar café, quase de até ... de alimentar, porque pra não deixar o cigarro... matar a fome... eu deixei o cigarro e não deixei de tomar o café. Ainda tomo café à vontade, não é? Tando em casa, tomo café direto e nem lembro do cigarro.” (MAURÍCIO)*

O ato de fumar fazia parte dos cotidianos dos sujeitos. Porém, ganhava conotação particular, de ser um “facilitador”, quando o sujeito se deparava com alguma situação em que se sentia no limite de seus recursos internos, ou seja, uma situação que desencadeasse estados emocionais instáveis:

*“Toda vez que eu... sentia qualquer dificuldade... eu pegava o cigarro e fumava. Dificuldade qualquer até de conversar e qualquer coisa, né? Um trabalho... tomar um cafezinho, almoçar dava vontade de fumar. O cigarro funciona como um estímulo, que eu sou muito tímido, né?” (ALBERTO)*

*“Ah! Eu me sentia bem ... sei que era gostoso, ué. Há,há há. Eu fumava mais quando tava nervosa.” (FÁTIMA)*

Alguns sujeitos narraram que o fumar era intimamente relacionado também com estar só e ainda com não ter o que fazer, com o “estar à toa”.

*“Sentia vontade de fumar quando eu estava sozinha, quando eu estava nervosa, preocupada com alguma coisa. Era a hora que eu sentia vontade de fumar.” (ROSANE)*

*“Sentia vontade de fumar mais quando não estava fazendo nada em casa. Quando estava trabalhando, fazendo alguma coisa, lavando roupa, assim... fazendo almoço, assim eu nem lembrava quase do cigarro, não. Agora, se eu ficasse parada, aí dava vontade de fumar. Aí eu ia pegar a fumar.” (BEATRIZ)*

*“Quando tava muito nervoso, fumava bastante, era quando eu fumava mais. Você fica... você não tem ... você fica nervoso, a única coisa que vem na cabeça é cigarro. E, geralmente, a maioria faz isso, né? Fica nervoso, fuma mais, ele acalma. É. E fora disso, quando tava trabalhando, passava até horas sem fumar, sem problema.” (IVAN)*

Segundo Becker (1977), quando a pessoa consome uma droga, sua experiência de uso a seguir é influenciada por seu conhecimento, ou seja, pelas idéias e crenças sobre o efeito dela, que qualquer um dos atores da rede de relações de uso acredita que ela traga (consumidores, profissionais da área da saúde, pesquisadores, vendedores, etc.). O que o sujeito sabe ou não sobre a droga influencia a maneira pelo qual ele a usa, interpreta seus efeitos e responde a eles, e pela maneira com que lida com as conseqüências da experiência decorrentes de seu uso.

Evidências experimentais, antropológicas e sociológicas mostram que os efeitos da droga variam muito, em função de variações fisiológicas e psicológicas das pessoas que as usa, do estado em que a pessoa se encontra quando a usa e, da situação social na qual seu uso ocorre (BECKER, 1977).

Observamos a valorização do trabalho em detrimento da inatividade na concepção dos informantes, e também que a falta do trabalho associava-se à prática do fumar. Era

uma das “faltas” na vida de alguns desses entrevistados que o cigarro vinha preencher. A inatividade é vista como uma condição associada ao fumar:

*“Sou muito agitada, muito nervosa, ansiosa, né? Então, a falta do emprego também... porque a pessoa quando está trabalhando, tá ali e tal, nem lembra. Mas você, dentro de casa, ali e sem ter nada, assim você faz coisas dentro de casa, mas tem muito pra ficar pensando besteira, né? E aí incentiva, né? Quero fumar, sobra muito tempo pra você ficar de bobeira.” (ADELAIDE)*

*“Fica nervoso, fuma mais, ele acalma. É, fora disso, quando tava trabalhando, passava até horas sem fumar, sem problema.” (FÁBIO)*

O fumar estava intensamente presente na vida dos sujeitos. O próprio contato físico do cigarro com o corpo era visto como familiar e habitual. O cigarro entre os dedos, entre os lábios ou no bolso – estava quase sempre em íntimo contato com os informantes, estabelecendo mais um elo entre eles e a droga:

*“Às vezes, sistema emocional, mas... fumar, já era hábito... de `tar com o cigarro na mão. Qualquer coisa... tomava um café... tomava água, cigarro na mão, tudo é... acabava de fazer um trabalho... tava fazendo um trabalho, tinha que parar pra fumar. Sempre... não era bem relacionado a alguma coisa, não... era o hábito já de... ficar com o cigarro na mão. Até hoje faz diferença.” (DARLENE)*

O consumo de café e de bebida alcoólica surgiu nos discursos como diretamente implicados com o fumar mais.

*“Tudo era motivo pra fumar. Eu acho que pra tudo, né? Nervoso, ansioso, alegre, bebendo... Principalmente tomando cerveja, quando tá triste.” (BERNARDO)*

*“[...] e também quando a gente saía pra fazer um churrasco. Quando a gente tinha churrasco e tomava cerveja. E quando a gente sentava em grupo pra conversar... era hora que o cigarro fazia parte, acompanhava. Ele tinha que tá ali.” (ROSANE)*

*“Ah! Era direto! Tomava café, fumava logo em seguida. Adocicava a boca, tinha que ter o cigarro logo.” (CARLOS)*

No discurso a seguir, observamos que o fumar também supria uma ausência, a falta de algo poderia ser “amenizada” no momento em que o sujeito fumasse um cigarro. Como já visto, aqui também essa ação de fumar era entendida como a saída. Era vista como o alento dos momentos difíceis:

*“Associava o cigarro\_com raiva... aborrecida de alguma coisa... ou triste ou nervosa... ou quando faltava alguma coisa... o dinheiro para resolver algum problema. Até o cigarro mesmo, quando tava no ultimo maço, eu ficava preocupada como ia comprar outro.”*  
(SANDRA)

Representações, como a de ser o cigarro uma “saída”, outrora aprendida, se cristalizaram de modo tal, que os informantes lançavam mão do consumo do tabaco diante de uma diversidade de situações cotidianas, mas principalmente naquelas em que necessitavam suprir o que estava faltando neles próprios para lidar com a situação em questão.

Em geral, os dependentes de drogas, para suportar as tensões geradas das resoluções insatisfatórias dos problemas cotidianos, lançam mão dessas substâncias, como uma compensação acessória, como um substituto de seus recursos internos para enfrentar, de maneira proveitosa, os acontecimentos que marcam suas vidas. Com a droga, acreditam que poderão atingir um estado de equilíbrio e uma resolução satisfatória da tensão (KALINA, 1999).

### **5.3.3 Algumas considerações sobre a fase da dependência**

Nesta primeira fase, os entrevistados mostram-nos que tiveram o tabagismo inserido em suas vidas quando estavam no período da adolescência, passando a fazer parte do dia-a-dia tão naturalmente como o são outras rotinas. Ao redor deles, o fumar era extensivo a parentes, amigos e colegas de trabalho – pessoas que possivelmente tenham sido modelos para os informantes e que manifestavam o comportamento de buscar na droga respostas a necessidades não supridas.



O cigarro estava sempre disponível, inclusive no próprio local de residência, que foi, no caso de alguns informantes, onde iniciaram o hábito de fumar. Diante disso, parece-nos que eram poucas as saídas que não os levassem a fumar.

A dependência, em seus múltiplos aspectos, era evidenciada como intrinsecamente relacionada com o cotidiano dos entrevistados, com destaque para as situações de maior demanda emocional. A busca pelo efeito da droga, aliada aos condicionamentos, levava os informantes a priorizarem o fumar em detrimento até mesmo de suprir necessidades orgânicas e responsabilidades sociais:

*“Eu largava qualquer coisa pra fumar. Deixava de atender uma pessoa e ia lá fora e fumava.” (DARLENE)*

*“O que eu nunca fiz foi deixar meus filhos sem pão e sem leite pra comer... mas eu... se tivesse o cigarro não procurava... se eu tivesse dinheiro pra comprar um cigarro e um pão pra mim comer, você podia ter certeza que eu comprava o cigarro.” (SANDRA)*

A ação da droga em seus corpos, associada ao fato de que os sujeitos estavam inseridos em contextos sociais em que o hábito de fumar tinha o significado sócio-historicamente construído de um “apoio”, favorecia a continuidade de seu uso e fornecia, então, subsídios para que vissem o tabagismo como um comportamento a ser adotado, pois o que se destacava eram os supostos benefícios que ele trazia. Por ocasião da iniciação no tabagismo, a *nova* experiência foi ancorada a partir de concepções positivas que tinham com relação a essa prática. Por sua vez, essas concepções decorriam de paradigmas prévios que os informantes possuíam, em consequência do aprendizado gerado na convivência com fumantes e pela intensa campanha de incentivo ao tabagismo nos meios de comunicação de massa, em que as corporações transnacionais do tabaco realizam intensas campanhas para garantir um mercado de consumo para seus produtos.

A nova experiência de fumar foi pensada, então, como um comportamento representado como bonito, charmoso, viril ou feminino, companheiro, calmante, estimulante, etc., sendo, ainda, um apoio nos momentos de solidão, de preocupação ou

de necessidade de enfrentamento de qualquer dificuldade. Era ancorado no acervo de informações que possuíam decorrente da convivência com fumantes, acrescido dos novos significados que surgiam com a própria experiência de fumar dos informantes.

#### 5.4 EM DIREÇÃO À RECUPERAÇÃO

##### 5.4.1 Tentativas anteriores de deixar de fumar

A busca de recuperação apareceu no relato de alguns entrevistados como de ocorrência anterior a esta última vez em que pararam e permaneceram sem fumar. Contudo, revelam que essas tentativas anteriores, em sua maioria, não foram de êxito no alcance ou na manutenção da abstinência. Dessa maneira, evidencia-se que tais entrevistados já vinham elaborando, há algum tempo, a idéia de cessar de fumar. Entretanto, disseram ainda que essas tentativas não foram persistentes, uma vez que lhes faltavam incentivos para prosseguirem sem fumar:

*“Já tinha tentado várias vezes, mesmo antes de vir aqui... anos atrás tentava e não conseguia, não conseguia ficar três dias sem fumar. Essas tentativas não foram persistentes igual a que eu fiz aqui... Tentava... aí não consigo.” (ALBERTO)*

*“Já tinha tentado sozinha... e a sensação que eu tive é como se eu fosse assim enlouquecer. Não tem jeito! Eu não conseguia trabalhar, não tinha jeito, eu não conseguia fazer nada, porque tava faltando alguma coisa, tinha como se fosse um empurrão... Dessa vez eu fiquei dezesseis dias sem fumar! Teve outras experiências, mas não duraram nem uma semana.” (ROSANE)*

*“Essas tentativas foram recentes... eu sempre falava que ia parar no final do ano, né? Aí ficava parada em janeiro, em fevereiro, voltava e fumava... mas, aí, eu entrei aqui no programa... aqui é que eu consegui... parar mesmo... com incentivo, né?” (NAIR)*

As recaídas ocorriam, então, na maioria das vezes, após um breve período de abstinência. As questões relacionadas com estados emocionais, desde eventos significativos — a perda de um filho, por exemplo — até pequenas contrariedades, como não conseguir encontrar uma roupa apropriada para vestir, deixavam o sujeito

vulnerável a recomeçar a fumar. Também o ganho de peso foi expressivamente narrado como um fator que justificava que os informantes retomassem o consumo de cigarros:

*“Eu parei... mas, depois... eu... parei a primeira vez, eu engordei, fui parar em oitenta quilos. Fiquei um tempão, não sentia nada! Depois, aí eu tenho ... eu fiquei muito aborrecido! Fiquei um ano sem fumar! Aí, perdi um menino com dezenove anos, fiquei muito aborrecido com aquilo... e o cigarro tava ruim, mas eu tentava ver se desaparecia aquilo, e fumava de novo.” (MAURÍCIO)*

*“Tem... vinte oito anos atrás [risos]. Parei seis meses, depois voltei. Teve uma festa de confraternização da empresa, fui procurar uma roupa, não conseguia a roupa pra vestir. Era só uma roupa pra vestir, aí eu voltei a fumar... só por causa disso.” (ALBERTO)*

*“Teve uma vez que eu fiquei uns seis meses sem fumar, aí voltei a fumar de novo. Como agora eu nunca fiquei, não: dois anos. Agora eu não volto, não, porque aí teve uma vez que eu fiquei só mais ou menos dois meses e comecei a engordar, engordar e... vou voltar a fumar de novo, porque tô engordando muito, porque engorda mesmo, né? E eu tenho muito essa dificuldade de emagrecer.” (BEATRIZ)*

Podemos observar que, para esses entrevistados, o tabagismo continuava sendo representado como uma solução diante de dificuldades como o não saber o que fazer para controlar o próprio peso e para se encontrarem em estado de maior mobilização emocional, em frente à perda de um ente querido e diante de “pequenas” contrariedades. O tabaco, além de ser facilmente obtido, era aquilo de que dispunham em seu repertório de estratégias para lidar com as adversidades. Por se tratar de algo familiar e cujos efeitos eram bem conhecidos, quando o usavam, novamente sentiam o conforto do qual estavam necessitando.

Observamos que uma informante revelou que nunca havia tentado parar de fumar. Outra utilizou diferentes recursos para ajudá-la e, mesmo assim, não conseguiu efetivar a abstenção do cigarro:

*“Pensava em tentar, quando via estava com o cigarro na boca. Tentar parar mesmo, de pegar o cigarro e largar eu nunca tentei, nunca tentei. As instruções que tinha: você pode até tentar, mas você não vai conseguir.” (SANDRA)*

*“Já tentei várias vezes. Eu tentei aquele... comprar as quatro piteiras. Até que reduzi, mas... não parei. Aí, tentei com o doutor... JC? Que é um médico que faz tratamento com dependente químico. Conversei muito com ele, tudo, e ele: eu posso te passar um remédio, só que é caro. O remédio custou quase trezentos reais. Tomei o remédio, continuei fumando. Depois, por último, usei aqueles adesivos de nicotina. Não que eu parei, diminui. Depois tentei aquele negócio de pegar o cigarro, botar dentro do copo com água e deixar e depois pegar aquela água e beber... aquiiiiioooo parece que dava mais vontade. Não parei também! Aí peguei, quer saber de uma coisa? Vou largar de mão, porque não tem jeito mesmo! Não consigo! [Pausa] Sempre rezando, sempre pedindo a Deus... e indo na igreja, fazendo propósito... o Senhor vai ter que me ajudar, porque não dá, não... porque eu não agüento mais, não! Foi quando eu, lendo A Tribuna, tava lá a reportagem pra parar de fumar que o Governo Federal do Fernando Henrique ia ajudar... ia ter remédio no SUS, aquele negócio todo. Aí liguei pro tal do 0800, aí... procure na sua cidade que deve ter! Foi onde falou comigo que aqui tinha ... aí eu vim, comecei o tratamento e não precisei de remédio.” (EVA)*

A experiência anterior de cessação de fumar, vivenciada por alguns informantes, foi narrada por uns como decorrente da compreensão dos problemas que poderiam surgir com a continuidade do fumar e, para outros, se deu relacionada com problemas que já vinham ocorrendo. Essas tentativas foram descritas como conseqüência de o tabagismo ter sido visto como um desconforto ou ameaça à saúde de terceiros, ao trabalho com pessoas que não fumavam, ao período de gestação, e também pelo medo de adoecer ou morrer precocemente e, assim, não poder cumprir com a responsabilidade de criar os filhos;

*“[...] talvez seja porque trabalhava numa empresa, né? E tinha que andar na condução, na kombi, então eu me toquei... a minha opinião é que dava vontade de fumar e aí eu não podia fumar. Então, vamos parar logo de uma vez, entendeu? Pra não incomodar as pessoas. Porque não gosto de incomodar ninguém. Nunca pedi um cigarro a ninguém, sempre tinha o meu, duas carteiras de cigarro no bolso em casa.” (ALBERTO)*

*“[...] quando eu tava no período de separação e eu tava fumando muito... eu falei: ou eu crio os filhos ou morro, né? Na separação... porque é muito dolorido. Com isso, eu parei três anos. Aí, quando houve um relacionamento, comecei a fumar... acender um cigarrinho... aí voltei a fumar.” (SIMONE)*

*“Durante a minha segunda gravidez, eu parei, fiquei meses sem fumar. Só que eu ficava assim: quando eu ganhar neném vou fumar... e fumava no hospital mesmo.” (LAÍS)*

A percepção de aspectos negativos do tabagismo se manteve entre esses entrevistados, como apontado acima, e passou a ser identificada posteriormente também pelos demais, de diversas maneiras.

De acordo com Gigliotti (2002), os fatores de maior influência futura nos esforços para cessação de fumar foram “preocupações em expor suas crianças, família e amigos à fumaça de cigarro” (média de concordância = 8,27) e “preocupações de que os filhos irão começar a fumar se verem vocês fazendo isso” (média de concordância = 8,00). Os fumantes mais motivados a cessarem de fumar tiveram grau de concordância maior com as sentenças.

#### **5.4.2 Novas concepções sobre o tabagismo**

A idéia de parar de fumar foi narrada como relacionada com alterações que começaram a ser percebidas, sendo estas referentes aos efeitos do consumo de cigarros e suas conseqüências, tanto com relação aos próprios sujeitos, como também com relação a outras pessoas. Esses eventos, identificados pelos próprios informantes, acrescidos às observações quanto a aspectos negativos ligados ao fumar, realizados por familiares e pessoas em geral, contribuíram para que confirmassem ou forjassem conceitos desfavoráveis ao tabagismo. A evidência desses aspectos negativos foi promovendo nos sujeitos uma relação afetiva com o fumar, que os levava ao afastamento do cigarro.

Diante da percepção desses novos fatos, surgiram necessidades de explicá-los, de saber o que fazer diante deles — ou seja, de criar representações sociais a seu

respeito, a fim de compreendê-los para que com eles pudessem conviver. O tabagismo ia se conformando como algo que os ameaçava, cada vez mais intensamente.

Manifestações internas e externas foram observadas nos discursos dos entrevistados, revelando o conflito que vivenciaram até a tomada da decisão de abandono do cigarro.

Até mesmo o sabor deixado pelo cigarro na boca foi relatado como percebido, a partir de um determinado momento, de modo “diferente” e, assim, o fumar deixava de ser prazeroso.

*“Quando eu comecei a fumar... o cigarro tinha... era diferente o sabor, quer dizer, hoje em dia o sabor tá diferente, mais desagradável, foi aí que... às vezes, eu fumava... como diz... sem querer, não tava agradando mais.” (IVAN)*

A percepção, por parte do fumante, de que o sabor do cigarro tinha se tornado desagradável foi esclarecida por ocasião de sua participação no tratamento em grupo, ao associá-la ao conhecimento sobre a composição química do fumo. As informações sobre o uso de agrotóxicos nas lavouras de tabaco e as quase cinco mil substâncias que fazem parte da composição do cigarro — temática discutida nos encontros intensivos em grupo — explicaram o que já vinha sendo percebido:

*“Por causa da... a mudança do paladar do cigarro... você vê que, cada vez que passa, eles utilizam mais o remédio na lavoura e tudo... então, aquilo passa pra gente. Então, pode ser, de uma certa forma, isso faz parte do paladar do fumo. Aí, mesmo porque eu vendo... como... explicaram... e aqui foi tudo explicado, tudinho, os detalhes, né? Aí o cigarro, aquele que faz em casa, fumo de rolo, minha mãe ainda usa, ainda não fazia tanto mal... ela usa quando tá em casa, na rua fuma do outro... por isso que eu tomei a decisão... vamos ver se dá tempo ainda [risos].” (IVAN)*

Podemos encontrar, no discurso anterior, representações se originando ao mesmo tempo em que eram manifestadas, por meio da comunicação que ocorria nos encontros de grupo. A nova representação trazia para o sujeito a solução de sua questão emergente – o desagrado de fumar.

Os vestígios que o fumar deixava no corpo passaram, a partir de determinado momento, a serem percebidos pelos próprios informantes e por outras pessoas. Os fumantes revelam em seu corpo os sinais de seu ato. Os entrevistados, em sua maioria, mostraram, em seus discursos, que passaram a perceber como desagradável o odor de cigarro exalado de seu corpo e de suas roupas.

*“Parar de fumar foi o seguinte. Já tinha vontade... porque já tinha muito tempo, que eu de tarde... quando chegava na hora de eu dormir... eu tinha que tomar banho... lavar a cabeça... escovar a boca, porque, se eu chegasse na cama... e passasse a mão em algum lugar que viesse aquele cheiro de nicotina na minha mão, eu tinha que levantar e limpar de novo... esse foi o problema... foi onde começou.” (SANDRA)*

*“Oh! Na verdade... meu dedo começou a feder... comecei a tomar nojo disso... quando eu penso em fumar... eu penso: nossa! Aquele fedor todinho vai voltar em mim. Aí é isso [riso]... parece até piada, mas é verdade... é esse fedor que eu sentia... que é nojento, é nojento, mesmo. Se a gente for parar pra sentir o fedor do cigarro, vê que incomoda os outros. O cheiro horrível em você... e aí eu sempre penso nisso. Não ficar fedendo!” (NAIR)*

*“Era chato, por exemplo, muitas vezes eu chegava perto de uma pessoa e... com aquele bafo de cigarro e... Tem pessoa que virava o rosto ao conversar com a gente. Tudo isso a gente nota...” (BERNARDO)*

*“A roupa, a gente mesmo... é é... quando eu chegava dentro dum local que tinha que ser perfumada, às vezes ficava com vergonha. Uma coisa que me incomodava muito no cigarro era o mau cheiro, de... você não sentir perfume... de nada... esse negócio me incomodava muito! Roupa de cama toda fedendo... isso aí me incomodava.” (LAÍS)*

Também a pele de seu corpo foi sendo percebida com coloração e textura comprometidas pelo fumar. Nem mesmo o uso de cremes e perfumes conseguia encobrir os vestígios do tabagismo — fato que, para alguns informantes, era até mesmo gerador de vergonha:

*“A própria pele, eu sentia quiiii...era diferente. Era uma pele grossa, curtida. Podia passar perfume, passar creme, podia passar o que fosse, mas a pele... tava sempre mostrando assim que era fumante, mesmo, tinha características do fumante.” (LAÍS)*

*“Quando eu fumava, eu tinha aquela cor... e os dedos eram uns dedos enfumacento, eu não tinha cor na mão [risos]. As mãos eram escura, cheiro de cigarro na roupa e tudo, camisa.” (MAURÍCIO)*

*“Eu realmente era bem mais judiado quando fumava, digamos.” (Bernardo)*

O surgimento de problemas ligados à saúde, decorrentes do consumo de cigarros ou agravados por ele, limitava os sujeitos em seus cotidianos. Manifestações de doença, medo de adoecer, vontade de viver mais e melhor — tudo isso se fez presente nos discursos de vários entrevistados.

*“Porque eu já tenho diabetes. Aí, fumando, ia complicar mais ainda minha saúde.” (ADELAIDE)*

*“Olha, eu me sentia cansada demaaaaais, entendeu? Eu sentia a respiração meio frágil, já prejudicando, já... e, quando eu ia correr um pouquinho, parecia que eu ia [pausa longa] cair, de tanto que faltava o ar. Aí eu...coloquei na minha cabeça: tenho que parar, agora tenho que parar mesmo, porque, senão, aí eu vou morrer, né? E os meus filhos dependem de mim.” (CAROLINA)*

*“Às vezes, eu ia dormir e tapava a garganta por causa do pigarro do cigarro [...]” (FÁBIO)*

*“[...] quando eu subia qualquer ladeira...eu tinha que parar pelo menos cinco vezes... porque a dor que eu tinha nas minhas pernas era horrível... muito, muito.” (ROSANE)*

*“Vivia constantemente assim: sarava de uma gripe... não terminada daquela gripe, não ir embora, já vinha outra. Mãe, não fuma! E eu: Ah! Você não sabe de nada, não! Continuava fumando...” (EVA)*

Para alguns informantes, o surgimento de agravos à saúde decorrentes do tabagismo apresentou-se como um problema cuja responsabilidade cabe, em grande parte, ao



próprio indivíduo. Observamos a presença da idéia segundo a qual a doença pode ser controlada pela adoção de práticas e hábitos, como não fumar ou beber, embora sua ocorrência não se limite a isso:

*“Eu acho que se diz queeee... a pessoa também é muito... a pessoa fica muito exposta à qualidade de vida que ela leva, né? Qualquer coisinha, ela tenta buscar no cigarro... O relax é, muitas vezes... é só respirar um pouquinho fundo... que passa aquele momento.”*  
(BERNARDO)

Adoecer, para essa informante, envolve também outras situações que fogem ao controle da pessoa. Porém, é importante que ela faça a parte que lhe cabe, não somente para evitar adoecer ou para viver mais, mas para que fique com a consciência tranqüila.

*“Não parei de fumar por nenhum problema de saúde sério, mas... eu tenho um cunhado que morreu, sofreu muito com câncer na boca. Ele fumava muito, mesmo. Uns dia agora... morreu um vizinho meu há poucos dias agora, ele teve só seis meses de vida, tinha tudo e morreu, nunca fumou e nunca bebeu... Então, é as coisas da vida que acontece... você tem que fazer uma opção: você quer fumar ou você não quer. Às vezes, eu ficava assustada com essas doenças, mas aí na frente acontecia com outro. Eu ouvia muito a conversa... é, Fulano, se não tivesse fumado, não morria... porque a pessoa que não fuma nem bebe também acontece, mas se você... se acontece com você e você não fuma nem bebe, acho que você morre mais tranqüilo com você mesmo. Você diz assim: Eu tinha que morrer disso e morri, não provoquei nada disso, aconteceu. Quando você provoca, eu acho que tem um peso a mais, porque a vida sua não é sua... não é você que manda nela.. eu acho assim, penso assim...sempre pensei assim, isso eu aprendi na minha igreja.”* (SANDRA)

O tabagismo foi visto também, em alguns discursos, como uma atitude incoerente com idéias professadas pelos sujeitos. Identificamos que alguns percebiam o fato de ser fumante como uma incoerência entre essa prática e suas concepções sobre o consumo de drogas. Perceberam, a partir de um certo momento, que, fumando, contrariavam as idéias que expressavam em seus discursos sobre bons hábitos de vida

e o distanciamento de drogas Esses discursos faziam parte de conversações em circunstâncias variadas, como na orientação de filhos, netos e alunos:

*“Meu filho... porque ele já está adolescente, né? E ele sempre ficava me pedindo pra parar de fumar... porque na minha casa ninguém fuma, né? Nem meu marido, nem ele, né? Ele é pequeno e eu fiquei pensando assim, de dar... ele tanto me pedia... pra parar de fumar... e o dia que eu visse ele com alguma coisa... com uma droga... porque, hoje, todo mundo tá... é... nessa situação, né?.A gente nunca sabe o que pode acontecer com o adolescente... o que eu iria falar pra ele? Quantas vezes ele me pediu para eu parar de fumar e eu não parava, ficava fumando na frente dele. Aí foi mais isso... a decisão de parar de fumar.” (NAIR)*

*“Tenho um netinho de dois anos que esse me ajudou mais que tudo. Esse foi o alvo. Ele vinha e saía correndo na minha frente, baixava, pegava o cigarro e botava na boca. Eu tinha que brigar com ele, jogar fora, falar que era veneno, se ele me via com o cigarro na boca. Isso foi o que mais me ajudou. Isso é o que me alegra hoje. Ele hoje fala ‘Eca, né, vó? Fedorento!’ Quer dizer: se eu continuo fumando, ele ia insistir.” (SANDRA)*

*“Isso aí era outra coisa que me incomodava, porque eu tava à frente... não é que eu tava à frente de uma igreja, mas eu fazia parte de um grupo que estava à frente de igreja e tal... e aí saía, acabava de sair, botava o cigarro na boca. Isso aí era uma coisa que me incomodava. Como que eu posso... é é... tá ensinando ou passando alguma coisa pras pessoas e cometendo... o erro de tá com o cigarro na mão... mostrando o outro lado. Eu acho que você tem que ter uma certa postura pra isso também. Não é... não mostrar pros outro... é pra não passar pros outros, esse lado errado, né? Como que cê tá... é... falando... incentivando as pessoas, as crianças e ao mesmo tempo tá com cigarro na mão? Eu acho meio complicado! E eu acho que a religião nisso aí foi fundamental, ajudou bastante.” (DARLENE)*

Esses sujeitos expressam a percepção de algo inadequado na conduta de fumar que mantinham, uma vez que, dessa maneira, demonstravam falta de recursos para manter o controle sobre si, pois se encontravam em circunstâncias nas quais cabia não somente falar, mas, também, personificar o próprio exemplo de coerência entre o que concebiam e o que faziam.

Também manifestações externas, quais sejam, aquelas que partiam de outras pessoas, foram observadas de maneira recorrente nos relatos dos informantes. Familiares próximos, particularmente cônjuges e filhos, pediam aos informantes que deixassem de fumar. Dentre os motivos dessa manifestação, houve destaque para o odor: não somente o que fica no ambiente, mas, principalmente, aquele que é exalado do corpo da pessoa que fuma.

*“O meu filho, por exemplo, pegava o maço de cigarro meu, amassava, jogava fora... eu brigava com ele... ia lá fora e comprava outro [risos]. Hoje, ele, graças a Deus que... mas na época... Mas ele vinha me dar um abraço e falava: ‘Pai, você tá fedendo a cigarro!’”*  
(BERNARDO)

*“Meus filhos criticavam : ‘Está cheirando a cigarro’. Meu marido: ‘você precisa largar de fumar. Você toma banho, fica tão cheirosinha, aí pega o cigarro e fica fedendo.’”*  
(ADELAIDE)

*“Tinha vezes que o meu marido ia me dar um beijo, ele falava assim: ‘NOSSA! CATINGÃO DE CIGARROOO!’ [fala com voz de homem], entendeu? E meus filhos também, ia me dar um abraço: ‘Ah! Mãe, você ta tão catinguda! Você cheira MAL mãe!’ – ‘Ta bom, meu filho, vou parar de fumar um dia, pode deixar.’”* (CAROLINA)

E, ainda, somando-se a isso, os entrevistados começaram a perceber reações de desagrado das pessoas em geral, por esse mesmo motivo – o odor, que, de forma semelhante, levava seus familiares a se manifestarem contra o fumar:

*“Porque, quando eu fumava... muitas vezes eu cheguei no ponto de ônibus, acendia um cigarro, a fumaça... as pessoas se afastavam de mim... Às vezes, eu sentava dentro do ônibus, chegava uma senhora ou às vezes um jovem, sentava perto de mim, eu via que eles se afastavam por causa do cheiro, o cheiro já tinha tomado conta do meu corpo também, que eu tenho certeza... eu mesmo já estava sentindo... eu sentia também. Aquilo foi... fazendo tudo pra mim largar.”* (FÁBIO)

O tabagismo, para alguns sujeitos deste estudo, passou a ser visto como causa de atitudes preconceituosas por parte dos indivíduos que não fumam. Ainda que tenha predominado, na amostra, que se originaram de famílias nas quais o fumar se fazia

presente de forma sistemática, sendo consumido pela maioria de seus membros, dois informantes foram exceções. Em suas narrativas, esses entrevistados relataram que, além de seus familiares não serem fumantes, ainda realizavam manifestações de não aceitação do fato de serem tabagistas.

Entretanto, observamos que a maioria dos entrevistados percebeu que, nos últimos anos, houve uma crescente diminuição da aceitação do tabagismo pelas pessoas em geral. Porém, no discurso dos sujeitos provenientes de famílias cujos membros — particularmente pai e mãe — não fumavam, há uma acentuação da idéia de segregação entre fumantes e não fumantes.

*“Meus familiares não eram e nem são fumantes. Sentia rejeição de familiares... os meus pais, minha mãe, né? Minha mãe reclamava muito. Na minha família atual, não, porque meu marido fumava também, né? Mas ele, às vezes, se sentia incomodado também, porque ele fumava pouco. Eu fumava muito. Ah! Eu fumava vinte cigarros por dia.” (LAÍS)*

*“Meus pais nem meus irmãos fumavam. Eu tenho certeza que todo fumante... as pessoas que não fumam se afastam do fumante... isso aí eu tenho certeza.” (FÁBIO)*

O fumante foi representado por alguns informantes como sendo, de maneira geral, alvo de preconceitos, sofrendo, em função disso, repreensões verbais e rejeição de familiares não fumantes:

*“É diminuição mesmo da pessoa, de dar auto-estima baixa mesmo, de saber que você é rejeitada pelas pessoas. Rejeição, mesmo, do fumante!” (LAÍS)*

*“Infelizmente, nós temos, temos é é é. como se chama? É [pausa longa] preconceito! A cada dia que passa, certos lugares ficam proibidos de fumar. Isso, de certa forma, tem hora que deixa a gente constrangido em certos lugares, né? Então, pra o indivíduo fumar já é é é constrangedor... Ainda escutava certas coisas que as pessoas falam: ‘Não fumar! Não pode fumar!’ (FÁBIO)*

*“Eu eu tinha uma sensação de mal-estar pelaaaaa... [pausa longa]. É assim... por saber que eu fumava e incomodava as pessoas. Eu não gostava do cigarro justamente por eu*

*incomodar as pessoas. As pessoas que conviviam comigo, dentro de casa. Só eu fumava... eram cinco pessoas, então... teve um período que eram oito pessoas, cinco crianças, e só eu fumava. Então, aí eu pensava... era muito ruim, eu que passava é cigarro pras roupas toda, eu que passava... é... nas vasilha toda, é! Era eu, era eu, não tinha outra pessoa, era eu, só eu.” (DARLENE)*

Podemos observar que os informantes mostraram que, a partir de um certo momento, o ato de fumar passou a ter novo significado para eles, *novo*, porém, com percepção de aspectos negativos. Dessa maneira, o tabagismo passou a ser concebido como diretamente relacionado com problemas. Observamos citações segundo as quais o tabagismo estava vinculado a dificuldades nos relacionamentos familiares, era uma ameaça à saúde, gerava medo de doenças graves, passando, dessa maneira, a ser visto como causador de sofrimento e, portanto, um comportamento cada vez menos aceito socialmente:

*“Ah, eu já sentia assim... o cigarro tava me dominando 100%, já prejudicando a saúde, né? Eu sentia que eu, que eu... além do problema nasal que eu tive, que eu tenho até hoje ... é o problema... até mesmo em casa, né? Problema de relacionamento, minha mulher não fuma.” (BERNARDO)*

*“[...] até hoje eu tenho medo ainda, porque tem quatro anos que eu parei de fumar e ele dez anos depois teve o câncer de pulmão e garganta devido ao cigarro. Ele fumava fumo de rolo. Então, mas eu acho que o cigarro branco é pior ainda, porque o cigarro branco tem muito tipo de droga pra viciar mais ainda.” (FÁBIO)*

*“Parei de fumar pra evitar o sofrimento, porque não é bonito, não.” (ADELAIDE)*

*“[...] às vezes eu fumava, como diz... sem querer, não tava agradando mais.” (IVAN)*

*“Eu, ultimamente, é é é... já tava fumando escondido das pessoas, já não fumava mais perto das pessoas, né? Eu tinha vergonha porque eu sabia que estava incomodando as pessoas, porque tem fumante que ele não acha que ele incomoda ninguém, né? Mas eu tinha consciência de que eu estava incomodando”. (LAÍS)*

*“Eu fui obrigado a parar, que eu vi que tava me matando. Se eu não paro, eu acho que não tava vivo mais. O cigarro só me trazia desespero.” (MAURÍCIO)*

*“Aí, eu... coloquei na minha cabeça: ‘Tenho que parar, agora tenho que parar mesmo, porque, senão, aí eu vou morrer, né?’ E os meus filhos depende de mim. Lembrei dos meus filhos, aí eu falei: ‘Nãaaaao, agoraaa tenho que parar, tenho que tomar essa atitude e vai ser assim.’” (CAROLINA)*

O conjunto de situações que contribuíram para que o tabagismo passasse a ter um novo significado para os informantes trouxe para alguns a idéia de cessar de fumar e, para outros, a consolidou. O desejo de parar de fumar já havia surgido entre alguns sujeitos havia considerável tempo e permanecia em suas mentes, ainda que não conseguissem efetivá-lo. O surgimento de situações constrangedoras relacionadas com o fumar gerava representações do tabagismo nas quais este era tido como um causador de problemas, assim trazendo ou fortalecendo à idéia de abandonar o consumo de cigarros.

Todos esses acontecimentos combinaram-se na elaboração de um acervo de informações novas sobre o tabagismo. Diante disso, suas antigas representações foram substituídas por outras, para que, assim, pudessem conviver com os aspectos dessa nova realidade e posicionar-se em frente a ela. Essa realidade mental preparou os informantes para a tomada de decisão de deixar de fumar. Alguns, entretanto, revelaram a ocorrência de uma situação particular de expressivo significado, no processo de abandono do tabagismo:

*“A decisão foi... [pausa] uma propaganda que eu vi, se não me engano no Fantástico. Não foi propaganda, não, foi aquele programa que mostrou um pulmão sadio e o de um fumante. Então, aquilo me assustou, me assustou muito. Eu fiquei preocupada. Há 28 anos que eu fumo, será que o meu já está assim? Então, foi através dessa reportagem. (ADELAIDE)*

*“Quando eu vi aquele quadro lá cheio de... um quadro que tinha ali, que tinha os veneno, como que fala? Os veneno que tem no cigarro, né? O ratooo, o formol de defunto... eu olhei pra aquilo e falei: ‘Que que eu tô jogando dentro de mim? Misericórdia, Senhor*

*Jesus!” Aí, comecei... [pausa] depois daquilo ali... tenho que parar. Aí, botei aquilo na cabeça: ‘Eu vou parar, eu tenho que parar. Mas poder tem Deus , tem que me ajudar.’”*  
(EVA)

*“Aí, eu passei a observar assim as propagandas, né? E comecei a me sentir mal.”*  
(ADELAIDE)

Nos excertos que acabam de ser apresentados, podemos observar os efeitos de novas informações que possibilitaram a elaboração de representações também novas, de modo que os informantes pudessem se conduzir diante do que não lhe era familiar e lhes parecia até mesmo “assustador”. Dessa maneira, o tabagismo, como um causador de problemas, se consolidava na visão desses informantes.

Podemos observar, no excerto a seguir, que, para a informante, houve uma associação de eventos diante dos quais seu desejo de deixar de fumar se fortaleceu. À medida que esses eventos ocorreram, trouxeram o reconhecimento de que não deveria continuar fumando, pois ele compreendeu que os efeitos da droga comprometiam seu corpo — o odor exalado de seu corpo foi repudiado pela aluna — ou poderia vir a comprometê-lo — visualização de lesões na cavidade oral, em decorrência do tabagismo.

*“Foi quando eu vi... quando eu vi aquele cartaz que tem até ali, né? Sempre eu vejo. Acho que é o primeiro local onde eu vou que tem a propaganda, que eu vejo: AQUELA BOCA! Aquela boca me matou, né? Ih...aquilo foi uma força... e eu estava também atendendo uma aluna... eee ela é cega e aí ela foi e colocou a mão [faz gesto de cobrir nariz e boca e virar a face]... sentiu a catinga. Aí, eu falei: ‘Acabou, agora eu tenho que parar de qualquer jeito, né?’ Eu já estava fazendo as reuniões, foi na segunda ou terça-feira ... Eu desci e não fumei mais e e e... até hoje. Foi a boca e essa aluna minha... o jeito dela ... aquilo me incomodou. Aquilo... era o fim: ou eu parava ou a carreira parava, também, né? A auto-estima foi lá embaixo na hora... ela nem viu, ela nem viu, ela não teve consciência do que ela tava fazendo, mas, no fundo, no fundo, foi uma ajuda muito grande.”* (LAÍS)

### 5.4.3 Fatores relacionados com o alcance da abstinência

Os entrevistados relataram que tiveram contato face a face com familiares e conhecidos que deixaram de fumar. Esses possivelmente foram exemplos que contribuíram para o surgimento de uma nova concepção: a de que parar de fumar era possível.

De modo semelhante ao ocorrido quando da aproximação ao tabagismo e da iniciação nessa prática, facilitadas pelo contato com familiares e amigos próximos e que eram tabagistas, houve também a influência de pessoas próximas no processo inverso — o de deixar de fumar —, como mostram alguns informantes:

*“Na minha família, só tinha um que não fumava, era uma irmã, dos seis irmãos. Hoje nenhum deles fuma. E quem puxou a fila foi minha mãe.” (BERNARDO)*

*“Na minha casa o meu marido parou primeiro que eu, mas meus filhos odeiam cigarro, né? E me criticavam muito: ‘Ah, mãe, pára com isso, papai parou, pára também.’” (ADELAIDE)*

*“[...] aí, ela [mãe]... e ela foi uma força muito grande nesse sentido, porque ela fumou a vida toda... Não levou o cigarro, nunca reclamou, nunca pediu... ficou um mês lá internada, passou as piores amarguras e ela nunca se queixou. Então, eu também tava passando pelo processo... de parar de fumar e e e... como ela também não pedia... eu também não me sentia... eu não me sentia também no direito de fumar, pra também não atçar.” (DARLENE)*

*“É, mas... eu gosto de fazer o serviço na parte da manhã. Aí, na parte da tarde, eu pego e vou ali com a minha cunhada no mercado e aí sempre fico batendo papo, né? Só que ela é que nem eu: também não tá fumando mais.” (BEATRIZ)*

A busca ou a aceitação do tratamento para deixar de fumar foi proveniente de informações fornecidas por ex-fumantes que passaram pelo ambulatório de tratamento do tabagismo e por seus familiares e também da divulgação desse tratamento nos meios de comunicação de massa, do encaminhamento de algum profissional ou, ainda, do fato de o informante ter ido à unidade de tratamento na condição de acompanhante de algum paciente que ia se tratar do tabagismo:



*“A minha amiga que trabalhava comigo, ela fuma muito, né? Ainda fuma, né? Na época, foi ela que viu o programa, né?... E ela marcou pra mim e pra ela, pra vim aqui. Ela perguntou se eu queria... e eu falei: ‘Então tá, marca que a gente vai.’ Aí, nesse dia, ela marcou pra mim e pra ela. Ela não veio. Eu vim e ela não veio. Ela não pôde vir. Desculpa, né? Na verdade, ela não queria parar. Aí, eu vim. Aí, eu comecei a fazer o tratamento [...]” (NAIR)*

*“Eu tava aqui acho que consultando, uma vez. Aí, eu vi a plaquinha ali. Eu... [pausa] me interessei de perguntar como funcionava. Ela falou pra mim: ‘Vem numa reunião!’ Aí eu vim.” (CAROLINA)*

*“Aí, eu entrava no elevador e via o cartaz, na saída do PROCON, na portinha que ficava bem em frente. Ali tinha uns cartazes. Aí teve uma vez que teve o dia trinta e um... Aí, tava ali na beirinha do PROCON aquele negócio ali. Eu falei: ‘É... é eu acho que eu vou ver isso e tentar parar.’ (SIMONE)*

*“Mãe, teve no médico aqui em Vitória, o Dr. C. , parece que é o nome do médico. Aí ele indicou vocês aqui, pra ela. Como sou eu que acompanho a mãe sempre, eu vim praticamente obrigado, né? Porque mãe... aí, mãe falou: ‘Por que você não tenta, também?’ Eu vou ser obrigado a ir, né, mãe? A senhora vai, eu tenho que ir. Eu entrei na sala... [pausa] quer dizer, eu parei de fumar e ela tá fumando até hoje. Mas o remédio tá lá até hoje, acho, não experimentei.” (CARLOS)*

Contribuições para a interrupção do tabagismo foram atribuídas a várias situações vivenciadas nos encontros do grupo, graças a relatos tanto de experiências de tentativas de largar o cigarro (com ou sem êxito) quanto de agravo à saúde decorrente do consumo do cigarro:

*“As histórias, no decorrer das reuniões é é é era idéia de... acho que foi de auto-ajuda. Cada hora chegava um: ‘Ah! Eu consegui!’ Outro: ‘Ah! Eu não consegui.’ Era a sensação de minha gente, né? Igual a mim.” (DARLENE)*

*“[...] Se aquele menino largou, se não fumou mais, eu também posso parar. E assim foi.” (SANDRA)*

*“[...] As pessoas começaram a dar depoimentos, né? ‘Eu parei de fumar tem tantos dias.’ Aí, eu comecei a achar... se eles podem parar de fumar, eu também posso. Eu também tenho que ter essa vontade, né?” (NAIR)*

*“[...] O que mais me ajudou a parar foi ajuda do grupo. [pausa longa] Nas reuniões você vê pessoas assim... queeee... você sai daqui e fala: PELO AMOR DE DEUS, eu não quero ficar igual. Porque dava pena a gente ver pessoas no grupo chorarem por doença que elas tinham, que foi causada pelo cigarro. E isso é o que mais me incentivou a parar.” (ROSANE)*

O compartilhamento de experiências individuais no grupo proporcionou aos informantes não apenas a interiorização de representações segundo as quais as pessoas são capazes de deixar o cigarro, como, também, a oportunidade de reelaborar cognitivamente seus conceitos sobre os problemas relacionados com a saúde decorrentes do tabagismo. Devido à mobilização desencadeada nos informantes, graças aos relatos de sofrimento feitos por alguns integrantes, expondo suas doenças e dificuldades resultantes do consumo de cigarros, os informantes consolidaram a idéia de que o tabagismo era um problema:

*“[...] Porque o que me ajudou pra largar de fumar mesmo, pra falar a verdade, foi quando eu vi a senhora chorando.... aqui. Há três anos ela estava tentando largar de fumar e não conseguia. [...] Então, aquilo... eu achei queeeee chegou o momento certo e que o cigarro não ia me dominar [...].” (FÁBIO)*

A experiência de insucesso na abstenção de fumar, revelada por certos participantes nas reuniões do grupo, significou, para esse informante, uma particular expressão de prorrogação de sofrimento. Isso o levou a reconhecer que era dominado pela droga. Contudo, decidiu que, a partir de então, não mais seria.

O “conhecimento” proporcionado aos informantes pelo tratamento aumentava suas informações provenientes do senso comum — mediante as falas dos participantes do grupo — e trazia outras, em geral novas — vindas do universo reificado, por meio dos técnicos da equipe e do material impresso que lhes era fornecido.

*“[...] Aí, o dia que me deu aquele... no primeiro dia que deram aquele... pra eu ter lá em casa, eu fui lendo, olhando aquelas coisa, eu vi que... Na outra reunião, outro livreto. Aquilo foi me desistindo, ‘deu’ tomar raiva mesmo do cigarro, porque eu vi o que que o cigarro fazia e tudo, né? Tá lá em casa, tá tudo guardado!” (MAURÍCIO)*

#### **5.4.4 A ruptura com o uso do tabaco**

Os primeiros dias de abstenção de fumar foram percebidos pela maioria dos sujeitos como tendo sido uma fase crítica do processo, sendo variável sua duração. As manifestações da abstinência foram percebidas como intensas. Os informantes representam esse período como difícil, tendo sido necessário estar preparado para enfrentá-lo:

*“Já tinha tentado sozinha... e a sensação que eu tive é como se eu fosse... assim... enlouquecer... Aí, não tem jeito... eu não conseguia trabalhar, não tinha jeito, eu não conseguia fazer porque tava faltando alguma coisa. Tinha como se fosse um empurrão. Dessa vez, eu fiquei dezesseis dias sem fumar! Teve outras experiências, mas não duraram nem uma semana.” (CAROLINA)*

*“Foi através de uma amiga que havia parado com o tratamento é que fiquei conhecendo. Sozinha eu não estava conseguindo, você não consegue esperar passar aquela hora daquela fissura, sabe? Daquele nervoso você não consegue. A primeira coisa que você faz é buscar o cigarro, é a solução. E, com ajuda, eu aprendi como isso ia passar, como é que eu ia conseguir. O que fazer, como fazer.” (ROSANE)*

*“No primeiro dia, acho que o primeiro dia é que foi barra. O primeiro dia, eu fiquei de cama... fiquei dois dias... é... prostrada em cima da cama, mesmo. Assim, com a posição de não fumar, mas, ao mesmo tempo, me sentindo muito mal em relação a isso. Me deu é é... tipo assim... como se tivesse cansaço, como se eu tivesse entrado num estado de depressão. Reagi do segundo dia em diante.” (DARLENE)*

*“Foi horrível, os dez primeiros dias foi horrível. Deus me livre! Eu via uma pessoa fumando, me dava vontade de tomar o cigarro da mão dela, sabe?” (CAROLINA)*

Contudo, alguns informantes relataram que não sentiram nenhum desconforto ligado à interrupção do tabagismo.

*“Eu, depois da primeira semana, já não lembrava mais do cigarro, mas faltava alguma coisa. Quando eu acabava de fazer alguma coisa, me vinha aquele hábito de sentar ou ficar em pé e acender o cigarro. Então, era naqueles intervalos, depois do almoço, do jantar, do café da tarde que dava mais vontade... eu tinha até uma cadeira para isso [...].” (SANDRA)*

Contrastando com a maioria dos informantes, encontramos um relato de que não houve desconforto nenhum decorrente da cessação de fumar — muito pelo contrário, o que a informante percebeu foi bem-estar.

*“Ah...eu senti.. me deu uma sensação de... de... de libertação. Aconteceu assim... é é é como se eu nunca tivesse fumado na minha vida. Mas eu não senti nada, nada, como se eu nunca tivesse colocado cigarro na minha boca.” (EVA)*

A narrativa de dificuldades envolvidas na passagem da condição de fumante para a de ex-fumante fez-se presente nos discursos da maioria dos sujeitos, confirmando a opinião que predomina entre os participantes do núcleo de tratamento e na literatura e que circula, também, no âmbito do senso comum. Ou seja: parar de fumar foi visto como uma grande dificuldade a ser superada.

*“[...] Aí eu fico imaginando assim o quanto eles sofre, né? Mas aí é fácil entender também que tá sendo difícil, pra eles que fuma, parar, né? Porque eu sei o quanto foi difícil pra mim parar de fumar.” (CAROLINA)*

*“Inicialmente, foi muito difícil, né? Ansiedaaade... é é é... coisas assim, de chegar e brigar mesmo com meu marido... é difícil, não é fácil, não, mas... era a peregrinação que eu tinha que fazer. Eu tava me fazendo mal... sentindo muita alergia... é é é... eu determinei que ia parar um ano atrás e parei. É foi difícil porque a falta do cigarro assim... é é é... às vezes, assim, eu falava muito. Desabafava falando.” (LAÍS)*

*“Foi brabo, viu? Olha! Não é fácil, não! A abstinência realmente é forte, e você não consegue nem, digamos assim... poder de concentração. Você fica... sei lá, é uma coisa*

*esquisita, fica agoniado. Tudo é motivo pra você se irritar... depressão, suor, sei lá. Até dormir ficava complicado, porque teve uma época que eu acordava de madrugada pra poder fumar ultimamente.” (BERNARDO)*

*“Nos primeiros dias? Ah... foi desagradável, mas, logo depois que o fumo saiu da minha vida, melhorou 100%. Nos primeiros dias, ficava naquela expectativa de... puxa vida! Será que eu vou conseguir ... entendeu? No início, tinha muita vontade... no dia que eu saí daqui... fui pra casa da minha irmã em São Cristóvão, que eu deixei o maço de cigarro aqui em cima... e agora? Mas eu dei a minha palavra e tenho que cumprir... graças a Deus... mas, no início, deu vontade grande. Mas, uma semana depois, acabou... aí eu passei a a... como falei pra você ... eu esqueci do cigarro.” (CARLOS)*

Estratégias individuais foram elaboradas pelos sujeitos para enfrentar a possibilidade de não conseguir parar de fumar. A representação que tinham do problema que deveriam enfrentar, devido à síndrome de abstinência de nicotina, era construída a partir das próprias experiências outrora vivenciadas e daquelas provenientes dos universos consensuais (contatos com outros fumantes e/ou ex-fumantes) e dos universos reificados (técnicos da equipe, informes em meios de comunicação). A utilização das estratégias para tal situação ameaçadora era realizada conforme os recursos internos e externos diante das manifestações percebidas da síndrome de abstinência e da representação que faziam dela.

Diante da incerteza sobre se iria ou não conseguir deixar o cigarro, um entrevistado escolheu o “dia da mentira”, para se proteger caso ocorresse o insucesso. O sucesso representou sua “sorte” diante do evento.

*“ [...] Escolhi o dia da mentira [risos], logo o 1º de abril e que me deu sorte... que, aí, ninguém acredita, nem a gente acredita [risos]. Se não desse certo, era o dia da mentira, mesmo.” (IVAN)*

Podemos observar a necessidade de manter-se ocupado, como já visto anteriormente, relacionada de modo direto com a intensidade da vontade de fumar. Ocupar-se com a realização de algo, podendo ser até mesmo o dormir, era aquilo de que a informante

necessitava para lidar com as manifestações da passagem da condição de fumante para a de ex-fumante:

*“Dia de semana, assim, eu trabalhava, né? Eu procurava me envolver muito com o serviço. Mas, no final de semana, assim, eu... eu fazia coisas absurdas... eu botava até cortina na janela. Terminava o meu serviço e cortina. Se ainda ficava um reflexo do dia, aí eu colocava cobertor pra escurecer, pra mim achar que era noite, pra mim dormir. Pra passar o dia mais rápido, pra mim não ter que fumar.” (CAROLINA)*

Para esse entrevistado, a dependência do tabaco era percebida como intensa e, portanto, para conseguir parar de fumar, foram necessárias várias tentativas, até que conseguisse.

*“Depois de umas quatro, cinco tentativas aqui — não foi na primeira, não — é que, digamos assim... eu era dependente, dependente, mesmo, porque tem casos que a pessoa consegue parar assim... na opinião. Mas eu não consegui, não, eu consegui depois de umas quatro, cinco tentativas.” (BERNARDO)*

Entretanto, a entrevistada a que corresponde o excerto seguinte já se encontrava sem fumar, quando chegou ao núcleo de tratamento para iniciar a participação no grupo:

*“No momento que eu me inscrevi... eu vou parar... já subi sem fumar... já fui pra casa... já adiei... tinha a estratégia de adiar... já fui deixando pro final do dia o primeiro cigarro... Quando eu cheguei aqui, já estava sem vontade de fumar. Quando começou o grupo, eu já estava decidida porque eu ia trazer a galera atrás de mim, que era a que mais precisava parar. Aí, voltei aqui, inscrevi todos eles no meu programa e viemos juntos.” (SIMONE)*

O grande desafio da recuperação foi substituir a rotina centrada na droga por um novo hábito: o de estar sem fumar:

*“O nível de vontade foi grande, porque, toda vez que você ia fazer alguma coisa que estava acostumado a fumar... até fazer trabalho, dava vontade de fumar... lógico, tudo que você fazia antes você tinha que fumar um cigarro... depois que você parou, dava vontade de fumar, também. Essa é a dificuldade que eu tinha.” (ALBERTO)*

A alteração de “pequenas” rotinas, como promover modificações no local estabelecido como de preferência para fumar, fez parte da estratégia da informante, cujo relato vem a seguir:

*“[...] Eu tirei até uma cadeira, que eu tinha na cozinha. Aí, eu tirei a cadeira e muitas vezes me peguei rondando em frente da geladeira como se faltasse fazer uma coisa, mas não lembrava o que era. Aí, quando eu lembrava, batia o olho no cigarro do meu filho, sempre no mesmo lugar... aí, eu: ‘Ah! É você... eu não quero mais, não.’ Virava as costas e saía. E assim fui fazendo... Hoje, não me pego por mais nada, e o cigarro continua lá, no mesmo lugar.” (SANDRA)*

Deixar de tomar café foi uma estratégia recorrente entre os entrevistados no período inicial de abstenção, como podemos observar nos exemplos a seguir:

*“Deixei de tomar o café... na época... hoje, tô tomando, mas, na época, deixei de tomar o café... aquele cafezinho toda hora, né? He, he, e tomava um copo de leite, tomava um pouquinho de leite na hora que ia tomar café. Troquei o café pelo leite. Em vez de ir na garrafa, ia na geladeira e pegava um pouquinho de leite e botava no copo.” (ALBERTO)*

*“Foi quase um mês, quase um mês sem café e sem cerveja, porque, se eu tomasse café, eu fumava e se eu tomasse cerveja, eu fumava.” (BERNARDO)*

*“[...] E, aí, coloquei na minha cabeça que... aí, quando me dava vontade de fumar, eu ia na geladeira beber água, ia na geladeira, pegava uma fruta. E assim foi passando.” (CAROLINA)*

A interrupção do tabagismo, então, ocorreu após os sujeitos tomarem consciência dos problemas que vinham tendo e de relacioná-los com o fato de fumar. A representação que têm da abstenção de fumar foi de que esta decorreu de um aprendizado que lhes proporcionou a compreensão do problema em suas diferentes — porém inter-relacionadas — dimensões, ou seja: na dimensão do sujeito, na de sua relação com as outras pessoas e em sua inserção social:

*“[...] E aqui tudo foi explicado, tudinho, os detalhes, né? O cigarro acaba prejudicando por causa disso e disso. Por isso, eu tomei a decisão. Vamos ver se dá tempo ainda, né? [risos].” (IVAN)*

*“[...] Naquela quaresma, o padre falou na igreja, lá. O padre C. falou sobre jejum, da Semana Santa, das pessoas que podem começar ou parar alguma coisa... que não adianta ficar sem comer pra se vangloriar, que não resolve, que fazer jejum não é parar de comer, pode-se parar de fumar, de beber. Aí eu tava vindo aqui, parece que era só pra mim que ele tava falando. E eu fui embora pensando. Aí, eu falei assim: ‘Por que não juntar o útil ao agradável, parar de fumar, sumir essa catinga, esse cheiro ruim e também fazer uma coisa boa por mim mesma?’ [...]” (SANDRA)*

*“Eu acho que foi a auto-análise sobre o que é o cigarro, tudo que era falado aqui. A auto-análise que eu fiz da minha vida, né? Ouvindo o que eu ouvi aqui, bateu com o que a gente já tava sofrendo, digamos assim.” (BERNARDO)*

*“[...] A gente vai ouvindo vocês falando ali, né? Sobre causas.... do cigarro que provoca, aquele negócio todo e a gente vai sentindo, sente na pele aquele negócio.... ê ê ê... bate fundo.... aonde você tem que [bate palma] se conscientizar que aquilo é verdade e parar.” (CARLOS)*

A partir daí, os informantes vão atribuindo significados a todos os fatos relacionados com o ato de fumar, e o cigarro passa a ser representado como um inimigo. Portanto, para alguns entrevistados se afastarem dele, para romperem com seu domínio, foi necessário travar uma luta com ele.

Fazem analogia do cigarro com o inimigo, sendo, porém, um inimigo forte, que, para se afastarem dele, é preciso destruí-lo:

*“Quando chegou o dia nove, que eu marquei: ‘Nesse dia eu não fumo nunca mais’... aí, eu peguei o maço de cigarro, aliás tava faltando um cigarro que eu tinha dado, peguei o maço de cigarro, rebentei, quebrei ele todinho e joguei no lixo. Aí zerei... parece que nuncaaaaaa fumei.” (EVA)*



*“[...] Eu peguei um cigarro, na hora de botar ele na boca, eu peguei, joguei no chão, pisei em cima dele e... não tô mais com esse veneno!” (FÁBIO)*

Entretanto, para outros informantes, a ruptura com o consumo de tabaco transcorreu sem que houvesse arrebatamento emocional, não apenas na ocasião de desfecho do fato, como também a *posteriori*, na relação estabelecida com o cigarro e com os fumantes, como será visto adiante:

*“No dia anterior... ‘Eu amanhã vô lá,’ eu tava sentado na mesa. Peguei meu maço de cigarro, botei na prateleira e falei: ‘Eu, a partir de amanhã, não vou fumar mais!’ Então, a partir do dia que cheguei aqui, eu não fumei mais, mas no dia anterior eu fumei. Já que eu vou pra lá, eu vou parar de fumar [...]” (ALBERTO)*

A decisão de parar de fumar, para a entrevistada citada a seguir, foi representada pela manifestação de gestos e palavras, de forma a marcar a passagem de uma condição para outra — de fumante para ex-fumante.

*“Eu tentei diminuir, só que eu vi que isso aí não funciona muito bem. Aí, teve um dia que eu entrei pra dentro do meu quarto, botei meu joelho no chão, falei: ‘Não! Hoje, vai ser hoje que eu não vou fumar mais.’” (CAROLINA)*

A percepção de que haviam conseguido parar de fumar surgiu a partir do entendimento de que tinham sido capazes de permanecer algum tempo sem fazê-lo, aliada à condição de esse fato ter sido inédito na vida de alguns. Devemos considerar, ainda, que nem todos os informantes acreditavam ser possível alcançar tal meta:

*“Oh! No quinto dia em diante, já sentia assim, que eu tinha condições de parar, né?” (CAROLINA)*

*“Nos primeiros dias, ficava naquela expectativa de... puxa vida! Será que eu vou conseguir, entendeu? [...] Mas, uma semana depois, a vontade acabou, não lembrava mais que existia cigarro. Eu dei muita sorte de ter parado de fumar do jeito que eu parei, no dia ali, deixei o maço, e falei que não ia fumar mais e não fumei. Até hoje eu não fumei.” (CARLOS)*

*“Ah! Mas eu acho que, com uma semana, eu já tava tranqüila pra isso. Eu pensava assim...que não ia conseguir ficar um dia sem fumar. Aí, eu consegui ficar um dia. No segundo dia, eu pensei assim: ‘Não vou botar cigarro na boca.’ Não botei! Aí, depois, eu comecei a falar: ‘Bom , eu consegui, né? Vou ter que levantar e... reagir agora é não botar na boca.’” (DARLENE)*

#### **5.4.5 Algumas considerações sobre a fase de busca pela recuperação**

A maioria dos sujeitos trouxe a idéia de parar de fumar de épocas anteriores. Ainda que nem todos tenham relatado tentativas progressas. Dentre os que tentaram, somente alguns narraram terem conseguido manter-se em abstenção.

As questões individuais ligadas às novas representações do fumar são reveladas pelos entrevistados como tendo surgido a partir da percepção de desconfortos e da compreensão de que estes eram decorrentes do tabagismo. Observamos, por exemplo, o relato de perceberem a saúde e a estética corporal comprometidas. O prejuízo na aparência física, causado por muitos anos de tabagismo, e o cheiro de tabaco que era exalado de seu corpo predominaram nos discursos dos sujeitos deste estudo.

O cessar de fumar envolveu ainda questões intersubjetivas, como as geradas a partir do convívio com indivíduos não fumantes, do fato de se encontrarem em período gestacional e do medo de abreviar a própria vida e não conseguir dar termo à criação dos filhos. Nos relatos referentes a essas questões, observamos que o foco da representação do tabagismo – como causador de problemas – não estava nos próprios sujeitos, mas, sim, no grau em que o fato de serem fumantes causava transtorno para quem estava próximo. Para alguns informantes, o tabagismo era um fator que os levava a sofrerem discriminação social.

Percebemos, com nitidez, um novo olhar sobre o fumar expresso nos discursos dos entrevistados, condizente com as mudanças relativas à menor aceitação social do tabagismo nos últimos dez anos, decorrente da crescente divulgação dos problemas por ele causados. Os sujeitos reelaboraram suas concepções sobre o tabagismo,

associando às novas informações o que vinham vivenciando. Alguns dos discursos que continham representações, segundo as quais os sujeitos se sentiam discriminados por serem tabagistas, estavam inseridos em contextos nos quais havia a citação das atuais restrições legais ao fumar.

As questões subjetivas — da relação dos informantes com a droga, as intersubjetivas — estabelecidas na relação de triangulação entre o indivíduo, a droga e o outro e, as questões sociais — relativas ao modo de inserção do indivíduo na sociedade — foram todas se imbricando, de maneira que os sujeitos passam a dar um novo significado ao fumar. A partir de tal fato, os aspectos desfavoráveis do tabagismo convivem com os aspectos favoráveis, sobrepujando-os.

O tabagismo passou a ser visto como o responsável por trazer a fraqueza física associada ao fato de os sujeitos se perceberem incoerentes, diferentes e discriminados devido ao comportamento de fumar. Para alguns, tais fatos eram geradores de fraqueza social — conflitos com familiares e não fumantes em geral, falta de vigor físico e mental, dentre outros.

As representações sociais, segundo Moscovici (1978), são conjuntos dinâmicos que possuem o *status* de produzir comportamentos e relações com o meio ambiente e, assim, proporcionar modificações tanto em um (comportamento) quanto em outro (meio ambiente).

Provavelmente, a mudança do comportamento dos informantes se deu em decorrência da conclusão de que, para saírem desse conflito, a solução seria parar de fumar. Assim, diferentemente do que concebiam outrora, a solução não era mais o fumar, mas, sim, deixar de fazê-lo.

## 5.5 A SUPERAÇÃO DA DEPENDÊNCIA

### 5.5.1 A relação dos ex-fumantes com o tabagismo e com os tabagistas

Os entrevistados revelaram que, nos contextos em que o fumar era intimamente relacionado, o cigarro passou a não estar mais vinculado a eles, embora alguns desses antigos hábitos associados ao fumar ainda sejam mantidos:

*“Hoje eu tomo café, tomo minha cerveja e o cigarro, não.” (BERNARDO)*

*“Mas quando eu fumava... lá no serviço eu usava os dois, tudo junto. Hoje, só o café que continua a mesma coisa, não diminuiu nada.” (FÁBIO)*

A vontade de fumar atualmente foi relatada como de rara ocorrência, apesar de a maioria dos informantes continuar mantendo contato com pessoas que fumam.

*“No escritório que eu trabalho, só eu que não fumo. Eu me incomodo com o cheiro ... falar a verdade, mas vontade também tenho, mas raras vezes me passa, mas muito difícil, assim ... eu sinto o cheiro, às vezes me lembro de quando eu fumava...mas, falar a verdade, aquela vontade de...recaída mesmo, não tenho não.” (BERNARDO)*

Ao serem questionados sobre o que lhes acontece quando se encontram nas situações que anteriormente eram associadas ao fumar, respondem:

*“Nada! Simplesmente eu enfrento. Sem necessidade de nada [...]” (ALBERTO)*

*“Eu esqueci que existe cigarro. Na minha cabeça, não existe mais cigarro. Aquela parte do filme foi editada, reeditada e... e... foi tirado. O cigarro não tem mais. A minha sorte, eu acho.” (CARLOS)*

*“Hoje, eu bebo minha cerveja ... igual a ontem, tomei minha cervejinha. Mas... antigamente, não ... Se eu ficasse numa mesa tomando cerveja, uma hora era a conta de eu consumir um maço de cigarro, uma hora, uma hora e meia.” (BERNARDO)*

O tabagismo, para a maioria dos informantes, passou a ser visto como não sendo mais necessário em suas vidas. Continuando em abstinência, iniciaram um caminho em

busca de uma nova maneira de organizar suas mentes, na qual o cigarro não se faz mais necessário para viverem suas experiências cotidianas. Com as novas representações que elaboraram sobre o fumar, não há mais sentido em consumir tabaco:

*“Não senti mais vontade de fumar. Pra mim, a pessoa pode fumar do meu lado, na minha frente, eu nunca vou voltar a fumar. Isso eu tenho plena certeza, que pode acontecer o que for na minha vida, pode acontecer tudo que se pode imaginar, mas o cigarro não é a solução.” (SANDRA)*

*“Eu nem lembro mais que eu fumava, graças a Deus! Não tenho vontade [...]. Eu lembro assim... eu olho pras pessoas, é como se fosse estranho... aí eu falo: ‘Nossa, mas eu já fumei!’ Aí é que eu mesma falava pra mim: ‘Gente eu já fumei!’ Aí é que eu me dou conta que eu fumava, porque não me faz falta mais.” (ROSANE)*

*“Não sinto vontade, nem alembro. Só alembro do cigarro, se vejo alguém fumando perto de mim. Alembro de quando eu fumava. Desde que eu parei, não voltei a fumar mais, não.” (FÁTIMA)*

A representação atual de fumar, presente nos discursos dos sujeitos, permite auxiliá-los na compreensão da abstenção mantida por eles. A partir de alguns discursos, identificamos como os informantes revelam a percepção atual do fumar, como desagradável para si mesmos e para os outros. Essas novas formulações da relação que era estabelecida com a droga pode ter sido a base para a interrupção do tabagismo, bem como para a manutenção da abstinência.

Atualmente, os entrevistados compreendem que a dependência que tinham de fumar era uma submissão. Diante do tabagismo, sentiam-se impotentes, uma vez que sentiam uma necessidade incontrollável de consumir a droga:

*“[...] porque eu estava escravo da situação, era completamente dependente, sei lá. Eu não conseguia fechar um negócio, era motivo ‘deu’ fumar, se conseguia fechar o negócio, era motivo ‘deu’ fumar para comemorar, entendeu? É complicado!” (BERNARDO)*

*“Durante uns cinco a seis anos, eu lutando. Mas parece que vício domina a gente, parece não, tenho certeza que o vício domina as pessoas mesmo.” (FÁBIO)*

As palavras utilizadas pelos informantes revelam que passaram a perceber o tabagismo como uma ameaça — até mesmo de morte —, como causador de mau cheiro no corpo, como um fator de discriminação e, ainda, que vêem atualmente os fumantes como pessoas isoladas socialmente:

*“No serviço, eu convivo com a minha amiga S. Ela fuma ainda e eu tô falando com ela: ‘Pára de fumar, menina, que isso aí vai te matar, hein!’ Ela fuma ao ar livre no terreno e, aí, quando eu sinto o cheiro muito forte, eu saio de perto. He! Eu penso assim: ‘Poxa, aquele mau cheiro que deixa na gente. Eu fedia assim, também?’ [risos]. Eu cheirava mal assim?” (CAROLINA)*

*“Você sente que eles ficam com vergonha, que todo fumante se sente envergonhado, todo fumante sabe que ele não é bem-aceito... ainda mais hoje, né? O fumante hoje está mais de lado” (LAÍS)*

Os tabagistas são vistos, atualmente, pela maioria dos informantes, como pessoas que necessitam de ajuda. O fato de terem vivido experiência semelhante permite que compreendam as diferentes situações e dificuldades a que as pessoas que fumam se expõem:

*“Eu também não faço preconceito em cima daquele que fuma. Sabe por quê? Eu passei por isso! Às vezes, a pessoa me pergunta, já falei com algumas, inclusive tem um colega vizinho lá, eu falei com ele... se você quiser participar... te dou... eu tenho o número do telefone de lá [do local de tratamento do tabagismo].” (IVAN)*

*“Ah... eu sinto vontade de ajudar os outros pra parar de fumar. Tanto, que eu fico falando pra ela o tempo todo: ‘PÁRA DE FUMAAAR!’ Eu aconselho, tento aconselhar o outros, né? Mas aí é fácil entender também que tá sendo difícil pra eles que fuma, né? Porque eu sei o quanto foi difícil pra mim parar de fumar.” (CAROLINA)*

Para os informantes a seguir, ver pessoas fumando, particularmente se forem jovens ou tiveram com elas vínculo afetivo, causa-lhes sentimento de tristeza: a tristeza de saber

que, como eles ou outros fumantes conhecidos seus, trilham um caminho que os levará ao encontro de numerosos e sérios problemas:

*“Impressão é que vai ficar doente, a impressão que dá é que ele vai ter problema e vai ficar doente. Isso aí já observei e você já sente... você fica triste... fico triste em ver meu filho fumando... Falo pra ele não fumar e ele continua fumando, entendeu? Sei que amanhã ele vai parar no hospital igual o tio dele tá lá.” (ALBERTO)*

*“[...] eu vi há poucos tempos... uma menina... se ela tiver uns treze anos... com o cigarro lá no dedo... fumaaaando... Sabe ela o prejuízo, a conta, a conta azeda que ela ta fazendo? Depois, pra parar, não vai ser fácil, não.” (CARLOS)*

*“Eu fico triste de ver uma pessoa fumando, porque tinha que parar, também.” (FÁTIMA)*

Observamos que outros informantes, ainda que revelem desconforto ao estar próximo a alguém que esteja fumando, procuram não se afastar do local naquele momento. Procuram conviver com os fumantes à volta, revelando, dessa maneira, que os aceitam e também expõem o fato de terem aprendido a não buscar no cigarro a solução para as questões que os afetavam:

*“[...] e se aonde eu estiver, tiver alguém fumando, me incomoda, sim, se a fumaça vim na minha direção, fora disso não. Igual quando eu mesma tava fumando e incomodava. Mas não corro das pessoas que fumam, eu procuro não evitar as pessoas que fumam. Eu acho que eu aprendi a lidar com o cigarro à minha volta, sem me afetar. Apenas falar ... não, eu não quero botar cigarro na boca.” (DARLENE)*

*“Não, não discrimino eles, não, mas hoje sinto... que eu não sentia antes... o odor do cigarro, né? A roupa, né? Aquele fedor da nicotina... Hoje já não sinto vontade, não.” (IVAN)*

*“Do lado da minha casa, tem a minha prima e o marido dela que fumam desesperadamente, e aquele cheiro vai dentro da minha casa. Antigamente, eu achava aquele cheiro gostoso. Agora eu odeio o cheiro, me incomoda. Mas a relação com eles é ótima.” (ADELAIDE)*

*“Eu sou aquela pessoa que parou de fumar, mas não me importo com quem fuma do meu lado. Eu procuro conscientizar. Agora, se quiser fumar, fuma, né? Só que, na minha casa, ninguém mais fuma. Ninguém entra mais com cigarro dentro de casa. É uma coisa... assim... proibida.” (ROSANE)*

Entretanto, observamos que um entrevistado reconhece repetir hoje a atitude de se afastar das pessoas que se encontram fumando, de forma semelhante ao que percebia as pessoas fazerem em relação a ele, quando era tabagista:

*“[...] eu, hoje, afasto do fumante. A mesma coisa quando eles afastavam de mim, também ... as pessoas que não fumavam.” (FÁBIO)*

Para a informante citada a seguir, a intolerância que sente em relação a estar próxima a pessoas fumando tem a conotação de que é uma forma de se autoprotger. Com a saúde afetada pela doença, sua exposição à poluição tabágica ambiental é percebida como insuportável:

*“No meu trabalho, eu convivo com pessoas que fumam. Mas só que eu procuro me afastar por... justamente... porque tenho bronquiectesia. Então, procuro... se a pessoa não sai, eu me retiro. Aí, quando ele terminar de fumar, eu volto.” (EVA)*

### **5.5.2 Apoios para a recuperação do tabagismo**

Foram reconhecidos, como fontes de apoio para a recuperação, a família, o tratamento em grupo, Deus e a própria força de vontade.

A família suscitou condições para os sujeitos tomarem o caminho da recuperação pelo apoio até mesmo anterior ao período de abstenção. As críticas que os informantes recebiam dos familiares por fumarem foram interpretadas pelos entrevistados como incentivos que lhes deram oportunidade de se conscientizar de que o tabagismo estava trazendo prejuízos a todos:



*“Não volte nunca mais a fumar, não, mãe! A senhora tava mal! Olhe bem pra senhora hoje em dia. Olhe aí: sua pele tá ficando bonita.’ Aí, começou me... me falar, né? ‘Seus dentes tá começando a clarear! Mãe, olha bem, mãe!’” (CAROLINA)*

*“[...] meus filhos, minha esposa... me ajudaram muito, porque eles reclamavam... reclamavam e tavam me ajudando.” (Fábio)*

*“O meu marido... ele me cobrava muito. Ele falava assim: ‘Ah! Já tem tanto tempo que eu parei, por que você não pára também?’ Aí eu falava: ‘É porque você tem uma natureza assim... É porque meu marido é uma pessoa assim, supercalma, sabe? Tranquiilla, aí eu falei: ‘Você parou fácil por causa desse seu jeito, agora comigo é completamente diferente.’” (ADELAIDE)*

*“Eu fumava dentro do quarto, dentro da casa, na área de serviço. Só que, na área de serviço, distribuía esse cheiro entre o banheiro que dá pro corredor, que dá pros quartos... E, aí, ele [o filho] falava: ‘Simone parou de fazer fumaça!’ Aí, toda as vezes nos encontrávamos, ele falava: ‘Parou de fazer fumaça!’ Essa brincadeirainha dele me fortaleceu. Aí também não vou fazer mais fumaça, pensei.” (SIMONE)*

A situação de poder contar com a ajuda do outro, de saber que havia uma pessoa que pudesse intervir, caso a informante cedesse ao desejo de fumar, foi vista como um apoio. Ainda que a entrevistada não tenha tido necessidade de recorrer à família, sabê-la próximo era um conforto.

*“Ela mora aqui em cima. Eu fico em baixo. A gente se reúne. Estamos sempre em casa. Eu falava: Olha, Marilene, pelo amor de Deus, quando você desce se vê eu fumar, quando você vê... eu falava com ela assim: ‘Quando você vê eu fumar, eu pegar um cigarro pra eu fumar, você pega o cigarro da minha mão, e fala que é pra mim não fumar.’ Mas ela nunca viu, não. Nunca foi preciso, não.” (BEATRIZ)*

A participação da família<sup>14</sup> tem influência expressiva tanto na prevenção quanto na recuperação da dependência de substâncias psicoativas. A dependência de substância psicoativa é considerada um fenômeno que atinge não apenas o indivíduo, mas todo o

---

<sup>14</sup> A família é um sistema semi-aberto, com regras, costumes e crenças em constantes trocas com o meio social. Assim, a família é transformada e transforma o meio em que vive (SILVA, 2001).

sistema familiar. As pessoas dependentes estão dentro de um contexto familiar no qual seus valores, crenças, emoções e comportamentos influenciam e são influenciados pelas demais pessoas da família em constante interação umas com as outras (GARCIA; SIQUEIRA, 2003).

A revitalização dos laços familiares foi narrada pelos informantes como tendo sido um dos aspectos de incentivo para permanecerem sem fumar:

*“Os que não fumam estão muito mais chegados a mim. O caçula, então, é uma lambeção. De primeiro ele queria distância. Ele chegava perto de mim pra dar um abraço em mim e... ‘Hei, mãe, você tá fedendo.’ Ele e a filha, também. Foi Deus na minha vida, me ajudou muito.” (SANDRA)*

*“Mas claro que melhorou, primeiro com a minha esposa, né? Não sente mais aquela catinga [risos]. Porque você catinga. Quando você fuma, você fede, né?” (ALBERTO)*

Os entrevistados, em geral, relatam um melhor relacionamento com os familiares devido a terem deixado de fumar. Em abstenção, não se expõem mais às críticas que sofriam por tanto por apresentarem vestígios do tabagismo em seu corpo quanto pela poluição tabágica ambiental que produziam e, dessa maneira, se vêem protegidos dos conflitos que daí decorriam.

Podemos observar, ainda, uma recorrência do relato segundo o qual, após se tornarem ex-fumantes, os sujeitos passaram também a ser pessoas mais “calmas”, como veremos adiante na seção “Mudanças relacionadas com a cessação de fumar”. Tal acontecimento possivelmente contribuiu para o estabelecimento um melhor relacionamento interpessoal.

O tratamento em grupo foi visto pelos informantes como o reforço, o preparo para o desfecho da interrupção do tabagismo e a manutenção dessa abstenção. Nos encontros em grupo, os informantes, estando face a face com indivíduos que passavam por situação semelhante, compartilharam experiências de sucesso e de insucesso. As experiências relatadas foram percebidas pelos informantes como exemplos a serem seguidos — nos casos daqueles que alcançaram o estado de abstinência — ou a

serem evitados — nas situações em que eram relatados fracassos e dificuldades das tentativas de abandono do cigarro:

*“Ficar no grupo me ajudou muito, inclusive ele que me ajudou — né? — de ver a força das pessoas que tava no grupo... da equipe que dava pra gente... sempre não cobrando pra gente parar, mas, sim, pra gente tentar parar. E eu confesso que eu acho que eu só consegui parar porque eu tinha o apoio de outras pessoas, né?” (NAIR)*

A rede de interação social no grupo terapêutico repete a vida do indivíduo. No grupo ocorre a interação com pessoas significativas, com representantes da cultura e da comunidade, que repetirão dimensões de sua própria vida, reproduzindo, assim, tanto o modelo familiar quanto o social. O grupo terapêutico possibilita que sejam criadas situações semelhantes às vividas tanto na família quanto na comunidade, porém de uma forma protegida (OLIVEIRA et al., 2003).

O grupo desencadeou modificações por facilitar o desenvolvimento contínuo de informações, promovendo, dessa maneira, mudanças de pensamento e, conseqüentemente, de comportamento. Vários aspectos da interação social são gerados na dinâmica grupal. A motivação é um desses aspectos. A motivação dos integrantes de um grupo, como a que se dá quando há a reabilitação de um de seus membros, pode facilitar um novo aprendizado:

*“Olha, sinceramente que foi esse grupo, sabe? É aquela força de... nossa! Como que as pessoas podem ser tão... eu, eu não sabia que tava tão por conta desse vício, né? Eu não sabia. Posso ter perdido meus dentes também, por causa do cigarro... deu infecção... tô fazendo implante dos dentes.” (SIMONE)*

A possibilidade de comparar e constatar suas próprias possibilidades com as do outro foi um movimento importante que ocorreu no grupo. Aquilo que a pessoa pensava ser peculiar a si mesma era comum aos outros e aquilo que supunha habitual aos demais lhe era particular. A aceitação do indivíduo pelo grupo é outro aspecto fundamental – proporciona melhora da auto-estima e contribui para a organização novas concepções acerca de si mesma e dos outros:

*“Eu comecei e... e... as pessoas começaram a dar depoimentos, né? ‘Eu parei de fumar tem tantos dias.’ Aí... eu comecei a achar... se eles podem parar de fumar, eu também posso... eu também tenho que ter essa vontade, né? [...]” (NAIR)*

As informações fornecidas pelos coordenadores do grupo foram percebidas como a consolidação de conhecimentos prévios, que ganhavam, então, um novo significado à medida que eram particularizados pelos integrantes do grupo. A partir daí, relatam que passaram a compreender o processo que vivenciavam, o que possibilitou a operacionalização desse conhecimento. Aprenderam o que fazer diante das dificuldades evidenciadas pela interrupção do consumo de nicotina:

*“A parada que eu dei aqui me ajudou...que eu falei que não ia fumar mais. Meu pai me ensinou assim: ‘O homem não é obrigado a tratar, mas tratou, ele é obrigado a cumprir’. E eu... tratei aqui... e mantive a minha palavra e tô até hoje. Agora, sei que vou até o final. No início, foi muito difícil... um semana, duas, três, um mês... aí, pronto! Senti que tava...aí eu percebi... bom, agora... não vou ter recaída, não. Minha parada taí, oh! Tô mantendo até hoje... vou manter até o fim da minha vida.” (CARLOS)*

*“Sozinha, eu não estava conseguindo. E por que a gente não consegue? Porque, quando a gente procura ajuda, tem todo... assim... o jeito de você parar. O que você vai fazer quando faltar, por exemplo, incentivo pra parar? Você aprende como fazer isso ... E, sozinha, você não tem noção. Você não consegue esperar passar aquela hora daquela fissura, sabe? Dá aquele nervoso, você não consegue. A primeira coisa que você faz é buscar o cigarro, é a solução. E, com ajuda, eu aprendi como isso ia passar, como é que eu ia conseguir. O que fazer, o como fazer. A vontade era muito grande e, aí, o que você faz? Ah, já que eu não tô conseguindo, eu vou ali comprar o cigarro e vou fumar. Aí, você fuma. É como se fosse um energético.” (ROSANE)*

A busca de apoio em Deus está presente no discurso da maioria dos informantes, remetendo a todas as fases do processo. Diante da dificuldade de interromper a dependência da droga (nicotina) — tão profundamente enraizada em suas vidas, ao longo de muitos anos e tão intimamente presente em seu dia-a-dia —, os sujeitos

sentiram necessidade do apoio de uma força suprema para potencializar as próprias forças:

*“A pessoa, para parar de fumar, tem que ter muita fé em Deus. Porque, senão, não consegue, não! Primeiramente Deus. Pedia pra ele me dar força, porque é difícil.”*  
(CAROLINA)

Um dos aspectos observados nos discursos dos informantes, ao falarem do processo de parar de fumar, é a recorrente citação de Deus. Segundo seus relatos, foi por meio da fé em Deus que muitos entrevistados encontraram forças para levar adiante a decisão de deixar de fumar. O sentimento de fé traz a esperança de poderem contar com uma força maior, que irá potencializar a que possuem:

*“A fé me motivou a ficar sem fumar. A fé em Deus, porque eu acredito que, quando a gente tem fé, a gente supera, porque é difícil. Porque, quando você tem fé, você entrega mesmo e você consegue.”* (ADELAIDE)

Diante da suposta ou real dificuldade a ser enfrentada, para conseguir interromper o tabagismo e permanecer sem fumar, recorrer a Deus e entregar o problema a seus desígnios foi o que ocorreu com alguns informantes. O pensamento religioso judaico-cristão propõe uma ordenação do mundo em que as coisas acontecem dentro de um sistema mais amplo, dentro do qual o Deus supremo tudo pode e sabe. Deus é representado como a fonte de esperança de salvação:

*“O poder de Deus foi que me ajudou muito. Deus é o único que salva nós. É só Deus mesmo, mais nada.”* (MAURÍCIO)

*“[...] mas me fez parar de fumar, também, foi quando eu vi os colegas... que não tava conseguindo parar... Então, aquilo... eu achei que chegou o momento certo e que o cigarroo não ia me dominar naquela hora, mas rezei muito também.”* (FÁBIO)

A informante citada abaixo esperava que Deus resolvesse sua dificuldade de deixar de fumar, tirando-lhe toda a vontade de fazê-lo. Porém, como tal fato não acontecia, teve o entendimento de que cabe ao próprio indivíduo a responsabilidade de conseguir

superar a si mesmo com relação ao controle de atitudes, para, então, receber a ajuda divina.

*“[...] eu esperava assim... que Deus um dia botasse na minha vida... um dia ele chegasse pra mim e tirasse toda a vontade minha de fumar... até o vício de segurar ele assim... [gesto] que, aí, eu ia parar. Isso aí você não consegue, agora, se você larga, ele, Deus te dá força que você não tem... isso aí você pode ter certeza... ele ajuda, te dá força.” (SANDRA)*

A idéia de Deus se apresentou como uma garantia de tranqüilidade, como segurança e conforto. Ele possui o poder de ordenar o que aparentemente está desordenado, de conhecer o desconhecido, de mudar o imutável e, assim, representa uma garantia de proteção às dificuldades e sofrimento:

*“O que me deu segurança de ficar sem fumar foi Deus! Em nenhum momento, hoje, eu sinto vontade de fumar, graças a Deus!” (BERNARDO)*

*“O que mais me ajudou foi Deus, primeiramente. Depois, os meus filhos, é!” (CAROLINA)*

*“Olha, foi horrível... porque eu chorava, eu largava o cigarro dentro da minha igreja... eu pedia pra Deus me tirar dos momentos que eu estava... eu rezava [...]. Eu devo muito principalmente a Deus. Eu rezava muito e ele me ouviu... e ele que me orientou e me encaminhou pra aqui.” (FÁBIO)*

Para outros entrevistados, a própria determinação foi o aspecto principal para deixarem de fumar. No elenco de fatores identificados pelos informantes como fonte de apoio para cessarem de fumar, a força de vontade foi vista por alguns como a base da abstinência, porém, associada a outras formas de apoio:

*“Eu acho que o que mais me ajudou, mesmo, foi a minha força de vontade. Porque vocês não tavam lá comigo. As pessoas do grupo também não estavam lá. Vinham aqui, se encontravam, todo mundo se encontrava, mas ia cada um pra sua casa... Lá não tinha ninguém.” (IVAN)*

*“Então, fui eu que me esforcei e consegui. Porque, se eu quisesse fumar, fumava. Mas eu não quis. Aí, eu parei.” (SANDRA)*

*“Eu acho que o que mais me ajudou a parar, mesmo, foi a minha força de vontade, tá? Porque, se eu não tivesse a força de vontade que eu tive, é é é...assim, aquela coisa de que eu quero, eu consigo... queeee o cigarro não é mais forte do que eu, eu não teria conseguido. Então, foi isso que me deu mais força.” (NAIR)*

*“[...] Porque não é fácil a gente chorar. Chorar por causa de um vício. Mas o vício domina, mesmo, tenho certeza que domina. Mas dependendo da pessoa, também. Depende muito da pessoa, do fumante. Se ele não tiver uma força de vontade, ele nunca vai largar de fumar.” (FÁBIO)*

*“Acho que a força de vontade. Eu botei, fiz como meta, mesmo. Se eu conseguir parar dois, três dias, eu não volto mesmo.” (DARLENE)*

*“A força de vontade, minha força de vontade de eu querer parar. Uma coisa que você tá aí queimando dinheiro e... [pausa] estragando a saúde. Se eu não tivesse força de vontade, não tinha pedido pro meu marido vim aqui procurar vocês.” (FÁTIMA)*

*“[...] mas o que mais me ajudou foi a força de vontade, né? Porque, se a gente não quiser, né?” (BEATRIZ)*

Para Shiffman e colaboradores (1993), existe um expressivo envolvimento de cunho moral ao se usar a expressão “força de vontade”, relacionada com a cessação de fumar ou de qualquer outro tipo de dependência, denotando que, se é preciso ter essa força para a abstinência, significa que a dependência revela fraqueza.

### **5.5.3 Dificuldades relacionadas com a abstenção do tabagismo**

Observamos o caso de uma informante, cuja dificuldade que teve de superar foi a manifestação de crenças negativas, por parte de familiares e outras pessoas, que duvidavam da possibilidade de êxito de ela conseguir deixar de fumar. A cessação do tabagismo era vista como algo “muito difícil de ser alcançado”, bem como a questão

moral envolvida no abandono do cigarro de que, para se tornar um ex-fumante, era preciso ter “vergonha na cara”. Com isso, a entrevistada concebia a abstenção do tabagismo como sendo praticamente fora de seu alcance:

*“As instruções que eu tinha: você pode até tentar, mas você não vai conseguir. Aí, eu vim aqui. No primeiro dia que eu vim aqui, até chorei... não sei mais o que fazer porque todo mundo... a começar pelo marido, né? Ele falava assim: ‘Ah, pra largar de fumar tem que ter é vergonha na cara!’” (SANDRA)*

Podemos, identificar na fala acima, como o deixar de fumar era representado como algo difícil, devido ao fato de a entrevistada não ter tido o apoio do qual necessitava para manter-se em abstinência. Ela compartilhava as representações que as pessoas que viviam à sua volta tinham sobre o fumar e o deixar de fazê-lo. Entretanto, como o deixar de fumar era uma questão de relevância imediata em sua vida, as antigas representações foram reelaboradas de forma a ver que era capaz de conseguir seu intuito. Com sua participação no grupo, obteve subsídios para confirmar sua viabilidade.

A preocupação com o ganho de peso surge em alguns discursos. Entretanto, isso não suscitou recaída em nenhum dos informantes. O peso extra, adquirido após a cessação de fumar, foi total ou parcialmente perdido após algum tempo, variando conforme cada caso. Para alguns entrevistados, esses quilos ganhos significaram um estado de equilíbrio orgânico que não havia quando fumavam:

*“Porque eu falo: ‘Não, a bem da verdade, eu... Eu engordei... criei corpo que eu não tinha porque o cigarro não deixava eu... não deixava eu ter... o meu peso normal.’ Eu sabia que o meu peso não era normal. Eu era bem magrinha pela minha estrutura óssea, pela minha família toda de gente forte. O meu peso normal é mais ou menos isso aqui... Aí, agora voltei de novo a caminhar... há um mês e pouco eu voltei de novo a pra ver se faz a diferença. Tenho que gostar demais... de mim mesma, nesse sentido.” (DARLENE)*

*“[...] esses dias agora, fiz uns exames de sangue, tudo quanto é exame, e vi, né? Ví que eu tô mais gorda, mas tô sadia, né? Naquela época, eu tava magra, mas cheia de problemas, cansada, estressada.” (CAROLINA)*



Dentre os sujeitos que apresentaram ganho de peso, a maior parte deles voltou ao peso anterior ou próximo dele, e outros chegaram até mesmo a medidas ponderais inferiores:

*“Eu engordei bastante, sabe? Engordei uns doze quilos e consegui perder dez quilos [...]. Eu consegui parar de fumar e emagrecer bem, eu não tenho vontade de voltar, de jeito nenhum.” (BEATRIZ)*

*“Logo que eu parei de fumar, eu engordei seis quilos, uns três meses depois. Agora, já voltei ao normal e até abaixei mais um quilo.” (SANDRA)*

*“Eu ganhei um pouquinho de peso, mas, depois, fui mantendo e emagreci. Emagreci, fiquei melhor depois.” (NAIR)*

A recaída foi revelada, por alguns dos entrevistados, como iminente durante o processo, ainda que não tenham sido perguntados a esse respeito. A continuidade de contato com fumantes, aliada ao hábito muito antigo e arraigado, fez aflorarem manifestações de atitudes da época em que fumavam:

*“Nunca mais fumei. Nos primeiros cinco meses aconteceu isso duas vezes ... Eu cheguei a pegar o cigarro na mão... Aí, quando eu olhei pra ele, assim, falei assim: ‘Não, de jeito nenhum.’” (SANDRA)*

*“Não, não sinto vontade assim de fumar, não... mas, de vez em quando, assim, se tem alguém perto: ‘Ah! Eu vou dar uma tragada’... Depois eu falo: Não! Senão, depois, né? Já viu... ex-fumante pegar pra dar uma tragadinha, acaba voltando.” (NAIR)*

*“Se eu estiver sentado tomando uma cerveja, eu sinto o cigarro... chega a dar prazer mesmo de... de... de botar na boca, mesmo, de mexer com os dedos... de botar na boca pra sentir... mas, ai, eu olho e falo: Ah! [gesto de repreensão com a mão].” (DARLENE)*

*“Uns dos dias que cheguei em casa... porque o cigarro tava lá... eu dei duas tragadinhas e falei: ‘eu não posso fazer isso comigo’... Eu já tava no programa... não posso fazer isso comigo... E o cigarro não pode fazer eu não usufruir das delícias daquela conversa... a cervejinha gelada... ele não pode tirar isso. Eu fiquei brava que eu fui pra cama assistir televisão e tava todo mundo lá, conversando fiado e eu não tava lá porque queria fumar.”*

*Isso aí são coisas que você tem que enfrentar... e eu consegui enfrentar isso.”  
(SIMONE)*

Os discursos, em geral, mostraram que ocorreram momentos em que os informantes se viam inclinados a ceder e a voltarem à antiga maneira de consumir cigarros. Porém, também em geral, percebiam a tempo o que estavam na iminência de fazer e conseguiam desvencilhar-se da situação, mantendo-se na abstinência.

A mudança no padrão de consumir droga envolve, como ocorre com qualquer novo aprendizado, estágios iniciais de manutenção, o que se mostra, freqüentemente, como um processo de tentativa e erro. É difícil substituir padrões de respostas hiperaprendidos, ao longo de anos, por um novo aprendizado, podendo-se esperar, então, que o sujeito cometa equívocos (lapsos) até que novos padrões de hábitos se estabeleçam firmemente (MARLATT; GORDON, 1993).

A possibilidade de recaída intensificava-se com a ocorrência de lapsos, o que, entretanto, não foi comum entre os informantes. Quando ocorreram, estavam associados a uma situação que mobilizava emocionalmente o sujeito:

*“Só peguei o cigarro, depois que eu parei, uma vez só. Foi uma experiência drástica. Essa situação... é é é... eu perdi minha mãe no início do ano. Aí, eu passei a noite toda no velório. Aí, eu falei de madrugada: ‘Ah! Vou botar na boca.’ Aí eu peguei o cigarro e botei. O pessoal todo à minha volta: ‘Não! Não põe, não.’ Eu dei um trago e passou aí algumas horas, peguei de novo e botei. No outro dia parecia que tava... tinha tomado um porre. Com dois tragos que eu dei. Não quero realmente!” (DARLENE)*

Muitos ex-fumantes cometem lapsos. A capacidade de recuperação desses episódios limitados de fumar (lapsos) constitui a parte crítica de manutenção da abstinência, pois, muitas vezes, os sujeitos compreendem o processo de cessação de fumar sem a ocorrência de retrocessos. Contudo, muitos são capazes de se recuperar de lapsos e tornarem-se ex-fumantes definitivos (MARLATT; GORDON, 1993)

Observamos, no discurso da maioria dos informantes, que houve um posicionamento acerca do tratamento. Ainda que a maioria deles tenha se posicionado com referência

aos aspectos favoráveis do tratamento, muitos teceram também críticas e/ou sugestões:

*“Muito bom, excelente, devia ser mais divulgado, a divulgação... acho que é muito pouca. Devia ser mais divulgado, do jeito que é divulgado aíí... essas obras de Governo... essas propagandas... gosta um dinheirão danado... podia gastar... arrumar um espaçozinho pra divulgar esse trabalho aqui... porque isso aqui é importante... e eu posso falar que é importante, porque eu passei por aqui e estou há um ano e meio sem fumar.” (CARLOS)*

*“Eu acho que o tratamento de vocês deveria ser um pouco mais divulgado, quer dizer o trabalho de vocês, né? É... ser aberto em outros lugares, pois eu acredito que tem muita gente que não pode vim aqui, por questões às vezes até de custo, né? É... já que você falou que é sigiloso... [risos] tem poucas coisas públicas que funcionam, ta aí um exemplo. Você sabe como que é o sistema, né? São poucos que funcionam. Porque a maioria vai se arrastando e parando, né? Que nem meu pai... Tá com esse problema de câncer agora. Tô levando ele no Hospital X, a gente vê os funcionários lá, estão às vezes até nervosos... mas não é problema deles, é um problema do sistema, é salário baixo, é uma série de coisas, que dá ao cara aquele clima, né? A gente entende, mas... é a coisa pública! Aí vem a conscientização daquele que tá prestando serviço. O que muitas vezes tem gente também que é... tem aquilo mais como sobrevivência... Ele quer o mínimo [risos]. É complicado!” (BERNARDO)*

*“Ah, pra mim de tudo que eu fiz foi o melhor. De todas as tentativas que eu fiz para parar de fumar... esse pra mim foi o melhor. Foi onde eu consegui, mexeu bem comigo e eu consegui. Com a ajuda do grupo, com a ajuda do grupo todo, me libertei dessa droga. As meninas que acompanhou... e as pessoas, todo mundo ali, com o mesmo objetivo, acho inclusive que deve ampliar mais esse tipo de trabalho pra abranger mais pessoas que as vezes querem fazer mais às vezes não têm condições de deslocar do seu bairro pra vim até aqui, porque não têm dinheiro pra pagar uma passagem. Então acho que exatamente... tinha que mais... ampliar pra tá ajudando outras pessoas que quer parar mas...mora tão distante. Foi excelente!” (EVA)*

*“[...] isso de intensificar esse sistema de parar de fumar que é muito bom e, tentar junto ao governo, verba para comprar o remédio, porque tem muita gente que não tem*

*condições, é muito caro. E ter mais alguma coisa de impacto na hora das reuniões porque... tipo ter sempre um impacto nessa técnica, entendeu? Porque tem que ter uma coisa que fica na sua mente... você olha e fica gravado na sua mente... na hora que você vai fumar, aquilo tá na sua mente, tem que ser alguma coisa chocante. Eu acho. Tem que ser uma imagem que fica na sua memória. Eu acho... tenho certeza.”*  
(ALBERTO)

Os informantes, em geral, perceberam vários pontos do tratamento a serem corrigidos, particularmente quanto à ampliação da atenção ao fumante no processo de cessação de fumar na rede pública como, também, com relação à disponibilidade de recursos ofertados. Apontaram, ainda, como um fator limitante, a divulgação do serviço. Por ser restrita, traz dificuldades para que os interessados tenham acesso ao tratamento.

#### **5.5.4 Estratégias para a continuidade da abstenção de fumar**

Passada a fase dos primeiros dias sem fumar, como visto na seção anterior, alguns informantes continuaram a desenvolver maneiras de se posicionarem em frente a alguns desafios e de se manterem na condição de ex-fumantes. Pudemos identificar que, para alguns, ocorreu a persistência do consumo intenso de substância psicoativa, como a cafeína. Entretanto, outros informantes relatam a adoção de práticas, como a atividade física e a prática religiosa, sendo esta última considerada como um fator de segurança.

*“Mas, quando eu fumava... lá no serviço, eu usava os dois, tudo junto... Hoje só o café que continua a mesma coisa... não diminuiu nada.”* (FÁBIO)

*“Não, não tem nada que... tomo meus cafezinhos durante a tarde toda, mas isso eu já tinha... Talvez o cafezinho está mais gostoso. Mas eu tenho um triciclo, que lá no bairro faço um exercício que eu não fazia. Eu também tenho muita fé, muita realização, porque a gente tem que ter porto seguro, que é a religião da gente.”* (SIMONE)

As respostas dos informantes à nova situação de vida, na qual recorrer ao cigarro já não se fazia mais presente, variaram de acordo com o modo peculiar de cada um deles

de perceber e avaliar as situações cotidianas, as quais, por sua vez, estavam na dependência direta de suas vivências passadas, dos aprendizados decorrentes delas e de como representavam tudo isso.

Parte dos entrevistados, entretanto, recorreu a outras formas de lidar com as dificuldades cotidianas. O comer e o falar foram relatados como estratégias diante de situações que anteriormente os levariam a fumar mais.

Para a informante abaixo, expressar-se pela ingestão de alimentos e do falar continua sendo necessário para que se equilibre — “desabafe”:

*“[...] Comer demais, ah! Eu tô gorda, menina! Eu era magrinha que nem você, era magrinha. Agora eu como. Eu avisto toda hora alguma coisa... mas, assim, eu como direto. Tudo que eu vejo na minha frente eu mastigo, eu me desabafo falando e comendo.” (CAROLINA)*

A fé, para a entrevistada abaixo, foi o esteio para lidar com o desconforto da síndrome de abstinência. Uma das expressões da fé — a oração — era aconselhada e, assim, ganhava mais um significado. Fazer uma oração e sair para conversar “preenchem o tempo” que a informante precisava até os sintomas passarem:

*“É como eu acabei de falar, né? A fé [sorriso]. Eu falava assim... uma tia, essa tia que eu morava com ela e ela tinha fumado muito, ela falava assim: ‘R., quando, quando você sentir aquela maior vontade, assim, de fumar, você começa a rezar. Reza uma Ave-Maria, você vai sentir... aquilo passa.’ Eu bem sentava num canto e aquilo passava e eu continuava, depois, fazendo minhas coisas. Depois do almoço, eu terminava de almoçar e saía de porta a fora, ia conversar com alguém e, aí, conseguia.” (ADELAIDE)*

Para alguns informantes, o comportamento de fumar cigarros não foi substituído por nada. O lugar que o cigarro ocupava em suas vidas foi percebido como não tendo sido necessário de ser substituído por nada:

*“Eu não tento substituir o cigarro. Eu larguei ele sem botar... nada para substituir... um bom período em minha vida eu saía, tinha que ir com a bolsa cheia de bala. Botava bala na boca e saía. Mas agora, se também não tiver... passou aquela fase.” (DARLENE)*

*“Não substitui o cigarro por nada. Eu simplesmente apaguei ele da minha vida, porque eu acho que esse negócio de substituir, você vai tá sempre pensando que tá te faltando alguma coisa, e ele não tá fazendo falta.” (NAIR)*

*“Não coloquei nada no lugar do cigarro, eu só tirei ele.” (ROSANE)*

*“Tu tu [nega com gesto da cabeça], bala, nada disso. O que eu tenho feito ééé uma coisa que eu não fazia... sinceramente? Voltar a estudar. Hoje, sinceramente, eu procuro mais é relaxar, o cigarro já não me faz mais falta. No começo foi difícil, hoje acho que o tempo que eu parei de fumar já... Aprendi a digamos assim... Aprendi a controlar esses momentos né? Não buscar no cigarro. Em nenhum momento hoje eu sinto vontade de fumar... Graças a Deus!” (BERNARDO)*

As situações que eram, para os entrevistados, intimamente relacionadas com o fumar, como os estados emocionais instáveis, já são enfrentadas com consciência de que não é mais no fumar que encontram o que precisam para lidar com sentimentos gerados por elas. Não se lembram do cigarro ou não o associam mais como um promotor de algum estado de que necessitam.

Segundo Silva (2003), o *enfrentamento* é um mecanismo usado com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de autocontrole. Porém, a tendência de escolha de uma determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas. A partir daí, podemos destacar a importância do aprendizado gerado pela experiência nas tentativas anteriores de abandono do fumar e o aumento do repertório de estratégias individuais a partir dos encontros grupais, tal como ocorreu com esses entrevistados.

Marlatt (1993) utiliza, para denominar a percepção de autocontrole e de escolha de estratégias adequadas para o alcance e manutenção do estado de abstinência de substâncias, o termo *auto-eficácia*, descrito por Bandura e Diclemente, desde 1978. Informa ainda que, com a utilização de instrumentos específicos de avaliação de auto-eficácia, pode-se prever a manutenção ou não da abstinência.

### 5.5.5 Mudanças decorrentes da cessação de fumar

A condição de permanecerem em abstinência compreendeu, por um lado, a percepção de mudanças de vida favoráveis e, por outro, o fato de não se exporem mais, deliberadamente, a circunstâncias desfavoráveis. Observamos, nos exemplos a seguir, que há valorização do abandono do fumo em virtude de perceberem modificações e de as relacionarem com o fato de terem deixado de fumar:

*“Melhorou... a qualidade de vida, o relacionamento com as pessoas, tudo isso.”*  
(BERNARDO)

*“Ah!... a vida hoje é outra coisa! Maravilhosa! Hoje eu sinto. Eu engordei vinte quilos, eu era muito magro, vinte quilos. Pesava cinqüenta quilos, hoje estou com setenta e dois quilos. Eu ando dia todo... quando eu tô de folga, tem dias que ando mais de cinco, seis quilômetros... Hoje eu sinto totalmente outro homem. Não sinto mais é é é. Às vezes eu ia dormi, tapava a garganta por causa do pigarro do cigarro... não sei o que era... hoje não sinto mais nada disso... me sinto outro homem... graças a Deus.”* (FÁBIO)

A economia do dinheiro que gastavam com a compra de cigarros e as atitudes imprudentes de exposição a riscos que algumas vezes eram capazes de tomar a fim de obter a droga, e que agora não há mais, são citadas pelos informantes a seguir:

*“Aconteceu também... uma das coisas que é o dinheiro que eu gastava, você não tem noção do que você gasta em cigarros.”* (ROSANE)

*“O sentimento foi de não poder... a idéia de não parar antes, né? É que pelo menos isso aíii ´é é como se diz, financeiramente... também prejudicou bastante, né? Porque não é nada não, mas você todo dia compra um maço de cigarro... é um dinheiro que você poderia comprar pão, tomar café, um leite, né?[Riso]. As pessoas falam que é difícil. Realmente é, eu passei por isso. Às vezes eu saía de casa, da minha cama uma hora da manhã pra ir na rodoviária, que era o único lugar que tinha bar aberto, pra comprar cigarro, quer dizer, altas horas da noite comprar cigarro... em tempo de sofrer assalto ou coisa assim no meio da rua.”* (IVAN)

O advento de deixar de fumar e as mudanças dele decorrentes na vida dos informantes são vistos por eles como uma realidade mais promissora, como uma possibilidade de iniciar um movimento de vida, de abrir espaço mental onde um novo estado – a saúde – caiba. Até mesmo o ganho de peso é compreendido como reflexo do alcance de uma saúde melhor, uma vez que não ocorre isoladamente e sim acompanhado de outras manifestações de melhora do funcionamento do corpo. No discurso abaixo, a informante revela que as mudanças foram tão amplas, que não tinha como voltar a fumar. Resignadamente, reconheceu os benefícios que, inclusive, se estenderam à família:

*“Eu parei porque, na semana que eu fiquei sem fumar, eu sentia que tudo mudou, até a saúde, a saúde dos meus filhos, fazer o quê?” (LAÍS)*

As questões apontadas pelos informantes como tendo sido envolvidas na interrupção do tabagismo – a diminuição do paladar, o mau cheiro que era exalado do corpo, o constrangimento de fumar em público e ser discriminado, entre outras – por não ocorrerem mais, são vistas pelos informantes como sendo os ganhos, os fatores para seguirem adiante na abstenção:

*“E hoje, quando eu vejo um fumante, a primeira coisa que eu vejo é aquele pigaaaarro que ele tem, né? Eu já tinha aquele pigarro, então aquilo pra mim foi assim... eu ficava com vergonha.” (LAÍS)*

*“Ah! Pra mim tá sendo a melhor coisa da minha vida que aconteceu. Só de saber não ter aquele cheiro, não ter aquele trabalho. Oh! Como eu vi a mulher ainda agora que desceu três vezes foi lá embaixo fumar.” (SANDRA)*

*“Eu tenho uma [pausa] relação legal com o cigarro. Mas, dependendo do lugar, o cheiro me incomoda. [...] eu acho que, se eu ficasse com raiva dele, eu arriscaria voltar a fumar ou eu ficasse muito apaixonada, eu voltava a fumar. Mesmo que eu não tenha a raiva dele, eu não penso em voltar, porque eu lembro das sensações horríveis que eram...antes, sensação de mal-estar de... ficar dentro de casa, convivendo com as pessoas e botar o cigarro na boca.” (DARLENE)*



*“Eu sentia muuuuu pouco, hoje em dia, não, como qualquer comida e sinto o paladar. Da comida, de um suco que eu tomo, entendeu? Então isso aí me ajudou... foi muito bom pra mim também, entendeu? Porque o fumante igual eu fumava de um maço e dez cigarro e um maço e cinco cigarros...eu fumava muito! Então, o paladar da comida é é é, eu acho... eu acho, não, tenho certeza, me lembro muito bem que eu não sentia.”*  
(FÁBIO)

O bem-estar físico e o mental, que o informante a seguir narra sentir, são por ele atribuídos à abstenção do fumar. A abstenção do tabaco lhe trouxe também o desenvolvimento da capacidade de autocontrole, o que é explicado por sua representação atual do tabagismo. Diferentemente de outrora, na época em que fumava e sentia-se “escravo” da situação, agora, diante do rompimento do elo de trinta anos com a dependência nicotínica, estar sem fumar é representado como uma vitória:

*“Ah! A qualidade de vida. Hoje eu me sinto mais bem disposto, bem mais assim... controlador de mim, né? Você vive melhor, fisicamente, psicologicamente... se alimenta melhor, sei lá. Em geral, é tudo. Vivo melhor. Antes tivesse descoberto isso há trinta anos atrás. Antes não tivesse até, nunca ter fumado [risos]. Estar sem fumar pra mim é grande vitória. Eu acho que era uma coisa que eu não imaginava que ia conseguir. Sinceramente, pra mim foi uma melhora de vida, porque eu estava escravo da situação, era completamente dependente. Pra mim foi uma mudança de vida muito, muito, muito forte.”* (BERNARDO)

A abstenção de fumar significa para os informantes o alcance de melhor qualidade de vida, em que se aliaram componentes individuais e coletivos gerando representações de que estar sem fumar é ser mais livre, é ser igual à maioria da população, é ser mais aceito socialmente, ter sorte, ser uma vitória, além do alcance de um estado de saúde visto como melhor do que na ocasião em que eram tabagistas.

*“Então, aí você vê como é que fica a a a como é que é bom você tá livre dessas drogas, seja cigarro, seja outra coisa. Você não tem, tem a obediência a dar a droga, é a você mesmo, né? Isso é bom. Viver sem sem contar que você levante com mais disposição, né? De parar de fumar você fica mais leve é é você sentir sem necessidade de mais*

*uma coisa você se sente mais solto, livre [riso]. Aí, então, a gente usa o termo mais leve que é a mesma coisa.” (IVAN)*

O corpo passou a ser percebido, depois da cessação de fumar, como mais saudável, refletindo isso também em sua aparência externa. Aspectos objetivos e subjetivos, em nível pessoal e da vida de relação com as outras pessoas, são identificados pelos informantes como condições para uma vida melhor.

A adoção da prática de atividade física regular foi observada no discurso de alguns informantes como uma resposta ao sentirem-se com mais saúde e dispostos a cuidarem de si mesmo:

*“Eu acho que a respiração melhorou a circulação sanguínea. Eu tenho feito exercícios desde que parei de fumar. Eu faço uma hora e vinte de caminhada, todo dia de manhã, certo? Faço alongamento dos braços dez minutos de manhã, levanto peso seis quilos de dez a quinze minutos, entendeu? Então isso eu botei na cabeça que preciso fazer isso, certo?” (ALBERTO)*

*“Minha caminhada... nossa mãe! Agora, graças a Deus, só não consigo correr, mas eu ando, me sinto melhor. Antes eu sentia que meu coração ia sair pela boca, sentia uma secura assim... na boca. Uma coisa horrível no peito, muito cansaço e pensar que eu tenho que subir dois morros para chegar na minha casa aí eu ainda sinto um pouquinho de cansaço.” (ADELAIDE)*

Os sinais visíveis no corpo deixados pelo tabagismo vão se tornando cada vez menos perceptíveis. Observamos que os informantes referem perceber diferenças na aparência física e no estado de saúde em geral.

A aparência do corpo, que antes estava comprometida pelos efeitos do tabagismo, mostra sinais de recuperação e tais sinais são vistos, pelos informantes, como uma condição melhor que a anterior – se vêem mais “bonitos”, “cheirosos”, “asseados”, enfim, mais “gente”.

*“Você se sente mais bonita, mais cheirosa. Sabe que você vai tomar um banho ee que esse esse... até o cheiro mesmo do sabonete, né? Do do seu creme... ele vai durar.”* (LAÍS)

*“Você não tem mais aquele cheiro! Você se olha, se vê mais... mais... mais... bonito, mais asseado, né? Você se vê, digamos assim... mais gente [risos].”* (BERNARDO)

*“Mudanças pra melhor, eu fiquei muito bem por ter parado de fumar, eu não fico com falta do cigarro... nem alembro, eu mudei pra melhor... o meu rosto... a minha pele, porque o cigarro... quem fuma muito fica com o rosto cheio de pé de galinha, a gente fica muito feia...[risos]. Eu acho que a gente tem que ficar bonita.”* (FÁTIMA)

*“Ah tudo...o o o cheiro de pele... o paladar, entendeu? É, é assim... você sente o paladar do alimento, da comida. Foi uns três ou quatro meses depois. Se lavo o cabelo, você sente o perfume o cabelo cheiroso. Você bota o perfume você se sente que... você tá sentindo o cheiro do perfume e você não sentia o cheiro do perfume, né!”* (EVA)

Podemos observar, entretanto, que, para o informante abaixo, diferentemente dos exemplos anteriores, a questão do mau cheiro do cigarro teve a conotação de infringir regras de respeito e amizade. Quando se refere ao tabagismo, revela que via como problema causado pelo fumar não os agravos à sua própria saúde, mas sim o incômodo que causava às pessoas por exalar o odor do tabaco

*“Eu acho que é o prazer das pessoas tá perto de você e você estar perto das pessoas sem mais aquele problema de... sem aquele cheiriinho, entendeu? Eu acho que é isso... é o prazer de ninguém falando: ‘Oh, você tá fumando.’ Entendeu? ‘Você tá fedendo a cigarro,’ eu acho que é isso... se você fala: ‘Ah! Porque vai fazer mal...,’ isso nunca me tocou, me toca mais se eu for incomodar as pessoas do que a mim mesmo. Eu acho que é isso: respeito e amizade.”* (ALBERTO)

Alguns informantes, referem perceberem-se mais calmos após terem deixado de fumar. Paradoxalmente, o fumar que os “acalmava” uma vez que se viam como pessoas ansiosas, atualmente, em abstenção de fumar, percebem-se mais calmos que antes, quando fumavam. Tal fato representa para os informantes uma contribuição para uma melhor qualidade de vida.

*“É uma qualidade de vida melhor que eu conquistei. Bom, eu parei de ficar muito nervosa também né? Porque antes eu... qualquer coisinha eu ficava nervosa e corria pro cigarro, né?. Eu não to assim tão nervosa... tão estressada... sem ele eu tô mais calma agora, que eu antes ficava correndo atrás do cigarro pra poder me acalmar.” (NAIR)*

*“Ah! Me sinto outra, completamente diferente. Tanto que vejo a minha colega assim ansiosa pelo cigarro, eu lembro de mim como eu era ansiosa... ainda sou ansiosa mas não sou tanto quanto antes. Nossa!” (CAROLINA)*

A questão de perceberem-se mais “calmos”, após cessarem de fumar, foi um relato recorrente entre os entrevistados.

*“Olha, eu... as pessoas que convivem comigo falam que hoje eu sou uma pessoa mais calma, que eu era muito nervoso, estourado por qualquer coisa... bastava uma faísca e pronto. Hoje já me controlo mais, penso antes de falar, me alimento melhor, tenho disposição física melhor ééé motivação na vida, quer dizer, mesmo tando com 44 anos, ainda achar que posso ser útil em alguma coisa, fazer alguma coisa, né?” (BERNARDO)*

*“Não sinto problema de nervo nem nada não. Acalmei mais. Logo que eu parei de fumar, no inicio me deu muito nervoso... depois passando o tempo mais ou menos dois anos diante eu... acalmei bastante.” (FÁBIO)*

*“Graças a Deus pra mim aconteceu muito. Muita coisa boa pra mim. Muita. Por eu ter parado de fumar aconteceu muitas coisas boas. Eu... o cigarro só me trazia des... desespero. Eu era muito... genioso com as coisas, qualquer coisa pra mim era aquele nervoso medonho. Graças a deus melhorou muito! Senti muito... aquela agitação... o cigarro me fazia uma agitação danada. E por isso graças a Deus eu fiquei muito caaaalmo, mas caaalmo, graças a Deus melhorou muito pra mim.” (MAURÍCIO)*

O deixar de fumar foi visto, ainda, como a condição para que a mente funcione melhor. Essa nova condição permitiu a alguns informantes, retomarem os estudos.

*“Ah eu concluí o segundo grau... sei lá, eu retomei... concluí o segundo grau isso, fiz vários cursos, tô fazendo agora, curso de recepcionista. É porque assim... voceeee... para pra pensar mais nas outras coisas.” (CAROLINA)*

*“[...] Voltei a estudar, né, acho que a cabeça melhorou, penso melhor eee sem contar que a gente fica mais compreensivo, mais tranqüilo.” (CARLOS)*

*“Parei de fumar me deu até vontade de voltar a estudar e começar... recuperar o tempo, aí, não todo, mas pelo menos por partes né? Hoje eu me vejo mais paciente pra aprender alguma coisa.” (BERNARDO)*

Após cessarem de fumar, todos os entrevistados relatam a melhora de algum aspecto em suas vidas. Outros, narraram perceber uma associação de melhorias.

Observamos que alguns informantes atribuem o fato de terem deixado de fumar ao fato de terem também diminuído ou cessado com o consumo de álcool e medicamentos – anti-hipertensivos e ansiolíticos.

*“A melhora de vida que a gente tem... a melhora de vida... o apetite... o olfato, né? E hoje eu tava sentado ali... chegou aquele rapaz... eu senti o cheiro do cigarro... entranhado nele... de primeiro eu não sentia cheiro de cigarro. Tô mais calmo entendeu? Mais calmo... eu era muito nervoso... eu era muito estourado. Qualquer coisinha ficava nervoso, eu acho que era tudo em função do cigarro, né? Não me alimentava bem... então quando eu bebia e fumava era uma desgraceira.” (CARLOS)*

*“[...] eu já não tomei mais remédio de pressão e eu tomava três tipos de remédio pra pressão. E eu cansava, caminhava já tava cansando, subir um morro, aonde que eu subia isso aqui? Levava hora esperando o elevador pra subi. Agora subo isso aqui e desço três, quatro vezes por dia. Ah pra mim ta sendo a melhor coisa da minha vida que aconteceu. Só de saber não ter aquele cheiro não ter aquele trabalho. Oh como eu vi a mulher ainda agora que desceu três vezes foi lá embaixo fumar.” (SANDRA)*

*“Ah... eu me vejo com outro visual, saúde... principalmente. Me vejo assim... bem no meio da sociedade. Só andava com problemas... só cheia de... era dor de cabeça, outra hora era respiração mal, pneumonia, uma coisa e outra. Então eu me vejo bem hoje em dia, não tenho ficado mais doente . Então isso mudou muito na minha vida.” (CAROLINA)*

Eventos relativos à melhoria da saúde foram extensivos também aos familiares. Os sintomas alergia apresentados pelos filhos decorrentes de serem fumantes passivos – desapareceram após a informante ter abandonado o tabagismo.

*“A pele, a alergia que eu tinha muito. Na época meus olhos inchavam demais. A nicotina, né? Pegava na pele, é... inchava muito e eu nunca mais tive problema ééé no olho, alergia ee também o dia a dia meu mudou. Foi mais tranqüilo parece... as comidas estão mais gostosas. Tenho mais higiene, o sabor... tudo diferente. [...] Eu dou inclusive, dou conselho as pessoas. Eu falo como eu era: eu era igual a vocês entendeu? Tem muitas, muitas, muita coisa. A saúde, né? tanto a minha quanto de minha... dos meus filhos, nunca mais tiveram crise de alergia, eu acho que nunca mais dei antibiótico aos meus filhos. Isso aí marcou muito... a saúde. A minha e dos meus filhos.” (LAÍS)*

Com relação aos aspectos subjetivos, observamos no discurso de vários informantes a representação atual de sentirem-se normais, livres, soltos, com a auto-estima fortalecida e mais aceitos na sociedade

*“Eu acho que a genteeee ficar sem necessidade de fumar, se sente NORMAL. Mas eu acho muito ótimo não depender, aliás, de droga nenhuma [risos] eu tenho a experiência de um irmão que fuma ainda e outra, até usou droga também e isso é feio. Inclusive a poucos tempos agora tem uns seis meses morreu um outro, e ele usava droga também. Então aí você vê como é que fica a a a como é que é bom você tá livre dessas drogas, seja cigarro, seja outra coisa. Você não tem,obediência a dar a droga, é a você mesmo, né? Isso é bom viver sem sem contar que você levante com mais disposição, né? É claro que, no dia-a-dia, às vezes tem horas que você tá meio desanimado... mas [...]” (IVAN)*

*“[...]Tudo muda. Bem-estaaaar. Tudo. Você se sente mais bonita, mais cheirosa. Eu acho que a auto estima, né? ( gesto de elevar a mão).” (LAÍS)*

Observamos que às questões relativas à discriminação social, a qual percebiam sofrer por serem tabagistas, foi novamente mencionada, só que aqui, diferentemente do que relataram quando se reportaram à época em que fumavam, esse fato foi visto como

não sendo mais praticado pelas pessoas em relação a eles e por isso, se vêem incluídos na sociedade.

*“Então eu sou privilegiada, engrandece a gente, né? O todo não fuma, eu tô entre a maioria. Eu estou em todos os lugares... não tô assim... eu não vou ali porque eu não posso fumar... é melhor eu fumar logo porque eu vou ficar tantas horas ali... no consultório médico ou em algum lugar. No cinema... vou fumar logo... isso aí mudou... eu não preciso de fumar logo... pra entrar logo, pra sair logo pra fumar logo, né? É liberdade!” (SIMONE)*

*“Então é um alívio é de importância ser igual a todo mundo, né? Não é todo mundo que fuma, é é muita gente não fuma, entendeu?” (FÁBIO)*

*“Ah... eu me vejo com outro visual, saúde... principalmente. Me vejo assim... bem no meio da sociedade. Só andava com problemas... só cheia de... era dor de cabeça, outra hora era respiração mal, pneumonia, uma coisa e outra. Então eu me vejo bem hoje em dia, não tenho ficado doente mais. Então isso mudou muito na minha vida.” (CAROLINA)*

Contrastando com a época que iniciaram a fumar, em que o tabagismo era amplamente aceito na sociedade muitos dos informantes começaram a fumar para se sentirem incluídos em segmentos sociais, na atualidade, uma diversidade de fatores está presente nas sociedades ocidentais interagindo – de forma deliberada ou não – para mudar as antigas concepções sobre o fumar, como vimos na seção “O processo de cessação de fumar” e, conseqüentemente, sua aceitação social. Entretanto, é este mesmo motivo – incluírem-se socialmente – que alguns informantes revelam ter tido importante implicação no fato de terem deixado o tabagismo e permanecido em abstenção.

A elaboração de representações de se sentirem “livres”, “soltos” por terem deixado de fumar provavelmente relaciona-se com um conjunto de fatores em que estão associados com a interrupção do vínculo que mantinham com a droga – a ação da substância no organismo, como também, por se sentirem fazendo parte do grupo que constitui a maioria da população.

Alguns informantes, ao deixarem de fumar, resgataram o sentimento de aceitação social. Na época em que eram fumantes, percebiam-se segregados por familiares e pessoas em geral, devido, particularmente, ao odor do tabaco exalado do corpo.

Podemos observar, nos exemplos abaixo, colocações dos informantes, por meio das quais podemos compreender a visão que passam a ter de serem mais bem-aceitos socialmente e, assim, se perceberem em uma situação mais confortável.

*“Estar sem fumar significa muita sorte. Ah! Meus filhos, meu esposo, até a convivência com a sociedade é outra.” (CAROLINA)*

*“Pra mim significa assim... é é é uma vida nova, né? Eu, pra mim, é uma vida nova que eu tenho. Livre do cigarro, livre daquele mau cheiro. Isso pra mim significa uma nova vida. Hoje eu sinto que sou um espelho pras pessoas que ainda... Eu me vejo uma pessoa assim... mais bem- aceita nos grupos das pessoas que não fumam. Quando você entra em um lugar que as pessoas não fumam... o seu cheiro fica. E não fumando mais, hoje eu percebo isso.” (ROSANE)*

*“Quando parei fui percebendo que as pessoas não estavam se mais afastando de mim dentro do ônibus... chegava no ponto, ninguém afastava mais de mim também... aquele mau cheiro do cigarro tinha se afastado de mim também. Porque o fumante não adianta... é no bigode, no rosto, na roupa... o cheiro da fumaça do cigarro. Eu senti que as pessoas não se afastavam mais de mim. Eu tenho certeza que todo fumante... as pessoas que não fumam sempre afastam do fumante... isso aí eu tenho certeza.” (FÁBIO)*

*“Conforto muito grande. Você sente que a pessoa te aceita mais. Então é um conforto, é o bem-estar. Você se sente mais boniita, bem-aceita na sociedade é é é as pessoas não tem tanta rejeição [...] e eu tenho o prazer de falar... quando a pessoa pergunta: ‘Fumante ou não fumante?’ Sinto prazer em falar: ‘NÃO FUMANTE!’” (LAÍS)*

Nesse último excerto, observamos que a informante nos revela que esse novo *status* – de ser agora uma ex-fumante – é motivo de sentir-se orgulhosa. A dificuldade que a maioria relatou com relação a deixar de fumar, possivelmente, contribuiu para que



formulassem conceitos como esse com relação ao alcance e manutenção da abstinência do tabagismo.

Ao responderem à pergunta – Qual o sentimento que lhes ocorre por terem deixado de fumar? – recordam-se de quando foram fumantes e, no primeiro momento, a maioria dos informantes resgata o passado e, dessa maneira, revela o sentimento de arrependimento. Somente em um segundo momento é que se voltam ao momento presente.

*“Talvez de perda. Porque eu não aproveitei... o período antes, pra trás pra ter cuidado um pouco mais de mim. Acabei com minha pele durante um bom tempo. Todo mundo fala: ‘Nossa! Você está com uma pele bonita!’ E eu já acho que a minha pele tá bastante danificada. Por que? Por causa do cigarro. As pessoas falam que fez a diferença. Agora melhorou com certeza. Com certeza que melhorou mas aí... eu olhando, vejo que ela tá bastante danificada devido ao fumo. Quantos anos? Se eu tivesse parado no início... há vinte anos atrás, né? Que diferença que não ia estar minha pele hoje? É sensação de perda... do que você perdeu, do que você deixou de fazer por causa do cigarro.”*  
(DARLENE)

*“Eu tenho arrependimento é de ter fumado. Isso é que eu tenho arrependimento. E hoje eu tenho pena de ver uma pessoa botar ele na boca. Tenho mesmo. Tenho pena de ver... quando eu vejo uma pessoa botar o cigarro na boca eu tenho pena dele. Graças a Deus parar de fumar vale muita coisa! Foi uma beleza! Foi a melhor coisa que eu fiz!”*  
(MAURÍCIO)

*“[...] me traz o sentimento assim... de tanto tempo que eu fiquei com o cigarro, né? Que eu perdi tanto tempo... se eu podia ter parado bem antes, né? Eu fumei a minha juventude todinha e e e de uma certa forma fez mal... faz mal. Né? Aí me dá um sentimento de tristeza, né? De ter ficado tanto tempo fumando... se eu poderia ter parado antes, né? Ou nem começado.”* (NAIR)

*“Ah! Sentimento bom... mas porque eu fumei esse tempo todo? Por que eu não procurei antes? Deveria ter procurado bem antes ou não deveria nem ter começado a fumar.”*  
(DARLENE)

Um dos entrevistados chegou a comparar o estado em que se encontrava, durante os anos que fumou, ao de uma pessoa que necessita estar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não pelos cuidados prestados nesse local, mas sim pelo caráter do indivíduo que lá se encontra: o de estar “meio morto”.

*“[...] a gente tá fumando, a gente tá meio morto, entendeu? Tá fumando, tá bebendo, a gente tá meio morto. É como se tivesse numa UTI... você tá fumando você tá na UTI, aí você pára de fumar, então melhorou, aí você sai dali da UTI, você passa a viver vida normal [riso].” (CARLOS)*

O tabagismo, assim, foi visto pelo informante como aquele que iria matar, porém, enquanto não matava, também não deixava viver, e enquanto a abstenção do tabagismo é vista como sendo o retorno à normalidade, a possibilidade de viver plenamente.

Todos os informantes referem-se à condição de ex-tabagistas como relacionada com o ganho de algum benefício e, ao fazê-lo estabelecem comparações de como percebem no momento atual, o estado em que se encontravam outrora por estarem fumando com o estado presente – em que se encontram em abstinência.

*“[...] Sensação de liberdade. Eu agradeço a deus por isso, porque eu era prisioneira do cigarro.” (ADELAIDE)*

*“Eu me vejo assim... curada de um mal, libertada, sabe? De um mal muito... quase irreversível, né? Por causa da doença grave que... causa. Eu me sinto como um passarinho, sabe? Que ganhou a liberdade e saiu voando. É dessa forma que eu me sinto. Libertada mesmo, curada. Foi Jesus que me libertou, porque eu não tinha mais... assim já não acreditava mais que eu tinha jeito, sabe? Que eu ia me livrar dessa droga.” (EVA)*

*“Graças a Deus tudo normal. Agora eu sou uma pessoa normal, né. Termino de almoçar, de jantar, de tomar café, não tenho mais vontade de fumar nem nada.” (ADELAIDE)*

*“Eu não sinto mais necessidade, posso até ver alguém com cigarro que... é normal, não associo mais cigarro como calmante, né! Foi o bem-estar, né? Que eu tive. De me sentir limpa e as coisas é... andarem mais limpinhas.” (LAÍS)*

O sentimento decorrente de se manterem em abstenção do tabagismo é expresso pelos informantes com atributos de terem atingido um estado desejado, conseqüentemente, este é percebido como a realização de um importante “feito”. Portanto, ao conseguirem alcançá-lo, se vêem tomados por satisfação e alegria. Para outros, chegam até mesmo a ver como uma vitória o fato de terem conseguido superar o elo tão forte que mantinham com o fumar.

*“Muita alegria... e a auto-estima vai lá em cima, é muito bom. Eu não me vejo mais hoje... eu não consigo me ver fumando... eu acho, acho que o que me deixou mais indignado de ver aquela menina fumando, provavelmente com treze anos, foi que eu voltei ao passado. Foi justamente com a idade dela que eu comecei a fumar, mais ou menos isso, doze, treze anos que comecei a fumar. Era bonito... e eu comecei justamente assim... de primeiro era bonito... o sujeito com cigarro... e hoje em dia tá do jeito que tá, por 34 anos fiquei na UTI.” (CARLOS)*

*“Por ter conseguido parar me dá uma alegria, né? Me dá alegria por ter parado de fumar. Me dá aquele prazer por ter parado de fumar, graças a Deus!” (MAURÍCIO)*

*“De muita alegria, né? Porque era muito triste ouvir: ‘Não dá pra brincar com a senhora, não, porque a senhora tá fedendo’. Já pensou, com cinqüenta e tantos anos nas suas costas e os netos dez, onze, quinze, de três e dois falou que você tá fedendo? Não dá, é muito difícil.” (SANDRA)*

*“Então foi assim... as mudanças são essas... mais paciente, sabe? Me sinto um exemplo, pelo menos nessa parte... posso ter todos os defeitos, mas esse aí eu já não tenho mais... já sou um exemplo. Celebidade [risos]. Vitoriosa, eu parei de fumar.” (SIMONE)*

*“Me sinto feliz. Eu acho assim... parar de fumar é muito bom. Aquele que não quer parar de fumar não sabe o que está perdendo... é mesmo! Se eu soubesse teria parado há mais tempo.” (FÁTIMA)*

*“Ahhh... tranqüilidade... serenidade porque eu consegui. Vejo tanta gente aí lutando e não consegue.” (DARLENE)*

*“Sei lá! [pausa]. É de ter vencido.” (BEATRIZ)*

O parar de fumar significou para os informantes, além do resgate da auto-estima, também a possibilidade de resgate condição de manifestarem coerência nas relações com familiares e nos contatos face a face com as pessoas em geral. Reavaliando atitudes tomadas no passado com relação ao fumar, identificaram que não eram condizentes com princípios de respeito ao próximo.

*“[..]. e nessa vitória também de eu parar de fumar e tal, eu tive tanta força... que dei força ao meu marido dele parar de beber.” (SIMONE)*

*“Eu tinha que parar de fumar, porque era em respeito a ela [esposa], eu teria que respeitar ela, a vontade dela, porque eu tinha a minha vontade, mas ela tinha também. Se a gente convive, um tem que respeitar a vontade do outro e ela estava cuidando da minha saúde. Ela falava e eu tinha consciência que ela estava certa e eu errado.” (ALBERTO)*

*“Hoje eu tô vendo o quanto eu prejudiquei um bocado de gente, fumando, por exemplo, dentro de ônibus. Hoje é proibido. Chegasse em qualquer lugar que chegasse tinha que fumar, dentro do carro mesmo. Na viagem pra cá, era três, quatro cigarros. Podia ter a minha sobrinha dentro do carro, eu fumava.” (CARLOS)*

*“Quando você pára, você começa a ver... os contra e a favor. O cheiro... é horrível. Aí eu pensava: ‘O que que eu fazia com aquele povo, com os passageiros dos ônibus?’ Quando eu acabava de fumar lá, aquele povo tinha vontade de me jogar lá fora do ônibus.” (ROSANE)*

*“Eu acho que eu parei por amor, né? Sentimento assim de, de amor. É uma coisa! Você precisa ver quantas xerox da xerox que eu fiz... até aqui a V. do salão e o marido dela... eles pararam. Então eu, por amor, fui capaz de sair de uma vez só, e vai ser para sempre! Em homenagem a vocês também... e a esse programa! Menina, e é de graça! E mesmo que o Estado tenha obrigação, vamos fazer por onde, né?” (SIMONE)*

*“E hoje, hoje o cigarro... chego perto de uma pessoa e sinto logo o cheiro... o mau cheiro! Fico imaginando as pessoas que não fumavam, sentiam a mesma coisa em mim, incomoda,” (CARLOS)*

*“Vejo tudo assim... mais, mais bonito. Vejo o verde mais verde, passei a prestar atenção mais nas coisas. O ser humano... já era importante, aumentou mais ainda. Assim, o amor ao próximo que eu já sentia, dobrou mais ainda, né? Por que será? Pra mim não sei explicar, pra mim é Deus [riso], só Jesus pra poder dar... essa força [pausa]. E assim mostrar esse outro lado de vida.” (EVA)*

### **5.5.6 Algumas considerações sobre a fase de recuperação**

O tabagismo é visto pelos informantes, atualmente, não só como desnecessário, uma vez que não vêem mais sentido em usá-lo, mas também como um problema e que, portanto, deve ser evitado. A maioria dos informantes não se lembra mais do cigarro a não ser quando há alguém fumando por perto. Procuram sair do local, devido ao odor do cigarro, que passou a incomodar. Entretanto, a relação com os tabagistas é revelada como a que ocorre com as demais pessoas. Exceto em algumas situações em que se defrontam com determinadas pessoas fumando, particularmente os jovens, aí, então, são tomados pelo sentimento de tristeza, pois se reportam ao passado e relembram os problemas que vivenciaram e que supõem que venham a ocorrer ao jovem também.

Observamos que os informantes vêem (objetivam) atualmente o tabagismo com uma perda de tempo e de dinheiro, causa de doença e de discriminação social, uma agressão à boa aparência física e à higiene, uma ameaça de morte não somente pelo agravo à saúde como também pelos riscos que muitos correram para obtenção do produto, ao saírem, a qualquer hora do dia ou da noite, se expondo a seqüestros e assaltos.

Por serem ex-fumantes, reconhecem as dificuldades de ser tabagista atualmente, devido à ampliação de uma cultura de controle do consumo do tabaco e pela dificuldade que envolve o deixar de fumar.

Os informantes reconhecem, como ponto de apoio para recuperação, a família, o tratamento em grupo e a própria força de vontade. Até mesmo as críticas que os familiares freqüentemente faziam aos informantes, relacionadas com o tabagismo, são vistas por eles como incentivos e contribuições para que, definitivamente, parassem e se mantivessem sem fumar. A revitalização dos laços familiares foi um dos ganhos de terem se tornado ex-fumantes.

O tratamento é representado como a oportunidade de adquirirem e consolidarem informações. A partilha de experiências, tanto de sucesso como de insucesso, propicia uma nova aprendizagem: a de que é possível parar e permanecer sem fumar. Nessa nova idéia, a concepção que os informantes traziam do tabagismo estar lhes trazendo problemas se ampliou e/ou consolidou:

*“Outra coisa que eu não sabia era o que era enfizema. Para mim era como uma gripe que podia tratar e ficava curada, porque, quando você fuma, você não gosta de ouvir ninguém falar do cigarro, porque ele é seu amigo, é como se idolatrasse ele, porque ele te tira de várias coisas, né? Ele te afaga, acalma, ele é seu companheiro, então você não tem como falar dele.” (ROSANE)*

A busca por apoio em Deus encontra-se na maioria dos discursos dos informantes, com relação a todos as fases do processo de cessação de fumar. O sentimento da fé em Deus é visto como a esperança, como a força maior do que necessitam para fortalecer a própria e superar a dependência.

A força de vontade representa a própria determinação na decisão que precisavam tomar para sair do conflito no qual se encontravam, decorrente de continuarem a fumar após terem elaborado concepções que não eram mais um meio de solução e sim de problemas para si mesmo e para as outras pessoas.

Observamos que a cessação de fumar implicou reorganizações e readaptações tanto do corpo quanto da mente e do meio no qual esses informantes se inseriam. Com a continuidade da interrupção do consumo da substância psicoativa – nicotina, cada informante percebe a ocorrência de mudanças subjetivas (pessoais), intersubjetivas (na

relação com as outras pessoas) e com o meio social. Para compreenderem e se conduzirem diante desses novos acontecimentos, tiveram que elaborar novas formulações mentais – representações sociais – acerca de tudo isso. Assim, como vimos na seção “A Teoria das Representações Sociais e sua contribuição para a análise dos dados primários”, a representação social é sempre uma construção de alguém sobre alguma coisa, é a interpretação que o informante faz do real. É o que está ao seu alcance compreender e representar, é a sua verdade.

Dessa maneira, os informantes relacionam o fato de serem ex-tabagistas com os inúmeros acontecimentos que ocorreram em suas vidas, tornando-a melhor. Podemos compreender tal concepção a partir de suas atuais representações sobre o tabagismo e sobre a cessação de fumar. Enquanto o primeiro é representado como escravidão, como uma doença, um mal, uma perda de tempo, entre outras, o segundo representa liberdade, inclusão social, higiene, melhor aparência física e relacionamento com as pessoas, resgate da auto-estima e do autocontrole, dentre outros benefícios.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na parte inicial deste estudo, tanto nas seções sobre os vários aspectos do tabagismo quanto na seção sobre o processo de cessação de fumar, buscamos focar as transformações de concepções que se deram a respeito dos fenômenos – fumar e deixar de fazê-lo, através dos tempos.

Para Laraia (1992), o tempo constitui um elemento importante na análise de uma cultura. Segundo ele, nesse mesmo quarto de século, mudaram-se, dentre outros, os padrões de beleza e de conduta. Inúmeros fatos atestam que as mudanças de costumes são bastante comuns. Entretanto, elas não ocorrem com tranqüilidade. Cada mudança, por menor que seja, representa o desenlace de numerosos conflitos. Isso porque, em cada momento, as sociedades humanas são palco do embate entre as tendências conservadoras e as inovadoras. Por isso, ao mesmo tempo, é possível encontrar, numa mesma sociedade, pessoas que têm juízos diametralmente opostos sobre um novo fato. O mesmo se dá com relação tanto ao tabagismo quanto à cessação e fumar.

Vimos que as mudanças que ocorreram e continuam ocorrendo para que as pessoas iniciem o processo ou deixem o tabagismo se dão em várias esferas das sociedades, num jogo de forças que envolve, de um lado, o movimento para continuidade do consumo do tabaco, representado pelas corporações transnacionais do fumo e, em uma escala menor, os próprios tabagistas; de outro lado, o conjunto de segmentos sociais que atuam de forma direcionada para o controle do tabagismo (OMS, 1992; INCA, 1997; KATZ, 1997; BOEIRA, 2002). Entretanto, a cessação de fumar envolve também outros campos que estão além dos limites dessa disputa. Questões ligadas a mudanças culturais trazem novos paradigmas não somente associados à saúde, ao bem-estar e à higiene, como também relacionados com a boa forma física e a beleza (SANT'ANNA, 2002; LUZ, 2002) e têm expressiva participação para que os indivíduos formulem representações sobre o tabagismo de maneira que deixem de fumar.



Segundo Morin (2003), o ser humano é revelado em sua complexidade: ser, ao mesmo tempo, biológico e cultural. O cérebro, por meio do qual pensamos, a boca, pela qual falamos, a mão, com a qual escrevemos, são órgãos biológicos e, ao mesmo tempo, culturais. O que há de mais biológico – o sexo, o nascimento, a morte – é, também, o que há de mais impregnado de cultura. Nossas atividades biológicas mais elementares – comer, beber, defecar – estão estreitamente ligadas a normas, proibições, valores, símbolos, mitos, ritos, ou seja, ao que há de mais especificamente cultural; nossas atividades mais culturais – falar, cantar, dançar, amar, meditar – põem em movimento nossos corpos, nossos órgãos, portanto, o cérebro.

Dessa maneira, assim como o consumo do tabaco é estreitamente relacionado com signos, mitos, símbolos e até hoje ainda faz parte de ritos entre as nações indígenas, de forma semelhante, se dá o caminho inverso: o da cessação de fumar. Múltiplos elos se interligam tanto na conformação da dependência quanto da abstinência. A apreensão que fazemos do universo de enorme diversidade em que estamos inseridos, as idéias que nos guiam, que nos permitem compreendê-lo e, assim, com ele conviver melhor, se dá pela elaboração das representações sociais que fazemos sobre todos os aspectos de nossa vida. Essas representações tanto são influenciadas, quanto influenciam o meio social em que se insere o indivíduo que as elabora.

Assim se formaram diferentes representações sociais para as diferentes fases pelas quais passaram os sujeitos deste estudo ao longo da experiência tanto de iniciar quanto de deixar o consumo do tabaco. Crenças culturais e pessoais acerca dos efeitos do tabagismo foram determinantes importantes tanto para a iniciação, quanto para a formação de expectativas do resultado do fumar – de trazer alívio de tensões e fazer esquecer os motivos. Essas pessoas foram expostas constantemente a exposições de efeitos positivos do tabagismo por familiares, amigos e nos meios de comunicação de massa. E o consumo do tabaco era representado, então, como “a solução”, “o calmante”, “o companheiro”, “signo de beleza, charme e sexualidade”.

Considerando-se a faixa etária mais prevalente, 46-55 anos (47%), a iniciação ao tabagismo ter se dado na adolescência e, o tempo mínimo que os entrevistados

fumaram ter sido de dezoito anos, essas informações nos remetem à época em que a indústria do tabaco realizava forte propaganda do cigarro. Nessa esteira, podemos identificar que essas representações, citadas no parágrafo anterior, foram expressão dessa propaganda, aliada às circunstâncias de intensa convivência com fumantes, sendo estas pessoas próximas e significativas – pais, amigos, namorado e colegas de trabalho – pessoas que possivelmente tenham sido modelo para esses participantes e manifestavam o comportamento de buscar na droga respostas de necessidades não supridas. Nesse contexto, os informantes teceram as representações que tinham do tabagismo. Aliou-se a esse intenso aprendizado o fato de o cigarro estar facilmente disponível. Evidenciamos, dessa maneira, que eram poucas as saídas que não os levavam ao tabagismo.

Ainda que estudos apontem que a prevalência do tabagismo seja maior no sexo masculino (MACKAY; ERIKSEN, 2002; CARLINI et al., 2001; INCA, 2004) e que a taxa de manutenção de abstinência seja superior entre os homens, como mostra o estudo de Wetter e colaboradores (1999), realizado com indivíduos em tratamento medicamentoso do tabagismo, houve predomínio do sexo feminino (65%) no grupo de entrevistados. Podemos aventar que tal fato pode ser conseqüente de alguns fatores, como o horário em que é ofertado o tratamento – pela manhã – e, assim, dificultar a participação dos indivíduos do sexo masculino, em virtude de se encontrarem em atividades laborativas nesse horário e, ainda, a discussão de que os homens não são ensinados a cuidar nem de si nem do outro. Assim, por comparecerem menos às unidades de saúde, não tomam conhecimento do tratamento do tabagismo, que é divulgado, predominantemente, dentro da unidade de saúde, por meio de cartazes.

Porém, ao abordarmos o assunto sobre "participação masculina" ou "envolvimento masculino", faz-se importante analisar também como os serviços de saúde, de forma geral, e no campo da saúde sexual e reprodutiva, em particular, estão estruturados refletindo a organização com base no gênero (NASCIMENTO, 2005).

O enfoque marcadamente materno-infantil da atenção básica em saúde, em que o tratamento do tabagista se insere, faz com que serviços, que muitas vezes são

deficitários para identificar as especificidades das mulheres, sequer reconheçam os homens como sujeitos de sua atenção. Ao se organizar o serviço dessa maneira, se cristaliza oposições construídas socialmente, como se fossem dados da natureza: desestimula os homens a procurarem os serviços de saúde e vê as mulheres como essencialmente cuidadoras e as únicas responsáveis pela esfera da saúde (NASCIMENTO, 2005).

A dependência, em seus múltiplos aspectos, foi evidenciada como intrinsecamente relacionada com o cotidiano dos participantes, com destaque para as situações de maior demanda emocional. A busca pelo efeito da droga, aliada aos condicionamentos, levava-os até mesmo a priorizarem o fumar em detrimento de suprir necessidades orgânicas e responsabilidades sociais, era o que representavam como sendo “a saída dos problemas”, uma vez que o efeito do tabaco tomava suas mentes e assim, podiam “esquecer” dos desconfortos da vida.

O rumo à recuperação se deu, para a maioria dos informantes, com o surgimento de concepções sobre o tabagismo que lhes traziam a idéia de parar de fumar. Tais idéias, ainda que tenham vindo de épocas anteriores, contudo, levaram somente a minoria à tentativa pregressa de deixar de fumar. Dentre os que tentaram, somente alguns narraram terem conseguido manter-se em abstinência. O motivo dessas tentativas foi atribuído ao medo de abreviar a própria vida e não conseguir consolidar a criação dos filhos e o fato de incomodar as pessoas que estavam à sua volta. Nos relatos referentes a essas questões, observamos que o foco da representação do tabagismo como um causador de problemas não estava em si próprios e sim no quanto o fato de serem fumantes causava transtorno para quem estava próximo.

As questões individuais ligadas às novas representações do fumar foram expressas como tendo surgido a partir da percepção de desconfortos e a relacioná-los como decorrentes do tabagismo. Observamos que o comprometimento da saúde e da estética corporal e a discriminação social foram expressivos para a decisão de deixarem de fumar.

Um objeto, a fim de pertencer ao universo de um grupo ou de um indivíduo, entra numa série de relacionamentos e de articulações com outros objetos que lá se encontram, dos quais não só toma propriedades como também as acrescenta. Ao tornar-se familiar, o objeto tanto é transformado quanto transforma. Representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o *status* de um *signo*, é conhecê-lo, tornando-o significativo.

Dessa maneira, o surgimento de uma nova perspectiva do tabagismo para os sujeitos condiz com as mudanças relativas à aceitação social do consumo do tabaco nos últimos dez anos, decorrentes da crescente divulgação nos meios de comunicação de massa, entre outros, dos problemas por ele causados. Os sujeitos reelaboraram suas antigas concepções sobre o tabagismo, associando as novas informações as que vinham vivenciando.

As características do grupo de sujeitos entrevistados, de serem em sua maioria, indivíduos casados (82%), católicos (82%), com ensino fundamental incompleto (35%), inseridos no mercado de trabalho (65%), com renda de 3-9 salários mínimos (70%), são de expressiva relevância para a compreensão de suas narrativas. Todos os entrevistados viviam acompanhados e professavam, com exceção de um, alguma religião por ocasião em que deixaram de fumar. Daí, podemos relacionar a presença de determinados conteúdos em suas histórias a essas características, tais como a presença da idéia de cuidado pelo outro, das queixas e dos incentivos que recebiam particularmente das pessoas que com eles viviam, como também das inúmeras citações de Deus em vários momentos do processo que vivenciaram ao deixarem de fumar.

A antiga idéia que tinham sobre o tabagismo deu lugar à outra. Nessa nova concepção, o consumo de tabaco passou a ser visto como o responsável por trazer a fraqueza física aliada ao fato de os sujeitos se perceberem incoerentes, diferentes e discriminados devido a esse comportamento. Para outros, entretanto, associava-se ainda um outro tipo de problema, “a fraqueza mental.” Sentirem-se discriminados por serem tabagistas, estavam inseridos em contextos em que havia também a citação das atuais restrições legais do fumar.

A consciência, a abertura para o mundo ou se preferirmos, as representações, são conjuntos dinâmicos que possuem o *status* de produzirem comportamentos e relações com o meio ambiente e, assim, proporcionarem modificações tanto em um (comportamento) quanto em outro (meio ambiente), assentadas em valores e conceitos e destinadas à interpretação e elaboração do real (MOSCOVICI, 1978).

Provavelmente a mudança do comportamento do indivíduo da condição de fumante para de ex-fumante se deu em decorrência do entendimento de que para saírem do conflito em que se encontravam – fumar e perceber os significados desse ato em suas próprias vidas e na de outras pessoas – a solução seria “parar de fumar”. Assim, diferente do que concebiam anteriormente, a solução não era mais o fumar e sim deixar de fazê-lo.

O fato de a maioria dos participantes do estudo ter dependência nicotínica elevada (60%) contribuiu para o entendimento de suas manifestações clínicas, comportamentais e representacionais. O relato de sintomas da síndrome de abstinência foi praticamente constante, com exceção de somente duas entrevistadas, que negaram qualquer desconforto referente ao fato. Diferentes estratégias foram adotadas a fim de melhor enfrentarem a síndrome de abstinência.

As representações que os informantes elaboraram acerca desse período inicial de interrupção do consumo do tabaco revelam que dificuldades tiveram que ser superadas para que se libertassem de uma rotina centrada na droga, tipificada por muitos anos de tabagismo. O cigarro representava um inimigo poderoso que, para ser superado, requeria força interna e externa para ajudá-los.

A compreensão de que haviam superado a dependência se deu não somente a partir da percepção de que, por um lado, não sentiam mais desejo de fumar e, por outro, não estavam mais expostos às situações de conflito na relação face a face com pessoas não fumantes e que se incomodavam com os vestígios do cigarro, mas principalmente pelo sentido que eses fatos tinham em suas vidas.

Embora a maioria dos entrevistados tenha apresentado associação do tabagismo à outras doenças (70%), os motivos que revelaram como relacionados com o fato de terem deixado de fumar se diversificaram em questões referentes à saúde, higiene, beleza, bem-estar – consigo próprios e na relação com o outro – e, ainda, a necessidade que possuíam de se tornarem coerentes com o que faziam. Ou seja, necessitavam resolver o conflito gerado entre terem o discurso favorável à abstinência de drogas, com filhos e/ou alunos, e usá-la.

As “forças” internas e externas que foram vistas como suporte do qual precisavam para seguir adiante sem fumar foram sua própria determinação, foram a “força de vontade,” o incentivo de familiares, Deus e o grupo de tratamento do tabagismo.

No caso dos sujeitos desta pesquisa, a expressão “força de vontade” se inseriu em contextos em que haviam adquirido, segundo eles, um aprendizado com as experiências de tentativas passadas e com o tratamento em grupo. Aprenderam o quê, como e quando deveriam fazer algo para continuarem em abstinência e, então se sentiam *preparados* para isso.

Se, por um lado, a força de vontade representou a própria determinação, o tratamento do tabagismo, por outro, representou a ligação de pontos para dissolver dúvidas e carência de conhecimentos – “o preparo que necessitavam para deixar e se manterem sem fumar”, o apoio que precisavam para sair do conflito no qual se encontravam, decorrente de continuarem a fumar, após terem elaborado concepções de que fumar não era mais um meio de solução, muito pelo contrário, era um comportamento causador de problemas para si mesmos e para as outras pessoas.

A busca por apoio em Deus encontra-se na maioria dos discursos sobre o processo de cessação de fumar. O sentimento da fé em Deus é visto como a esperança, como a força maior de que necessitavam para fortalecer a própria decisão e superar a dependência, o que vai ao encontro do fato de a maioria (94%) dos entrevistados ter relatado professar alguma religião.

Os familiares foram vistos como incentivadores. Até mesmo suas críticas sobre o problema que os informantes causavam por serem tabagistas e que os levava a refletirem sobre seu ato, eram vistas favoravelmente. Com a cessação de fumar, o resgate dos vínculos afetivos fragilizados pelo desconforto do odor do tabaco, foram resgatados.

Dados como a maioria residir em municípios diferentes de onde se situa o Centro de Tratamento do Tabagismo e o fato de não terem realizado tratamento anterior para deixar de fumar (94%) apontam para a necessidade de criação desse serviço em todo o Estado do Espírito Santo, especialmente na região metropolitana. Tal necessidade foi também manifestada pelos informantes e vai ao encontro da legislação vigente - portaria GM/MS/nº 1.035, de 01-06-045, que amplia a atenção ao paciente tabagista na rede do SUS.

Representações foram forjadas em uma variedade de contextos, incluindo a própria experiência passada com droga, antecedentes educacionais, valores pessoais e assim por diante. Por ser a representação social ao mesmo tempo a representação de alguém sobre alguma coisa, também traz a marca de quem representou. Observamos que assim, a cessação de fumar implicou reorganizações e readaptações tanto do corpo quanto da mente como também do meio no qual esses sujeitos se inseriam.

Com a manutenção da abstinência, os sujeitos relacionam com o fato de serem ex-tabagistas os inúmeros acontecimentos que ocorreram em suas vidas, tornando-a melhor. Podemos identificar isso a partir de suas atuais representações sobre o tabagismo e sobre a cessação de fumar. Enquanto o primeiro é representado como escravidão, como uma doença, um mal, uma perda de tempo, entre outros problemas, o segundo representa liberdade, inclusão social, higiene, melhor aparência física e relacionamento com as pessoas, resgate da auto-estima e do autocontrole.

Observamos que os informantes, após terem deixado de fumar, relatam uma diminuição do consumo de drogas lícitas. Por ocasião do início do tratamento, quatro informantes negaram consumo de outra droga além do tabaco. Atualmente, na condição de ex-fumantes, esse número dobrou para oito, o que corrobora sua percepção de se

sentirem mais calmos, com a mente funcionando “melhor.” Fato esse que levou alguns informantes a retomarem os estudos.

Esta pesquisa foi circunscrita a uma realidade específica de pessoas que deixaram de fumar com apoio de tratamento. Assim seus resultados podem ser comparáveis somente com os de realidades semelhantes. Vários temas podem ser desdobrados para o profundo conhecimento do cerne de questões, como: a cessação de fumar e a diminuição do consumo de outras drogas; os fatores que influenciam o alcance e a manutenção da abstinência; os efeitos e significados do tratamento do tabagismo; os vínculos entre a equipe terapêutica e o paciente para o êxito do tratamento; e a forma como se dá a recuperação do tabagista.

Entretanto, sua contribuição se efetiva em trazer subsídios a um campo de conhecimento novo, como o de tratamento do tabagismo, particularmente na Rede Pública de Assistência à Saúde no Brasil, considerando quem são esses indivíduos, o que pensam e o que ficou do tratamento em suas vidas. A expressão desses indivíduos, a nosso ver, é o que verdadeiramente orienta os profissionais no sentido da condução do processo terapêutico e do alcance do objetivo fim – a recuperação da dependência de substância psicoativa.



## 7 REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR/American Psychiatric Association**. Tradução de Maria Cristina Ramos Gulante. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- \_\_\_\_\_. Practice Guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**, v. 153, n.151, p.1-31, 1996.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY. Cigarette smoking and health. **American Journal Respiratory Crit Care Med**, v.153, p. 861-865, 1996.
- ANTONIL, A.J. **Cultura e opulência do Brasil**. 3. ed. São Paulo: Itatiaia-Edusp, 1982.
- BALFOUR, D.J. et al. Diagnosis and treatment of nicotine dependence with emphasis on nicotine replacement therapy. **Europe Hearth Journal**, n. 21, p. 438, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BECKER, H.S. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- \_\_\_\_\_. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- BENOWITZ, N.L. **Nicotine safety and toxicity**. New York: Oxford University Press, 1998.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T.A. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Tradução de Floriano de Souza Fernandes. 10. ed., Petrópolis: Vozes, 1993.
- BOEIRA, S.L. **Atrás da cortina de fumaça: tabaco, tabagismo e meio ambiente: estratégias da indústria e dilema da crítica**. Santa Catarina: Univali, 2002.
- BRANDT, A. Behavior, disease, and health in the twentieth: century in the United States: The moral valence of individual risk. IN: BRANDT, A. M.; ROGIN, P.(Org.) **Morality + Health**. New York: Routledge Inc, 1997. p. 53 -78.
- BUCHER, R. Visão histórica e antropológica das drogas. In:\_\_\_\_\_. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. 2. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1991, c 1989. 2 v, p.17-30.
- BRASIL. Portaria GM 1.575, de 29 de agosto de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 de setembro de 2002. Seção 1, p. 42.

BRASIL. **XI Conferência Nacional de Saúde: Desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/DESAFIOS.htm>>. Acesso em: 11 set. 2003.

BRASIL. Portaria GM nº 1.035 de 31 de maio de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 de jun. de 2004. Seção 1, p. 24.

CARLINI, et al. **I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas – São Paulo, 2001.

CARVALHO, J.T. **O tabagismo**: visto sob vários aspectos. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2002.

CAVALCANTE, T.M. **“O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar”**. 2001. 223f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Ciências na Área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

CAVALCANTE, T.M et al. O Programa de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE; OPAS. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso**: a Convenção-Quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília, 2004. p. 137-171.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Cigarette smoking-attributable mortality and years of potencial life lost. United Sates. **MMWR** , n. 42, p. 645-649, 1990.

CINCIPRINI, P.M. et al. Tobacco addiction: implications for tretment and cancer prevention. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 89, n. 24, p.1852-1867, 1997.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis-R.J: Vozes, 1985..

\_\_\_\_\_. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: HUCITEC, 1998.

DÓREA, A.J.P.; BOTELHO, C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v.30, s.2, p. 30-35, 2004.

DOLL, R. et al. Mortality in relation to smoking: 40 years'observations on male British doctors. **BMJ**, v. 309, p. 901-910, 1994.

DOLL, R.; CROFTON, J. Tobacco and health. *Br. Med. Bull.* v. 34, p. 22-34, 1996.

DREIFUSS, R. A. **A época da perplexidade**: mundialização, globalização e planetarização: novos desafios. Petrópolis: Vozes, 1996.

ETTER J.F; DUC TV; PERNEGER,T.V. Validity of the Fagertröm test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. **Addict**, v. 2, n. 94, p. 260-81, 1999.

ETGES, V.E. et al. **O impacto da cultura do tabaco no ecossistema e na saúde humana na região de Santa Cruz do Sul**: UNISC, 2002.

\_\_\_\_\_. **Sujeição e resistência**: os camponeses gaúchos e a indústria do fumo. Santa Cruz do Sul: FISC/UNISC, 1991.

EVANS S.M.; CONE E.J.; HENNINGFIELD J.E. **Rapid arterial kinetics of intravenous and smoked cocaine**: relationship to subjective and cardiovascular effects. NIDA Research Monograph 153. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. National Institutes of Health, Rockville. NIH publication, v. 95, p. 3883, 1995.

EVERETT, A.S. et al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behaviour among US high school students. **Preventive Medicine**, v. 5, n. 29, p. 327-333, 1999.

FAGERSTRÖM, K.O.; SCHNEIDER, M.G. Measuring nicotine dependence: a review of de fagerström tolerance questionnaire. **J. Behav Méd**, n. 12, p.159-82, 1989.

FIORE, M.C. et al. **Treating tobacco use and dependence**: clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

FIORE, MC; BAILEY, W,C; COHEN, S.J. **Smoking cessation**: Clinical Pactice guideline. Rockville, Md: US Department of Health and Human Services; Public Health Service; Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR Publication, 1996.

FOULDS, J. et al. Transdermal nicotine patches with low-intensity support to aid smoking cessation in outpatients in a general hospital. **Arc. Fam. Méd.**, n. 2, p. 417-23, 1993.

FREYRE, G. **Sobrados e mucambos**: decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1961. II tomo.

GARCIA,M.L.T.; SIQUEIRA,M.M. Adesão ao tratamento entre alcoolistas. **Arq. Brás. Psiq. Neurol. Méd. Legal**, p.13-18, 2003.

GIDDENS, A. **As conseqüências da modernidade**. 2. ed. São Paulo: Unesp, 1991.

- GIGLIOTTI, A.P. **Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras**: uma comparação com 17 países europeus. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002
- GIOVINO, G. A.; SHELTON, D.M.; SCHOOLEY, M.W. Trends in cigarette smoking cessation in the United States. **Tobacco Control an International Journal**, 2 suppl, p. S3-S16, 1993.
- GLANTZ, S.A. et al. Addiction and cigarettes as nicotine delivery devices. In: GLANTZ, A.S (Org.). **The cigarettes papers**. Berkeley: University of California Press, 1996.
- GOODMAN, L.S.; GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 1996.
- GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTICH, S. Introdução. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 17-26.
- HAXBY, D.G. Treatment of nicotine dependence. **Am Health Syst Pharmacol**, n. 52, p. 265-81, 1995.
- HEATHERTON, T.F. et al. The Fagerström Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. **British Journal of Addiction**, n. 86, p.1.119-1.127, 1991.
- HEISHMAN S.J., TAYLOR, R.C.; HENNINGFIELD, J.E. Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. **Exp Clin Psychopharmacol**, n. 2, p. 345-395, 1994.
- HUGHES, J.R et al. Symptoms of tobacco withdrawal: a replication and extension. **Archives of General Psychiatry**, v. 48, p. 52-59, 1991.
- HUSSEIN, R.G. **Substance use & misuse**: nature, context, and clinical interventions. USA: Blackwell Science Ltd., 1998.
- HURT, R.D. Tobacco Dependence Screener: treat tobacco dependence and bend the trend. **Bull World Health Org**, v.5, n.77, p. 367, 1999.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ajudando seu paciente a deixar de fumar**. Rio de Janeiro: 1997.
- \_\_\_\_\_. **Falando sobre tabagismo**. 3.ed. Rio de Janeiro, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso**, Rio de Janeiro: Skill Line, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ação global para o controle do tabaco**: 1º tratado internacional de saúde pública. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

\_\_\_\_\_. **Vigescola**: vigilância do tabagismo em escolares. Rio de Janeiro: INCA, 2004. v.1

\_\_\_\_\_. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Apóie a Convenção-Quadro**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=cquadro&link=framework.htm>> Acesso em: 3 de abr. 2005.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinariedade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 16-44.

JOVCHELOVTICH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 63-88.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje**: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KATZ, S. Secular Morality. In: BRANDT, A.M.; ROGIN, P. (Org.). **Morality + Health**. New York: Routledge Inc, 1997. p. 297-330.

KAUFMAN, A. Aspectos sociais do tabagismo. In: RODRIGUES, J.J.G. **Fumo ou saúde**. São Paulo: Bradepka, 1986. p.27-35,

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, M. Dependência da nicotina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. n. 30, supl 2, ago. 2004.

LARANJEIRA, R.; SURJAN, J. Conceitos básicos e diagnóstico. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**. n. 2, supl 1, p. 2-6, 2001.

LARANJEIRA, R.R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.P.; DRACU, L.; LARANJEIRA, R.R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 83-112.

LARAIA, R.B. **Cultura um conceito antropológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 1993.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEITE, I.C. A Teoria das Representações Sociais e sua contribuição para a análise dos dados primários. In: \_\_\_\_\_. **Desconhecimento, piedade e distância** : representações da miséria e dos miseráveis em segmentos sociais não atingidos pela pobreza. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências e Letras (Campus de Araraquara). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Araraquara, 2002. cap. 2, p. 123-38.

LUZ, M.T. **Novas práticas em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/UERJ, 2002.

MCCRACKEN, G. **Cultura e consumo**: novas abordagens ao caráter simbólico dos bens e das atividades de consumo. Rio de Janeiro: Mauad, 2003.

MACKAY, J.; ERIKEN, M. **The Tobacco Atlas**. Geneva-Switzerland: World Health Organization (WHO), 2002.

MARQUES, A.C.P.R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 4, n. 23, p. 200-214, 2001.

MARLATT, G. A. Prevenção de recaída: racionalidade teórica e visão geral do modelo. In: MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. (Org.). **Prevenção de recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1993. p. 3-63. cap.1; p. 115-177, cap. 3.

MAZZOTTI A.J.A.; GEWANDSZNAJDER F. **O Método nas ciências naturais e sociais**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

MELISKA C. J.; GILBERT, D.G. Hormonal and subjective effects of smoking the first five cigarettes of the day: a comparison in males and females. **Pharmacol Biochem Behav**, n. 40, p. 229-235, 1991.

MEIRELLES, R.H.S.; GONÇALVES, C.M.C. Abordagem cognitivo-comportamental. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, supl. 2, p. 30-35, 2004.

MEIRELLES, R.H.S.; CAVALCANTE, T.M.; OLIVEIRA, V.C. Tabagismo passivo. In: GIGLIOTTI, A. **Tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitrô Comunicação & Editora, 2000. p. 25-37.

MELISKA C.J.; GILBERT D.G. Hormonal and subjective effects of smoking the first five cigarettes of the day: a comparison in males and females. **Pharmacol Biochem Behav**, v. 40, p. 229-235, 1991

MENDES, E.V. (Org). **Distrito sanitário**. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-112.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7.ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MINAYO, M.C.S. ; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso**: a convenção-quadro de controle do tabaco: uma resposta. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 6. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: GUARECHI, P.; JOVCHELOVITCH S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 7-16.

MURRAY C.J.L.; LOPEZ, A.D. Quantifying the burden of disease and injury attributable tobacco as a major risk factor. In: MURRAY, J.L.D. **The Global Burden of Disease. A comprehensive assesment of mortality and disability from desiese, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020**. Ed. Christopher J.L. Murray ad Alan D. Lopez. World Health Organization & The World Bank, 1996.

NARDI, J.B. **O fumo brasileiro no período colonial: lavoura, comércio e administração**. São Paulo:Brasiliense, 1996.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, jan./mar. v. 10, n. 1, p. 26-28, 2005.

NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC). **The health effects of passive smoke**. Austrália: NHMRC, 1997.

OLIVEIRA, E.F.A. et al. Análise do PAA-HUCAM-UFES como suporte social no atendimento ao dependente químico: situação atual e novos desafios. **Arq. Brás. Psiq. Neurol. Méd. Legal**, v. 97, n. 4, p. 33-38, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul,1993.

\_\_\_\_\_. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo**. Genebra: OMS 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAUDE. **Tabaquismo y salud em las Américas**: informe de la cirujana, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud / Departamento de Salud y Servicios Sociales de los estados Unidos de la America. Washington: Organização Panamericana de la Salud, 1992.

ORTEGA, F. Da ascese à bio-ascese: ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: RAGO, M.; ORLANDI, L.B.L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 139-171.

PAIVA, C.C. Motivações para o uso de droga. In: BUCHER, R. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1988. p. 33-37.

PETOR, et al. **Mortality from smoking en developed countries (1950-2000). Indirect estimates from national vital statistics**. Nova York: [s.n], 1994.

PICCIOTTO M.R.; BRUNZELI D.H.; CALDARONE B.J. Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. **Neuroreport**; v..13, n. 9, p.1097, jul. 2002.



PLIZKA S.R. **Neurociência para o clínico de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Toward a comprehensive model of change. In: MILLER, W.R; HEATHER, N. (Ed.). **Treating addictive behaviors: processes of change**. New York: Plenum, 1986. p.3 -27.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. NORCROSS J.C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, n. 7, 1102-14, 1992.

PROCTOR N. Tobacco and the global lung cancer epidemic. **Nat Rev Cancer**, v.1, n.1, p. 82-86, Oct. 2001.

RAMOS, A. **As culturas indígenas**. Rio de Janeiro: Casa do Estudante, 1949.

RAW M.; MCNEILL A.; WEST R. Smoking cessation Guidelines and their cost effectiveness. **Thorax J Br Thorac Soc**, v. 5, n. 53, p.1-18, 1998.

RIGOTTO, S.D. **Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química**. 1999. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do desenvolvimento) – Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Caxias do Sul, 1999.

ROSEMBERG, J. **Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais**. São Paulo: Secretaria da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Comissão Estadual de Prevenção de Controle do Tabagismo, 2002.

\_\_\_\_\_. Por que os médicos continuam a fumar. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, n.179, p. 83-92, 1988.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

\_\_\_\_\_. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SALOOJEE Y; DAGLI E. Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 7, n. 78, p. 902-1000, 2000.

SANT'ANNA, D.B. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n. 20, p. 649-656, 2004.

SCIVOLETTO, S.; MOHISA, R.S. Conceitos básicos em dependência de álcool e outras drogas na adolescência. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, n. 2, supl 1, p. 30-33, 2001.

SHIFFMAN, S. et al. Prevenção de recaída em ex-fumantes: uma abordagem de automanejo. In: MARLATT G.A.; GORDON, J.R. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993. p. 419-4463. cap.8.

SILVA, E.A. Abordagens familiares. **J. Brás. Dep. Quím.**, v. 2, n. 1, p. 21-24. 2001.

SILVA, L.C.G. **Eventos estressantes na relação com o paciente e estratégias de enfrentamento**: estudo com acadêmicos de medicina. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2003.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 117-148.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000

SULLIVAN P.F; KENDLER, K.S. The genetic epidemiology of smoking. **Nicotine Tob Res**, n. 1, supl. 2, p.S51-7; Discussion S69-70, 1999.

TURATO, R.E. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health consequences of smoking**: nicotine addiction. A report of the Surgeon General. Public Health Service, Office on Smoking and Health, Rockville, 1988.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The health benefits of smoking Cessation**: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA. United States Department Of Health And Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. DHHS Publication No: (CDC)90- 8416L, 1990.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

WETTER et al.; Gender differences in smoking cessation. **Journal of Consulting and Psychology**. v. 67, n. 4, p.555-562, 1999.

WORLD BANK (Org.). **Tobacco & Health in the Developing World**: A background paper for the high level Round Table on Tobacco Control and Development Policy. Belgium: European Commission; World Bank, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco use**: a public health disaster. World no tobacco Day. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.

\_\_\_\_\_. **International statistical classification of diseases and related health problems (CID-10)**. 10. ed., Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1993.

YACH D; BIALOUS, A.S. Junking science to promote tobacco. **American Journal Public Health**, v. 11, n. 91, p.1745-8, nov. 2001.

ZAGO, J.A. Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da drogadição. **Informação Psiquiátrica**, v. 15, n. 4, 1996.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

---

Este instrumento de pesquisa é um roteiro elaborado para entrevistar os sujeitos do estudo intitulado: “O processo de cessação de fumar na perspectiva de ex-fumantes”, constando de questões referentes à caracterização dos participantes e de questões subjetivas relacionadas com a pesquisa propriamente dita. O estudo tem por objetivo a compreensão de como os ex-fumantes elaboram e vivenciam o processo de cessação de fumar em seus contextos sociais. As respostas dos sujeitos serão anotadas e gravadas sendo, contudo, mantido sigilo do conteúdo individual obtido e o anonimato dos participantes. As entrevistas serão realizadas pela autora deste estudo.

---

- 1- Em quais situações você sentia desejo de fumar?
- 2- E atualmente o que acontece quando você se encontra nessas situações?
- 3- Você conviveu com pessoas que eram fumantes?
- 4- Quem eram?
- 5- E atualmente ainda convive?
- 6- Com quem?
- 7- O que você sentiu inicialmente ao parar de fumar?
- 8- Você ainda sente algum desses sintomas iniciais?
- 9- Atualmente você sente vontade de fumar?
- 10- O que você faz quando isso acontece?
- 11- Ocorreram tentativas anteriores?
- 12- Como isso aconteceu?
- 13- Como surgiu desta vez a idéia de parar de fumar?
- 14- Como surgiu a necessidade de buscar ajuda para deixar de fumar?
- 15- Pense e relate o momento em que você tomou a decisão de parar de fumar.
- 15- O que mais o motiva a permanecer sem fumar?

- 17- O que mais o ajudou a deixar de fumar?
- 18- Existe algo preenchendo o espaço que antes era ocupado pelo cigarro?
- 19- Como é a sua vida sem fumar?
- 20- O que significa para você estar sem fumar?
- 21- Quais as mudanças que ocorreram na sua vida relacionadas com o fato de você parar de fumar?
- 22- Como você se vê não fumando mais?
- 23- Qual seu sentimento em relação a isso?
- 24- Qual a sua opinião sobre o tratamento recebido aqui?
- 25- O que não foi perguntado, porém você gostaria de expressar?

### **Informações de caracterização**

- 1- Durante quanto tempo você fumou?
- 2- Há quanto tempo se encontra sem fumar?
- 3- Idade:
- 4- Sexo:
- 5- Atividade de ocupação:
- 6- Situação funcional (empregabilidade):
- 7- Estado civil:
- 8- Escolaridade:
- 9- Religião:
- 10- É praticante?
- 11- Composição familiar (pessoas com quem convive no mesmo domicílio):
- 12- Renda familiar mensal (em salários mínimos):
- 13- Uso pregresso de outras drogas diferentes de nicotina (lícitas e/ou ilícitas):
- 14- Uso atual de outras drogas diferentes de nicotina (lícitas e/ou ilícitas):

15-Relato de comorbidade clínica e/ou psiquiátrica atual?

16-Convive com fumantes:

( ) Em casa    ( ) No trabalho    ( ) Em ambos os locais    ( ) Não convive

Vitória, \_\_\_\_\_ 2004

Cremilda Maria de Mello Silva

Pesquisadora

APÊNDICE B – Termo de consentimento pós- informado para participação em projeto de pesquisa

**Concordo em participar do projeto de pesquisa abaixo discriminado, nos seguintes termos:**

Projeto:” **O Processo de Cessação de Fumar na Perspectiva de EX-fumantes**  
 Responsáveis: Profª Drª. Marluce Miguel Siqueira  
 Mestranda Enfª. Cremilda Maria de Mello Silva  
 Responsável pela coleta de dados: Mestranda Enfª. Cremilda Maria de Mello Silva  
 Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo – Programa de Pós- Graduação em Atenção a Saúde Coletiva

**Justificativa e objetivo da pesquisa:**  
 Considerando a alta morbi-mortalidade associada ao tabagismo e a dificuldade que as pessoas apresentam em parar de fumar, esta pesquisa tem como objetivo: compreender como os indivíduos vivenciam e elaboram o processo de cessar de fumar em seus contextos sociais.

**Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido:**  
 Será realizada entrevista individual utilizando como roteiro, um formulário com questões abertas, pertinentes ao objetivo deste estudo. A entrevista será gravada e as fitas destruídas após serem transcritas.

**Aspectos assegurados aos sujeitos que aceitarem participar da pesquisa:**  
 1- A garantia de sigilo que assegura a privacidade dos participantes e o caráter confidencial dos dados obtidos. Será assegurado, ainda, o anonimato dos participantes .  
 2- O direito de recusa de resposta a todo ou a algumas perguntas do formulário de entrevista para coleta dos dados deste estudo, bem como de recusa à gravação de algumas respostas;  
 3- A liberdade de contatos que se fizerem necessários para esclarecimentos por parte dos sujeitos da pesquisa com:  
 A pesquisadora do estudo:  
 Cremilda Maria de Mello Silva, telefones: (27) 3229-7300; (27) 9989-6253

**Com o Comitê que irá aprovar o projeto:**  
 Comitê de Ética em Pesquisa- CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE(CIAS) da Unimed Vitória: Av Leitão da Silva, 2311, Itararé – Vitória – ES, telefone (27) 3335-5000

**Benefícios esperados:**  
 Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos e publicações de artigos em periódicos, contribuindo para a ampliação do corpo de conhecimentos na área da Saúde Coletiva. Espera-se ainda que os resultados possam gerar subsídios para implementação de projetos e intervenções na abordagem e tratamento dos tabagistas.

**Observação:** O presente documento está de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, e a qualquer momento poderá ser desfeito a pedido do participante desta pesquisa

Identificação do participante:

Nome: \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

**Estando assim de acordo, assinam o presente termo de compromisso em duas vias.**

Vitória, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2004.

\_\_\_\_\_  
 Participante

\_\_\_\_\_  
 Mestranda Enfª. Cremilda Maria de Mello Silva



ANEXOS

## ANEXO A – Avaliação do grau de dependência à nicotina – teste de Fagerström

1 Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro? ( )

Dentro de 5 minutos = 3

Entre 6-30 minutos = 2

Entre 31-60 minutos = 1

Após 60 minutos = 0

1 Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, bibliotecas, ônibus, etc? ( )

Sim = 1

Não = 0

3 Qual o cigarro do dia traz mais satisfação? ( )

O primeiro da manhã = 1

Outros = 0

4 Quantos cigarros você fuma por dia? ( )

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 1

De 21 a 30 = 2

Mais de 31 = 3

5 Você fuma mais freqüentemente pela manhã? ( )

Sim = 1

Não = 0

6 Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? ( )

Sim = 1

Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência: ( )

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

Uma pontuação do grau de dependência acima de 6 indica que, provavelmente, o paciente manifestará síndrome de abstinência (sentirá desconforto) ao deixar de fumar.

## ANEXO B – Termo de aprovação do projeto de pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa – CIAS  
CENTRO INTEGRADO DE ATENÇÃO A SAÚDE  
Unimed Vitória

Vitória, 28 de Outubro de 2004

Ilmo(a) Sr(a) **Cremilda Maria de Melo Silva**

Nesta

Prezado(a) Senhor(a),

Comunicamos que as respostas às pendências ao Projeto de Pesquisa intitulado "**Cessação de fumar na perspectiva de ex-fumantes**", apontadas na reunião de **14 de Outubro último** foram apreciadas na presente data, sendo consideradas adequadas. Assim sendo, o referido projeto foi considerado

**APROVADO**

O referido projeto, e as respostas às pendências apontadas atendem aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Foram aprovados:

- Protocolo de Pesquisa, sem versão ou data indicados, com 20 páginas
- Anexo 1 – Termo de Consentimento Pós-Informado, conforme apresentado nas respostas às pendências
- Anexo 2 – Questionário de 3 páginas a ser aplicado

Para a apresentação do seu primeiro relatório sobre o andamento do seu projeto a esse CEP está prevista para 28 de abril de 2005.

Atenciosamente,

**Dr. Sérgio Ragi Eis**  
CRM 4608 - ES  
Coordenador Cep - CIAS  
**Dr. Sérgio Ragi Eis**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do CIAS  
CRM-ES 4608