

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E  
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS  
ICICT/FIOCRUZ**

**CLAUDIA TEREZA PINHEIRO**

**ANÁLISE DOS MANUAIS UTILIZADOS NO  
PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO**

Rio de Janeiro

2014

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E  
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS  
ICICT/FIOCRUZ

CLAUDIA TEREZA PINHEIRO

**ANÁLISE DOS MANUAIS UTILIZADOS NO  
PROGRAMA DE TRATAMENTO DO TABAGISMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Kelly Santos

Rio de Janeiro  
2014

Ficha catalográfica elaborada pela  
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

P654 Pinheiro, Claudia Tereza

Análise dos manuais utilizados no programa de tratamento do tabagismo / Claudia Tereza Pinheiro. – Rio de Janeiro, 2014.  
xii,70 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2014.  
Bibliografia: f. 63-72.

1. Comunicação e saúde. 2. Tabagismo. 3. Análise de materiais de comunicação. 4. INCA. I. Título.

CDD 362.10425

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho ao meu pai, minha referência de vida, pessoa que nunca poupou esforços para dar estudo aos seus filhos. Tenho certeza de que onde ele estiver, estará muito feliz e orgulhoso da filha caçula. Dedico também à minha mãe, grande amiga e incentivadora desde sempre.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos Ana, Julia e João, pela compreensão nos momentos de ausência e apoio incondicional;

À minha Orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Kelly Santos;

À Professora Inesita Araújo, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, por ocasião do início do meu mestrado, agradeço pelos conhecimentos transmitidos, pela generosidade sem limites e principalmente pelo apoio no final da minha jornada como mestrandia;

À minha Chefe no INCA, Valéria Cunha, pelo apoio incondicional, e aos colegas da Divisão, pelo incentivo;

À minha amiga/irmã Mariângela de todas as horas, sempre me incentivando;

À Ana Paula Baldazone, que nunca mediu esforços para me apoiar;

À Cristina Ruas, pela força para fazer o mestrado;

À Cristina Perez, grande amiga e companheira de trabalho, pelo apoio no meu mestrado;

Às grandes amigas Valkíria, Claudinha e Solange, pelo incentivo;

Às bibliotecárias Deise e Angelina pela grande ajuda nas pesquisas bibliográficas;

À Áurea Pitta, primeira pessoa a me incentivar a fazer o mestrado no Ict;

À minha turma de 2012, maravilhosa! Foi muito bom conviver com vocês;

Aos grandes amigos Wisley e Clarisse, pelo apoio no desenvolvimento deste estudo;

À minha querida Carol pelo apoio e ajuda no final do meu estudo;

À Condeixa, pelo apoio nas horas difíceis;

À Eliana Maria Teixeira Barreto, grande amiga que sempre aparece quando preciso;

Aos Membros da Banca Examinadora, pela colaboração desde a Qualificação;

E por fim, à Marisa Medeiros, pelo apoio, força e revisão do texto.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

Chico Xavier

## RESUMO

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde um problema de saúde pública, causando milhares de mortes em todo o mundo pelas doenças relacionadas ao tabaco. O tratamento do tabagismo no Brasil segue um protocolo instituído pelo Ministério da Saúde e executado pelo Instituto Nacional de Câncer, na rede do SUS – Sistema Único de Saúde. Fazem parte desse protocolo cinco manuais: quatro para os usuários e um para o profissional que coordena o tratamento. A pesquisa desta dissertação teve como objetivo analisar as narrativas do tabagismo presentes nestes manuais, que são utilizados como suporte comunicacional no tratamento do fumante, no SUS. Buscou-se também identificar qual o modelo comunicacional presente nos manuais e identificar a concepção sobre emissor e destinatário construída nos seus enunciados. Inicialmente foi realizada uma descrição dos manuais, seguida de uma análise de como são estruturadas as narrativas do tabagismo, as formas de enunciação do emissor e dos destinatários e a construção dos enunciados em relação ao que é dito, como é dito e como são construídas as relações entre si. O referencial teórico-metodológico baseou-se na Semiologia dos Discursos Sociais, valendo-se particularmente da teoria da enunciação de Émile Benveniste. O resultado do estudo aponta que o material analisado foi pautado por uma abordagem transferencial de comunicação, caracterizado pelo repasse de informações de um emissor para um receptor, esperando-se que este decodifique as mensagens recebidas. No caso dos manuais, a abordagem reforça a hegemonia do saber médico. Quanto ao tratamento do tabagismo, constatamos que a abordagem é cognitivo-comportamental, objetivando modelagem e mudança de comportamento. Finalizamos com a recomendação de que seja feito um estudo de recepção e apropriação desses manuais e uma avaliação dos mesmos com a participação dos usuários, dos coordenadores de saúde estaduais e municipais e dos profissionais capacitados para o tratamento do tabagismo no SUS, abrindo assim a possibilidade da elaboração de manuais mais aproximados da realidade dos pacientes e que possibilitem uma interlocução entre os envolvidos na sua produção e utilização.

Palavras chave: comunicação e saúde; tabagismo; análise de materiais de comunicação, INCA.

## **ABSTRACT**

Smoking is considered a public health issue by the Worldwide Health Organization, since it results in millions death by deceases tobacco-related around the world. Smoking treatment in Brazil follows a protocol instituted by the Health Ministry and executed by the National Cancer Institute, in the SUS (Health Only System) line. There are five manuals belonging to said protocol: four to patients and one for the Professional that manages the treatment. This dissertation search sought analyzing the smoking narratives present in those manuals, which are used as support for communication in the treatment of the smoker, in the SUS. Also, identifying the model of communication present in the manuals and identifying the concept about the emitter and remitter built in their enunciation was an objective. At first, a description of the manuals was made, followed by an analysis of how smoking narratives are structured, the forms of enunciation of the emitter and of the remitters and the construction of the enunciations in relation of what is being said, how it is said and how the relations are built. The theoretical-methodological reference was based in the Social Speaks Semiotics, using mainly the enunciation theory of Émile Benveniste as a model. The study result shows that the material analyzed was marked by a transferring approach of communication, characterized by the transfer of information of an emitter to a receptor, expecting that said receptor decode the messages received. In the case of the manuals, the approach reinforces the hegemony of the medical knowledge. As of the smoking treatment, we found that the approach is cognitive-behavioral, aiming modeling and change of behavior. We ended it with the recommendation that a study of the reception and appropriation of the manuals and a review of the same with the participation of the patients, of the state- and city-related health managers and of the capacitated professionals for smoking treatment in the SUS is done, this way having the possibility of the formulation of manuals closer to the patients reality and that have the possibility of an interlocution between the involved in the production and use.

Tags: communication and health; smoking; communication material analysis; INCA

## SUMÁRIO

<b>CAPITULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TABAGISMO .....</b>	<b>14</b>
1.1 TABACO: DIMENSÕES HISTÓRICAS E CULTURAIS .....	14
1.2 CARACTERIZAÇÃO DO TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	17
1.3 A COMUNICAÇÃO E SUA INTERFACE COM AS AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO.....	21
<b>CAPÍTULO II - POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO .....</b>	<b>28</b>
2.1 O CONTEXTO INTERNACIONAL: CONVENÇÃO QUADRO PARA CONTROLE DO TABAGISMO .....	28
2.2 O CONTEXTO LOCAL: COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO – CONICQ .....	29
2.3 PROGRAMA NACIONAL PARA O CONTROLE DO TABAGISMO.....	30
<b>CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>36</b>
3.1. APORTES TEÓRICOS DA COMUNICAÇÃO .....	37
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	43
<b>CAPÍTULO IV- MANUAIS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO: DISCURSOS E PROPÓSITOS .....</b>	<b>45</b>
4.1 MATERIAIS EDUCATIVOS NA CULTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	45
4.2 MANUAIS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO: FORMATO, FORMA, ENUNCIADOR-DESTINATÁRIO .....	46
4.3 AS NARRATIVAS SOBRE O TABAGISMO PRESENTES NOS MANUAIS .....	50
4.4 O MANUAL DO COORDENADOR .....	54
4.5 O MANUAL DOS PARTICIPANTES .....	58
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>71</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Revisão Sistemática: <i>hábito de fumar e comunicação em saúde</i> .....	22
<b>Quadro 2</b> – Revisão sistemática: <i>hábito de fumar; abandono do hábito de fumar; abandono do uso do tabaco; meios de comunicação; comunicação em saúde e meios de comunicação de massa</i> .....	23
<b>Quadro 3</b> – Síntese dos manuais do tratamento do tabagismo.....	51
<b>Figura 1</b> – Capas dos Manuais do Coordenador e Participantes, para tratamento do tabagismo .....	53
<b>Figura 2</b> – Página com o sumário do manual do tratamento do tabagismo:.....	56
<b>Figura 3</b> – Informações básicas .....	57
<b>Figura 4</b> – Os primeiros dias sem fumar .....	61
<b>Figura 5</b> – Planejando para não engordar .....	64
<b>Figura 6</b> – Vencer os obstáculos para permanecer sem cigarros.....	65
<b>Figura 7</b> – Manual número 4 do Participante .....	67

## LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNCT	Comissão Nacional para Controle do Uso do Tabaco
CONICQ	Comissão Nacional para Implantação da Convenção Quadro
COP	Conferência das Partes
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS/MS
DCT	Divisão de Controle do Tabagismo
DPF	Disque Pare de Fumar
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
<i>FCTC</i>	<i>Framework Convention on Tobacco Control</i>
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONI	Órgão de Negociação Intergovernamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCT	Pesquisa Nacional de Controle do Tabagismo
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição da Nicotina
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## INTRODUÇÃO

Os caminhos que me levaram a esta pesquisa no campo da Comunicação e Saúde, tiveram como marco inicial o trabalho exercido no Instituto Nacional de Câncer (INCA), onde sou servidora há 34 anos, atualmente desenvolvendo atividades na Divisão de Controle do Tabagismo (DCT), mais precisamente na área de tratamento dos fumantes.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) começou a desenvolver suas ações em 1989, ano em que foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), cujo resultado apresentou uma taxa de prevalência do tabagismo de 32,6% no Brasil. Cerca de vinte anos após a implementação das ações para o controle do tabaco, essa taxa atingiu o patamar de 17,5%, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008). Apesar desta redução, ainda há cerca de vinte e cinco milhões de tabagistas no Brasil, número bastante significativo que desafia talvez novas propostas não somente na área da saúde pública, mas também de outras áreas do conhecimento que permeiam este campo, com objetivo de reduzir ainda mais essa taxa de prevalência.

A DCT é a instância que norteia e executa as políticas no âmbito do tratamento e prevenção do tabagismo. A prevenção ocorre no ensino fundamental público, através do Programa Saber Saúde, com a inserção deste tema no currículo escolar. Além dessas duas áreas, a DCT também atuou efetivamente para a implantação do ambiente livre do cigarro que resultou, após um trâmite tumultuado no Congresso Nacional, na consolidação da Lei nº 12.546, cujo Artigo 49 proíbe o fumo em ambientes coletivos fechados.

Como citado anteriormente, atuo na DCT na área de tratamento do fumante, o que me mobilizou a fazer essa pesquisa que envolve os manuais utilizados como apoio no tratamento do fumante no Sistema Único de Saúde (SUS). Nas pesquisas bibliográficas realizadas previamente, não encontramos nenhum trabalho com enfoque nesses manuais ou em outros tipos de impressos utilizados pelo PNCT, sob o ponto de vista da comunicação.

Toda essa engrenagem que coloca em funcionamento as políticas relativas ao tabagismo, abarca o PNCT e também a Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro (CONICQ), que é a comissão responsável pela implementação da Convenção Quadro no Brasil. A Convenção Quadro foi o primeiro tratado de saúde pública mundial comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de controlar o tabagismo no mundo. Para a implantação desta Convenção no Brasil, houve uma associação de vários Ministérios como o da Agricultura e o da Fazenda, pois a questão perpassa tanto o plantio do tabaco, que

afeta a saúde do lavrador, como o aumento de impostos sobre os cigarros, como medida para diminuir o consumo dos mesmos.

O contato com as políticas de tratamento do tabagismo em curso atualmente, causou-me um sentimento ambivalente. De um lado, há um reconhecimento por essa política, uma vez que existe a oferta do Programa de Tratamento do Tabagismo nos serviços da Atenção Primária à Saúde, assim como na média e alta complexidade. De outro, o incômodo que julgo ser o norte para algumas reflexões acerca da comunicação neste Programa.

No cerne desta questão que desencadeou esta reflexão, existe o fumante, que representa um dos sujeitos do processo comunicativo. Ele tem seus valores, costumes e concepções relacionadas à vida em geral, mas, sobretudo, sobre o que é ser fumante e suas implicações nas relações cotidianas. Quando ele entra em contato com os locais credenciados para o tratamento do tabagismo com o objetivo de parar de fumar, é orientado a aderir a uma série de atividades estabelecidas pelo Programa. De um modo geral, estas orientações de cunho comportamental-cognitivas, partem de generalizações e apresentam um caráter impessoal. Essa lógica remete à ideia de um sujeito universal, isto é, como se as motivações e as rotinas relacionadas às práticas de fumar fossem absolutamente iguais para todos os usuários.

Essa ponderação foi gradativamente qualificada no decorrer do mestrado no Programa de Pós Graduação em Informação e Comunicação. A aproximação com o campo da Comunicação e Saúde possibilitou vislumbrar um horizonte de novas possibilidades de aprendizados e no redirecionamento do meu olhar visto que, de certa forma, compartilhava e pactuava com os discursos e as práticas advindas do modelo biomédico predominante nas intervenções em saúde. Nesse processo de re-construção, cito especialmente a necessidade de pensar criticamente as práticas comunicativas na área da saúde pública. Pude observar que a comunicação e a informação no campo da promoção de tratamento ao tabagismo, pautam-se no modelo informacional, favorecendo uma política de produção de informações e práticas transferenciais, isto é, orientadas pelo modelo emissor-mensagem-receptor na veiculação de mensagens e projetos (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Essa constatação, aliada ao interesse de melhor compreender o universo da comunicação e saúde que permeia as políticas existentes para o controle e prevenção do tabagismo, possibilitaram-me ampliar a reflexão sobre o processo comunicativo no Programa de Tratamento do Tabagismo na unidade onde atuo, principalmente em termos da ponderação a cerca de como são produzidos, circulados e apropriados os discursos sobre o tabagismo entre usuários e profissionais deste Programa.

Em decorrência da limitação do tempo disponível para a execução de uma pesquisa que investigasse as diferentes etapas do processo de produção-circulação-apropriação de sentidos sobre tabagismo, optou-se por delimitar o estudo nos aspectos da produção, como uma das possibilidades de aproximação do contexto das práticas comunicativas nesta área. Desse modo, a presente pesquisa dedica-se à análise dos manuais utilizados no tratamento do tabagismo. Cinco cartilhas compõem o *corpus* dessa análise, sendo uma destinada ao profissional responsável pela condução do tratamento, e quatro direcionadas para os usuários que buscam ou são encaminhados para as seções de cessação do tabagismo.

No presente estudo, considera-se que esse recorte escolhido ofereça subsídios para a problematização do processo de comunicação no Programa de Tratamento do Tabagismo, a partir da análise dos manuais destinados à orientação sobre as atividades previstas no tratamento. Parte-se da premissa de que o tabagismo é uma questão complexa, pois envolve diversos fatores como a dependência química, a construção social da prática de fumar e a sua relação como causa de doenças.

A partir do exposto, a presente investigação situa-se no campo da Comunicação e Saúde, na interface com a área do Tabagismo. Busca-se com esta pesquisa, analisar as narrativas do tabagismo presentes nos manuais utilizados como suporte comunicacional no tratamento do fumante no SUS. De modo mais específico pretende-se identificar qual o modelo comunicacional utilizado nos manuais e identificar a concepção sobre emissor e destinatário construída nos enunciados desses manuais.

Apresentaremos agora, o conteúdo desse estudo. O primeiro capítulo dedica-se na contextualização histórica do uso do tabaco para compreender como as dimensões sociais e culturais incorporaram a prática de fumar na sociedade, ao longo dos anos, e ressaltar que na atualidade, o tabagismo - uma classificação médico-sanitária que correlaciona o uso frequente do tabaco como um dos principais fatores de predisposição para doenças, dentre elas, o câncer, está sendo considerado um problema de Saúde Pública. Discorre-se, também, acerca da produção científica sobre tabagismo e comunicação, a partir da consulta nas bases de dados LILACS e portal da BVS, que permitiram encontrar artigos que abordam a comunicação e tratamento do tabagismo, formando um panorama do estado da arte relativo ao tema.

O segundo capítulo apresenta as políticas de controle do tabagismo nos contextos internacional e nacional, destacando como as ações de comunicação são propostas no âmbito das políticas existentes.

O terceiro capítulo dedica-se ao referencial teórico-metodológico adotado. Neste sentido, para uma melhor compreensão da interface da comunicação com o campo da saúde,

apresenta-se brevemente os modelos de comunicação vigentes nas práticas de saúde e alguns conceitos da Produção Social dos Sentidos, entre eles, polifonia e dialogismo (BAKHTIN,1999), contexto (PINTO, 1995; ARAÚJO, 2000) e dispositivo de enunciação (BENVENISTE, 2006), que subsidiaram a análise dos manuais do tratamento do tabagismo. Ainda nesse capítulo, apresentamos a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa.

O quarto capítulo foi dedicado à análise dos manuais de tratamento do tabagismo, descrevendo os conteúdos abordados, o modo como são apresentados, quem são os sujeitos representados e a imagem construída destes. A partir desses marcadores analíticos, reflete-se como alguns dos elementos que integram a política do tabagismo se materializam no contexto das práticas, tendo em vista que os manuais compõem uma das estratégias comunicativas vigentes no Programa de Tratamento do Tabagismo.

O último capítulo apresenta as conclusões, discorrendo-se a respeito dos principais resultados obtidos neste estudo e suas contribuições visando futuras pesquisas na área de comunicação e tabagismo.

## CAPITULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO TABAGISMO

### 1.1 TABACO: DIMENSÕES HISTÓRICAS E CULTURAIS

A origem e a disseminação do tabaco ocorreram no continente Americano. Os índios utilizavam o tabaco em seus rituais religiosos para alcançar o estágio de transe ao aspirá-lo. Eles acreditavam que, por meio desse processo, seus poderes mágicos se purificavam, protegiam e fortaleciam a índole guerreira das tribos (ROZEMBERG, 2003). Os indígenas da América Central se “intoxicavam” devido ao excesso de nicotina inalada. Acredita-se que esses índios utilizavam uma espécie mais forte da substância - a *nicotiana rústica*, porque assim entravam em um estado de torpor que gerava alterações no estado de consciência e desmaios. Ao acordarem, relatavam suas visões e o encontro com os deuses (BOEIRA, 2002). O uso do tabaco naquele contexto, era um mediador na comunicação entre os índios e as entidades espirituais, cumprindo a função simbólica relacionada à religiosidade.

Quando Cristóvão Colombo chegou pela primeira vez ao continente Americano, em 1492, já existiam plantações de tabaco. Nos séculos XV e XVI, com as grandes expedições portuguesas e espanholas, o tabaco era trocado por especiarias e levado para a Europa. O uso do tabaco teve, então, uma grande expansão por parte dos marinheiros que o fumavam em suas longas viagens e pelos nobres europeus. Estes últimos utilizavam o tabaco, inicialmente, como elemento terapêutico e, posteriormente, na forma de cachimbo, charuto e rapé. Desse modo, o tabaco foi difundido na Inglaterra, Holanda, Alemanha, Rússia, Ásia e África. No final do século XVI e por todo século XVII, o tabaco foi empregado como moeda para troca de escravos, continuando sua expansão pelo restante da Europa, Turquia, Índia, Filipinas e Japão (SILVA, 2002; JAQUES, 2011).

A crescente expansão do tabaco para a Ásia e o Oriente Médio foi possível graças à atuação das companhias de navegação holandesas. Dessa forma, o tabaco passou a ter um grande peso na balança comercial dos países exportadores (SILVA, 2002; JAQUES, 2011).

A nobreza européia consumia o tabaco na forma de fumo e medicamento. Jean Nicot<sup>1</sup>, embaixador francês em Portugal, utilizou o tabaco pela primeira vez para curar uma úlcera em sua perna. O êxito dessa prática foi disseminado entre os nobres, chegando até a rainha Catarina de Médicis, que utilizou o tabaco na forma de rapé para curar suas enxaquecas (ROZEMBERG, 2003).

---

<sup>1</sup> Em 1737, ao classificarem a planta do tabaco, estudiosos a nomearam *Nicotiana tabacum*, em homenagem a Nicot, o pioneiro no uso do tabaco na forma medicinal (ROZEMBERG, 2003).

Atribuía-se à planta propriedades analgésicas e antissépticas com diversas indicações, tais como untar a pele para acabar com piolhos e outros parasitas. Além disso, também era usado como colírio; mascado e no preparo de chás para dores em geral. Aponta-se ainda, sua utilização na forma líquida, para tratamento intestinal através de enemas<sup>2</sup> (MUSK, 2003). O uso medicamentoso do tabaco pela nobreza contribuiu para a sua popularização. Ao longo do tempo, as práticas curativas do tabaco caíram em desuso, prevalecendo apenas seu consumo na forma de cigarro e charuto, pelos nobres, e cachimbo e rapé, pelos plebeus.

No século XVIII, na Inglaterra, França e Espanha, o amplo consumo do fumo despertou o interesse econômico destes países na produção de charutos e cigarros. Isto teve como consequência um grande impacto na política econômica europeia. O tabaco transformou-se na maior fonte de renda para os cofres públicos daqueles países, gerando uma grande disputa entre eles para obter o monopólio da produção e comercialização desse produto. Na França, o primeiro ministro Richilieu, quando assumiu o cargo, encontrou os cofres públicos zerados, mas recuperou a economia do país controlando a importação do tabaco e utilizando uma alta tributação sobre o mesmo. Naquele contexto de crise, a ampla produção e comercialização de charutos impulsionou a economia francesa (ROZEMBERG, 2002).

Segundo Rosemberg (2003), historicamente, ao longo das práticas de consumo, o tabaco apresentou uma forte expressão na cultura artística em diversas áreas. Na dança, o Balé do Tabaco, na corte de Savoia, em 1650. No teatro, a peça Don Juan de Moliere, em 1665, cujo primeiro ato apresenta uma poesia sobre o tabaco. Analogamente na música, a menção ao tabaco aparece na cantata Die Tabakpfeifer, de Bach, em 1720, nas óperas Carmen de Bizet e Secreto, de Suzana de Wolf Ferrari. Além da música, o tabaco teve o seu destaque entre poetas como Beaudelaire, Fernando Pessoa e Augusto dos Anjos. Na literatura, autores como Tchekov, Thomas Mann, Ítalo Svevo, Dom Franke e Graciliano Ramos, o tabaco e suas diferentes formas de uso integraram a vida de seus personagens (ROZEMBERG, 2003).

Nos romances policiais, Sherlock Holmes, de Conan Doyle e Maigret de Simenon, exibem o cachimbo em suas bocas. No cinema, inúmeros filmes são exemplos da exposição do cigarro, a exemplo de Casablanca e Tobacco Road. Charles Chaplin, com seu personagem Carlitos, associou o charuto à prepotência de patrões, policiais e poderosos de maneira geral. Na pintura, o tabaco também é mostrado em telas de George Latour, Renoir, Cézanne, Manet, Monet, Van Gogh, Picasso e muitos outros. Outro destaque do tabaco nas artes se refere-se à

---

<sup>2</sup> KOOGAN, A. Administração de medicamento ou alimento via retal. In: Koogan/Houaiss. Enciclopédia e Dicionário Ilustrado. Rio de Janeiro: Delta, 1997. p 580.

escultura, que pode ser visto nas colunas esculpidas com flores e folhas de tabaco no Capitólio de Washington (ROZEMBERG, 2003).

No campo da filosofia, Kant, em sua obra *Anthropologie*, problematiza sobre a excitação das percepções através do tabaco. O existencialista Sartre, em sua obra *L'etre et le neant*, fala sobre o cigarro como símbolo da apropriação destrutiva (ROZEMBERG, 2003).

No Brasil, o tabaco aparece no brasão das Armas da República, que foram copiadas das Armas do Império, em que a estrela central repousa sobre uma coroa formada por um ramo de café frutificado, de um lado, e um ramo florido de tabaco, de outro. Em muitos países, o tabaco é motivo nos selos dos correios (ROSEMBERG, 2003).

No século XIX, o charuto passa a ter uma conotação de elevado *status* social, sendo fumado pelos ricos, enquanto os pobres usavam o tabaco através da inalação de rapé. O cigarro manufaturado surge no século XX, ganhando adeptos na Espanha e na França. Entretanto, foi nos Estados Unidos o grande apogeu do cigarro com o advento de uma máquina que produzia 200 unidades por minuto, e daí em diante a produção aumentou expressivamente. Para melhor caracterizar o poder econômico do tabaco, antes deste invento, as carteiras de cigarro eram vendidas a dez centavos de dólar, enquanto que com a produção em larga escala, o valor da carteira caiu para cinco centavos. Com isso, a produção aumentou de 9 para 30 milhões de cigarros por ano, indicando a importância decisiva da industrialização no aumento do consumo de tabaco (BOEIRA, 2002).

A expansão do cigarro nos períodos da industrialização e da Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), está associada a fatores econômicos e culturais. De um lado, a facilidade de ser transportado a um menor preço, em relação ao cachimbo e ao charuto. De outro, associava-se o cigarro ao heroísmo dos soldados durante o conflito armado (ROSEMBERG, 2003). Registra-se que na Primeira Guerra Mundial, os soldados norte-americanos consumiram demasiadamente o cigarro que, devido às propriedades químicas liberadas no ato do fumo, possibilitavam uma sensação de prazer ao diminuir a ansiedade e o tédio, ao mesmo tempo em que estimulava a vigília, promovendo a sensação de segurança para tomada de decisão e prontidão necessárias ao enfrentamento dos superiores. O simbolismo relacionado ao consumo do cigarro foi construído por meio da vinculação da imagem do soldado fumante ao civismo, a democracia e, principalmente, ao heroísmo (JAQUES, 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), o cigarro passa a ser glamourizado pelo cinema de Hollywood, associado à beleza e ao charme. A apropriação destes atributos pela indústria do tabaco, possibilitou ampliar o consumo do cigarro pelo público feminino (JAQUES, 2011). O investimento neste segmento deve-se também a razões socioculturais,

tendo em vista que a prática de fumar, pelas mulheres, não era aceita por motivos religiosos, e também por serem elas menos abastadas financeiramente do que os homens (AMOS, 1996).

Várias estratégias de *marketing* foram desenvolvidas para alcançar este segmento da população como, por exemplo, a promoção de marcas de cigarro através de anúncios com imagens e mensagens que vinculavam o ato de fumar como sendo fascinante, sofisticado, romântico, sexy, saudável, alegre, relaxante, liberado e rebelde. Somando-se a isso, foram lançadas marcas como o *Charm*, *Virgínia Slims*, *Eve* e *Kim*, destinadas especificamente a mulheres, com enunciados e representações próprias do cotidiano feminino (AMOS, 1996). (ANEXO A).

Outra iniciativa da indústria do tabaco foi a veiculação de anúncios publicitários em revistas femininas. O investimento nessa estratégia de *marketing* objetivava atingir um maior número de mulheres e, ao mesmo tempo, em alguma medida, impedir a circulação de matérias que fossem contrárias ao consumo do produto como, por exemplo, textos que explicitassem os efeitos e riscos do cigarro para a saúde (AMOS, 1996).

O público jovem também representava outro segmento que interessava ao *marketing* da indústria do tabaco. Segundo Moutinho (2008), a produção de filmes com cenas de atores fumando, foi a estratégia adotada para mobilizar a identificação dos adolescentes com o personagem e estimular a admiração pelos temas explorados nos anúncios. Para essa autora, este tipo de propaganda favoreceu a iniciação ao tabagismo entre os adolescentes nos Estados Unidos da América (EUA).

Mediante o exposto, considera-se que os usos do tabaco, historicamente, modificaram e ganharam novos contornos. Nesse processo, fica evidente a relevância das estratégias de *marketing* que durante anos associaram o cigarro à beleza, à liberdade e ao sucesso, despertando nos diversos segmentos sociais o desejo por essas características (CAVALCANTE, 2005).

## 1.2 CARACTERIZAÇÃO DO TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O fumo de tabaco e seus derivados (cigarro, cachimbo, charuto) leva ao tabagismo - uma doença crônica, que integra a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), desde 1993. O tabagismo está inserido no grupo dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O tabagismo, segundo a classificação médica, é causado pela dependência da nicotina em que os processos farmacológicos e comportamentais são similares aos que determinam a dependência de drogas, como heroína ou cocaína, ocasionando prazer, aumento da vigilância, energia e motivação (ROZEMBERG, 2003). A

nicotina chega ao cérebro humano poucos segundos após a fumaça ser tragada, ligando-se a receptores nicotínicos que se multiplicam e aumentam o grau de dependência (OPAS, 2004). Além da nicotina, os usuários de tabaco também são expostos a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, dentre as quais 60 são comprovadamente cancerígenas (INCA, 2002).

No cenário internacional e nacional, o tabagismo é considerado um grave problema de saúde pública por estar relacionado como causa de doenças, tais como cardiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica e diversos tipos de câncer. O consumo do tabaco apresenta uma alta morbimortalidade: 85% de mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica; seguido de 45% por doença coronariana, 30% de mortes por câncer (entre elas 90% causadas por câncer de pulmão, o que indica a forte correlação deste tipo de câncer com o consumo de cigarros); e no último grupo, as doenças cerebrovasculares, com 25% de óbitos (CAVALCANTE, 2001; INCA, 2003).

Segundo estudo realizado por Lopez (1994), a epidemia mundial do tabagismo é constituída por quatro fases ou estágios. No primeiro estágio, inicia-se a epidemia em uma população, com prevalência em torno de 15% no grupo masculino, e no feminino, entre 5 e 10%. Este período dura cerca de uma a duas décadas, e o número de casos de câncer de pulmão equivale ao de populações de não fumantes. Nesta fase, estão incluídos os países da África Subsaariana. O segundo estágio tem um período de duração entre duas e três décadas. Há um aumento significativo da prevalência entre os homens, atingindo um ápice de 50 a 80% da população masculina. Dentre as mulheres, embora haja também um crescimento rápido do tabagismo, a taxa de prevalência é menor. Nesta fase dois, o percentual de mortes por tabagismo entre os homens é em torno de 10% e, geograficamente, situa-se na China, Japão, Sudeste da Ásia e Norte da África. No terceiro estágio começa a haver um declínio, após atingir a prevalência de 60% por um longo período, diminuindo para 40% no final deste estágio, podendo ter uma duração de três décadas. A taxa de mortalidade atribuída ao tabagismo tem um grande aumento, passando de 10% e chegando ao patamar de 25 a 30%. Este estágio inclui a Europa Oriental e Meridional e a América Latina. No quarto e último estágio apresentado por Lopez (1994), o declínio da prevalência continua em ambos os sexos, após 20 a 40 anos com a prevalência atingindo o seu ápice, tendo depois um declínio de 10 a 15%, ficando em torno de 30% no grupo feminino, e no masculino, em torno de 33 a 35%. No início deste período, a taxa de mortalidade atinge 30% e declina progressivamente (LOPEZ, 1994).

O Brasil não se configurou no estágio três em que, segundo Lopez (1994), a América

Latina se encontrava, pois a prevalência em nosso país nunca atingiu a marca de 60%, chegando ao máximo de 45%, provavelmente pelo conhecimento dos malefícios do tabagismo presente nos países desenvolvidos, com campanhas antitabágicas que influenciaram o início das mesmas precocemente em nosso país (MENEZES, 2007).

Em 2005, foi publicado o resultado de um estudo multicêntrico denominado Projeto Platino, realizado em cinco grandes cidades da América Latina com adultos acima de 40 anos, mostrando que em São Paulo e sua área metropolitana, o início do tabagismo para o sexo masculino foi mais precoce dentre aqueles nascidos no período de 1930 a 1939, comparado aos que nasceram entre 1940 e 1949. Já entre as mulheres, aconteceu o oposto: as nascidas na década de 30, começaram a fumar em torno dos 30 anos; e as nascidas após o ano de 1960, a média de idade para o início foi de 16 anos, o que coincide com a ocasião do *glamour hollywoodiano* em que a propaganda do cigarro investia no público feminino. O Projeto Platino mostrou também que a prevalência no grupo masculino foi maior que no feminino, em todas as faixas etárias estudadas, ou seja: 40/49, 50/59 e acima de 60 anos, e que a prevalência diminuiu em ambos os grupos, conforme a idade foi aumentando (VIEGAS, 2007).

Cabe ainda ressaltar outro estudo de cunho prospectivo de coorte, realizado em Pelotas (RS), em que todas as crianças nascidas no ano de 1982 foram monitoradas e entrevistadas com 15, 18 e 23 anos, e que teve como resultado maior prevalência (27,5%) no grupo feminino na faixa etária dos 15 aos 19 anos, contra 20,2% no grupo dos meninos. Essa pesquisa mostrou que a prevalência é maior no grupo das meninas por quase todo o período de acompanhamento, exceto na faixa etária dos 18 aos 23 anos, em que o grupo masculino teve prevalência de 27,6% contra 23,6% no grupo feminino. Outro achado importante desse estudo, do ponto de vista da elaboração de políticas públicas para o controle do tabagismo, foi a maior prevalência de jovens fumantes cujas mães fumaram durante a gestação, sugerindo que pode haver um aumento dos receptores nicotínicos devido à exposição da nicotina dentro do útero (MENEZES, 2008).

Segundo a OMS, ocorrem 5 milhões de mortes por ano decorrentes da toxicidade do tabaco. A Organização prevê que até 2020, 8,4 milhões de pessoas morrerão anualmente devido a essa doença, e destaca ainda que a incidência maior de casos é na população em idade produtiva. No Brasil, ocorrem cerca de 200 mil mortes por ano em consequência do tabagismo (INCA, 2003; BARROS, 2011).

Estudo realizado por Pinto (2010) sobre os custos para o SUS de doenças tabaco-relacionadas evidenciou que em 2005 o SUS gastou R\$ 338.692.516,02; ou seja, 27,6% do total de seus custos. Esse estudo dividiu as doenças relacionadas ao tabaco em três grupos: câncer, aparelho circulatório e aparelho respiratório. Naquele ano, num total de 914.105 internações,

282.549 ou 27% foram atribuídas às doenças relacionadas ao tabagismo, perfazendo um total de: 41,2% das doenças do aparelho respiratório, 36,3% das neoplasias e 20,2% das doenças do aparelho circulatório (PINTO, 2010).

O tabagismo também é considerado uma doença pediátrica, de acordo com a OMS. Conforme Relatório do Banco Mundial, diariamente 100 mil jovens começam a fumar no mundo, sendo a idade média de iniciação de 15 anos. Desses iniciantes, 70% tornam-se dependentes do tabaco (INCA, 2004). Neste contingente de adolescentes que iniciam na prática de fumar, 80% são oriundos dos países em desenvolvimento. Este dado relaciona-se com a mudança do foco da indústria do tabaco após enfrentarem dificuldades nos países desenvolvidos, que implantaram políticas restritivas em relação ao consumo e comércio aos seus produtos (FILHO, 2010).

No Brasil, a taxa de prevalência do tabagismo vem diminuindo consideravelmente nas últimas duas décadas. Em 1989, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), a taxa era de 32,6%. Em 2008, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, indicaram uma queda para 17,5%, da prevalência de tabagismo na população. O inquérito de 2008, citado acima, mostra que a prevalência maior de fumantes ocorre na região Sul, 19%, e as menores taxas estão nas regiões Centro-Oeste e Sudeste (FILHO, 2010, COSTA, 2012).

Segundo Iglesias (2008), o tabagismo tem maior ocorrência entre a população com menor escolaridade. A prevalência é de 1,5 a 2 vezes maior neste grupo, se comparado com a população de escolaridade maior. Estudo sobre o tabagismo no Brasil em relação às desigualdades regionais, também aponta para a maior prevalência na camada social mais pobre (BARROS, 2011). No estudo realizado por Filho (2009) em todos os municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes, cujo foco foi investigar a prevalência do cigarro na população entre 12 e 65 anos, ficou demonstrado que 41,1% da população entrevistada havia experimentado tabaco pelo menos uma vez na vida. Da amostra entrevistada, cerca de 20% usaram cigarro manufaturado no último ano, especificamente, no último mês, e 17,4% consumiam o cigarro diariamente; destes, 24% estavam na faixa etária de 35 anos ou mais.

Segundo o Relatório do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico<sup>3</sup> (VIGITEL), em 2010, a prevalência do tabagismo foi maior entre os homens do que entre as mulheres (17,9% e 12,7%, respectivamente). Nota-se, contudo, um crescente aumento no número de casos de tabagismo entre as mulheres com

---

<sup>3</sup> O VIGITEL integra as ações da Secretaria de Vigilância em Saúde nas três esferas do SUS, sendo realizado anualmente em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal.

até 54 anos. Além disso, a taxa de cessação entre os homens é de 26%, enquanto entre as mulheres é de 18,6%.

A análise da mortalidade por câncer de pulmão feita pelo INCA quando da realização das Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil, em 2003, demonstrou o aumento da doença entre as mulheres, sendo menor apenas em comparação com a taxa de câncer de mama (INCA, 2003). O aumento de câncer de pulmão na população feminina pode estar correlacionado ao crescente consumo de cigarros pelas mulheres, especialmente na década de 60 (INCA, 2003; CAVALCANTE, 2005).

### 1.3 A COMUNICAÇÃO E SUA INTERFACE COM AS AÇÕES DE CONTROLE DO TABAGISMO

O tabagismo é a dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco. Atualmente, é considerada uma doença gerada pela dependência da nicotina, que expõe seus consumidores a cerca de 4.700 substâncias tóxicas. Esse conjunto de substâncias aumenta a condição viciante da droga pelos seus usuários, por isso, deixar de fumar não é uma tarefa fácil (ROSEMBERG, 2003).

Foi previsto, para meados do século XXI, que a epidemia tabágica contribuirá para o maior quantitativo de mortes, vitimando mais que tuberculose, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios, suicídios, drogas ilegais e alcoolismo somados (MOKDAD, 2004; CDC, 2008). Após o advento das políticas para o controle do tabagismo, a prevalência da taxa de fumantes teve uma redução significativa de quase 50%; mesmo assim, resta cerca de 25 milhões de fumantes no Brasil, número expressivo que aponta para a necessidade de medidas para a redução deste panorama (INCA, 2011).

No sentido de conhecer e sistematizar a produção científica sobre essa temática realizou-se uma pesquisa bibliográfica em diferentes bases de dados. Essa busca permitiu identificar a existência de estudos a respeito das práticas comunicativas no contexto do tratamento do tabagismo.

Em uma primeira etapa da busca bibliográfica, realizada no mês de abril de 2013, no Portal de Pesquisa da BVS, utilizando os descritores *hábito de fumar* e *comunicação em saúde*, foram encontrados 354 artigos, dentre os quais 20 foram selecionados. O critério para a seleção baseou-se na leitura dos títulos e dos resumos a fim de identificar quais artigos tinham uma abordagem relacionada ao tema. Dos estudos selecionados, 80% são internacionais (Quadro 1).

**Quadro 1** – Revisão Sistemática: *hábito de fumar e comunicação em saúde*

Busca Inicial: 354 artigos

Total Selecionado: 20 artigos

<b>Qtd de artigos</b>	<b>Autores (ano)</b>	<b>Temática Geral</b>
2	MITCHELL et al (2008) COWELL (2009)	Influência da mídia para alterar atitudes, crenças e comportamentos de adolescentes frente ao tabagismo
1	(LEE, 2010)	Avaliação das dimensões éticas dos anúncios antitabagistas oriundos da comunicação em Saúde Pública
2	COWLING, (2010) DUNLOP(2012)	Lembrança pela população, das mensagens antitabagistas na mídia e qual a influência na prevalência do tabagismo
1	SZKLO (2008)	Frequência do tabaco na mídia em matérias jornalísticas
2	SZKLO et al (2009) LACERDA (2010)	Estratégias de recrutamento de fumantes
5	BLAKE (2010) MULLIN (2011) WAKEFIELD (2011) VALLONE (2011) DURKIN (2012)	Identificar se houve diminuição da prevalência do tabagismo mediante campanhas antitabagistas
2	PIERCE (2012) WILSON (2012)	Ação das políticas de controle de tabagismo frente ao comportamento de fumar
1	BERLIVET (2008)	Crença em mudanças de comportamentos através dos meios de comunicação e os problemas de campanhas sanitárias na França, nas décadas de 70 e 80
1	SPINK (2009)	Relação entre tabagismo e problema na saúde pública e a confluência de interesses políticos e a legitimação científica
1	VELICER (2006)	Avaliação de fatores de riscos para a saúde e a relação da comunicação em mudanças de comportamento
1	IBRAHIM (2006)	Os litígios com a indústria do tabaco e como esta se aproveita disso para minar as campanhas antitabagistas
1	HERSEY (2005)	Inquérito telefônico e taxas de tabagismo, versus campanha contra a indústria tabageira.

Posteriormente, no mês de maio de 2013, outra pesquisa realizada na base de dados LILACS utilizando os descritores: *hábito de fumar; abandono do hábito de fumar; abandono do uso do tabaco; campanhas para controle do tabagismo; transtorno por uso de tabaco; publicidade de produtos derivados do tabaco; comunicação; meios de comunicação; comunicação em saúde e meios de comunicação de massa* foram localizados 24 artigos, relacionados no Quadro 2.

**Quadro 2** – Revisão sistemática: *hábito de fumar; abandono do hábito de fumar; abandono do uso do tabaco; meios de comunicação; comunicação em saúde e meios de comunicação de massa.*

**Total selecionado:** 24 artigos

<b>Qtd de estudos</b>	<b>Autores (ano)</b>	<b>Temática Geral</b>
6	HAMMOND (2012), REINALDO (2012), SOUSA (2011), RUAS (2012), SILVA (2011), BRASIL (2009)	Advertências sanitárias nas embalagens dos produtos derivados do tabaco.
2	MACHADO (2010), IVANOVIC (1997)	Fatores determinantes da iniciação do tabagismo em adolescentes
3	SZKLO (2010), SZKLO (2009), SZKLO (2008), JOVES (1998)	Estratégias de comunicação para a prevenção e o controle do tabagismo
1	ALDEY (2010)	Avaliação da campanha dos ambientes livres do fumo em São Paulo
2	LACERDA (2010), BRASIL (2004)	Tabagismo na mídia
4	OPAS (2004), BEJERANO (1995), OCHOA (1989)	Estratégias e políticas de controle do tabagismo
1	LANE (2012)	Papel da Advocacy nos meios de comunicação em campanhas antitabagista
2	LAGUNO (2008), SANSORES (2002)	Tabagismo nos meios de comunicação
1	NAVARRO (2005)	Fatores associados ao consumo de cigarro na Colômbia
1	GONZALES (1994)	Frequência de textos e imagens relacionadas ao tabagismo, café e álcool
1	SANSORES (2002)	Impacto dos meios de comunicação em campanhas antitabagistas

No que tange à pesquisa em material impresso, foram encontrados estudos sobre as advertências sanitárias existentes nas embalagens dos produtos derivados do tabaco. Dentre esses trabalhos, interessante observar que a maioria foi realizada no Brasil: duas dissertações de mestrado e dois artigos. Apenas um artigo internacional, publicado no México. Os artigos brasileiros apresentam uma avaliação das advertências sanitárias. Nestes estudos, verificou-se que as referidas advertências não tiveram impacto sobre os adolescentes tampouco sobre os estudantes da área de saúde com relação ao hábito de fumar (REINALDO, 2012 e SOUZA,

2011). O artigo mexicano apresenta um resumo das políticas de regulação das advertências sanitárias nos países que aderiram a esta recomendação da Convenção Quadro, falando sobre as características das mesmas: tamanho, imagem, tema, textos, frequência com que são substituídas, etc (HAMMOND, 2012).

As dissertações brasileiras abordam as advertências de maneiras diferentes. Uma, aborda as narrativas de risco nas imagens das advertências sob o prisma da governamentalidade de Foucault. De maneira resumida, o estudo sinaliza que as estratégias antitabagistas funcionam como antídotos, nos quais, o fumante é ao mesmo tempo vítima da indústria do tabaco e ameaça ao seu entorno (SILVA, 2011). A outra dissertação apresenta um estudo de caso sobre as advertências, em que se analisou a produção e circulação das imagens desde o seu início no Brasil e as transformações que ocorreram nos últimos anos, baseado na teoria dos discursos sociais (RUAS, 2012).

Mesmo não encontrando trabalhos específicos sobre os manuais do tratamento do tabagismo, os artigos selecionados apresentam pontos em comum com o nosso estudo. Alguns falam de recursos comunicacionais objetivando a diminuição do tabagismo, outros sobre estratégias para despertar nos fumantes o interesse pela cessação.

Os pesquisadores Cowell (2009) e Vallone (2011) avaliaram campanhas para cessação de fumar nos EUA, em que selecionaram fumantes de um determinado estrato social (negros e hispânicos), para avaliar aspectos cognitivos relativos à cessação de fumar. De maneira geral, nos EUA, os negros e hispânicos pertencem a classes menos favorecidas, com maior prevalência de tabagismo e conseqüentemente uma carga maior de doenças e mortes decorrentes do mesmo. Nessa pesquisa, houve um acompanhamento por seis meses dos fumantes citados anteriormente. Sugerem que a campanha favoreceu o aumento da cessação relacionada à cognição dos hispânicos e negros com baixa escolaridade.

Esse aspecto cognitivo-comportamental é a base do tratamento do tabagismo no Brasil, pois faz parte do protocolo Consenso para Abordagem e Tratamento do Fumante (BRASIL, 2001). Em comum também com as pesquisas nacionais é o aspecto da maior prevalência de fumantes nas classes menos favorecidas e com menor escolaridade, como já citado no primeiro capítulo dessa dissertação.

Na Austrália, país que apresenta também fortes políticas de controle do tabagismo, foi realizado um estudo sobre o efeito de uma campanha televisiva que enfatizava os danos causados pelo tabagismo e sua influência na cessação do mesmo. A avaliação realizada abrangeu a exposição ao controle do tabagismo e a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), relacionando o efeito *mass media* nos doze meses anteriores a um estudo de *coorte* com mais

de tres mil fumantes no período entre 2002 a 2008. Concluíram que a exposição à publicidade nos tres meses anteriores ao acompanhamento, favoreceu a tentativa de cessação do tabagismo de uma maneira mais eficaz do que num tempo mais distante ao começo da avaliação (WAKEFIELD, 2011). O trabalho brasileiro de pesquisa realizado por Szklo em 2009, embora as pesquisas tenham sido realizadas com metodologias diferentes, está em consonância com o enfoque de desgaste das mensagens expostas por um período longo.

Seguindo essa linha de estudo para avaliação do efeito de mensagens de *mass media*, Mullin (2011), apresenta o resultado positivo de campanhas de mídia em relação a mudança de conhecimentos, atitudes e comportamentos ligados ao tabagismo em países em desenvolvimento desde que haja continuidade dessas campanhas. A pesquisa em questão apresenta três estudos de caso de *mass media* realizados em países com alta prevalência de tabagismo: China, Índia e Rússia. O resultado mostra que houve confiança e captação das mensagens por parte da população, sugerindo que os governos de países de baixa e média renda, devam investir nessas estratégias como parte de um programa de controle do tabagismo.

Reforçando ainda o impacto positivo das campanhas na mídia para promoção da cessação do tabagismo, foram encontrados mais dois artigos: 1- *Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review*, estudo também australiano, em que fizeram uma revisão bibliográfica de base populacional relacionada aos efeitos de campanhas de mídia comparando os tipos de mensagens (DURKIN, 2012) e 2- (WILSON, 2012) estudo feito nos EUA *Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review*, também baseado em uma revisão bibliográfica, em que os autores encontraram evidências de impacto positivo das campanhas de mídia em relação à cessação e à iniciação do tabagismo. Ressaltam nesta publicação que os adultos são mais propensos à aceitação de mensagens que abordam as consequências do tabagismo para a saúde. Com relação aos jovens, o estudo apontou que os mesmos se mostram mais sensíveis nas mensagens que abordam a manipulação da indústria do tabaco. Concluíram que as campanhas de mídia são eficazes na redução da prevalência do tabagismo, principalmente quando associadas a outros programas de controle do tabagismo.

Em 2008, também na Austrália, Mitchell (2008), avaliou por um período de seis anos o efeito de mensagens direcionadas aos adolescentes. Este grupo que apresenta como característica uma tendência em se tornar dependente por insistir na iniciação ao fumo, ao experimentá-lo muitas vezes. As mensagens direcionadas aos adolescentes focavam em uma melhor compreensão dos preditores relacionados ao comportamento do fumante como atitudes e crenças. O estudo sugere que as mensagens direcionadas aos adolescentes como mais espertos

do que as estratégias de comunicação e mídia da indústria produtora de cigarros, são passíveis de um resultado positivo.

Outro estudo interessante sobre efeitos da comunicação sobre comportamentos de fumantes foi realizado na Austrália por Dunlop em 2011. Esse estudo mostrou o acompanhamento de fumantes e ex-fumantes recentes através de inquérito telefônico, após terem contato com notícias sobre o tabagismo. A pesquisa avaliou o grau de recordação dessas pessoas em relação a essas notícias e a associação das notícias com a questão cognitiva comportamental. Esse estudo mostrou que os indivíduos fumantes que receberam um grande aporte de notícias relacionadas ao tabaco, ficaram convencidos dos malefícios do cigarro e demonstraram intenção em pararem de fumar.

Um estudo brasileiro muito interessante também foi encontrado na pesquisa relacionada ao tema. Neste, se avaliou estratégias comunicacionais para recrutar fumantes para contactarem um serviço telefônico de aconselhamento para cessar o tabagismo. Foram usados dois tipos de estratégias: uma que ressaltava os efeitos nocivos do cigarro e outra mostrando os benefícios em parar de fumar, (fumar perde o fôlego/ parar de fumar ganha fôlego). Os dizeres foram colocados em duas estações do metrô, uma para mensagem positiva e a outra para mensagem negativa. De uma maneira geral, entre os fumantes leves, que foi uma das classificações adotadas pelo autor, a procura no serviço de aconselhamento telefônico foi maior para a mensagem de conteúdo positivo (SZKLO, 2010).

Através dos artigos acima mencionados, observa-se que a relação entre comunicação e tabagismo é objeto de diversos estudos acadêmicos. Podemos constatar que as mensagens direcionadas aos tabagistas e futuros tabagistas mostraram resultados positivos desde que haja continuidade das mesmas, seja via televisão, *baners*, inquérito telefônico ou campanhas de mídia, para prevenção e/ou diminuição da prevalência do tabagismo.

Em contrapartida, encontramos um artigo de 2008 em que há um relato histórico de problemas decorrentes de campanhas sanitárias realizadas em grande escala na França entre meados da década de 1970 e meados da década de 1980. Segundo o autor, nessa época havia um grande fascínio pela suposta influência dos meios de comunicação de massa sobre o comportamento humano. O ministério da saúde francês, em 1975, decidiu regulamentar o uso do tabaco em locais públicos e controlar a publicidade sobre os produtos derivados do tabaco. Houve então a promulgação de uma lei que mesclava uma abordagem mais repressiva com uma linha educativa. Após a promulgação da lei, seguiu-se uma campanha de mídia maciça com o objetivo de informar a população sobre os riscos gerados pelo consumo de tabaco. Os veículos utilizados foram dois canais estatais de televisão e todas as estações de rádio (estatais e

privadas). O formato da campanha era parecido com a publicidade de empresas comerciais. Nesta ocasião, o investimento no orçamento da saúde foi alto para que os profissionais de educação em saúde pudessem atuar de maneira que convencesse os franceses a adotarem um “estilo de vida mais saudável”. Era o lema da “modernidade” adotado pelo governo daquele país. A avaliação pós-campanha, apontava para um resultado positivo, de aceitação por parte da população, embora com limitações quanto à duração do impacto da campanha na memória das pessoas. Mas essa tentativa de “modernização” na saúde pública recebeu muitas críticas, principalmente por que a alocação dos recursos financeiros foi direcionada para as campanhas de mídia deixando descoberto o “trabalho de campo”, como as intervenções nas escolas, nos locais de trabalho e em vários outros ambientes comunitários (BERLIVET, 2008). Ou seja, esse trabalho coaduna com os citados anteriormente, em que apontam para um desgaste das publicações de mensagens antitabagistas quando essas são expostas por muito tempo, além de sugerir também a importância da intervenção social nas comunidades que se objetiva atuar.

Apesar da seleção de artigos relacionados à temática da comunicação e tabagismo apresentar pesquisas interessantes, não se localizou nenhum trabalho que analisasse os manuais utilizados no tratamento do tabagismo no Brasil ou em outro país e nem mesmo de outros impressos como cartazes e *folders*.

A partir dos achados identificados na busca bibliográfica, verifica-se a relevância de pesquisas que investiguem as inter-relações entre a comunicação e o tabagismo. Contudo, no que tange à temática desta pesquisa, relativa à comunicação nos programas de tratamento do tabagismo, em especial, na análise de manuais destinados ao Programa de Tratamento do Tabagismo do Brasil, não foi identificado nenhum estudo específico sobre o tema. Chama atenção também, o fato de a maioria dos estudos mencionados anteriormente se referir ao contexto internacional, o que indica a necessidade do investimento de pesquisas no âmbito nacional.

## CAPÍTULO II - POLÍTICAS DE CONTROLE DO TABAGISMO

### 2.1 O CONTEXTO INTERNACIONAL: CONVENÇÃO QUADRO PARA CONTROLE DO TABAGISMO

A OMS reconhece o tabagismo como um problema mundial de saúde pública, propondo como política de enfrentamento a elaboração de um Tratado que integra um conjunto de ações contra produtos derivados do tabaco. Este Tratado denomina-se *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) - Convenção Quadro para o Controle do Tabaco. A elaboração desta política iniciou-se na 52ª Assembléia Mundial de Saúde no ano de 1999 em Genebra, na Suíça (INCA, 2013c).

Durante a 53ª Assembleia Mundial de Saúde ocorrida, em 2002, também em Genebra, foi criado o Órgão de Negociação Intergovernamental (ONI) para conduzir a elaboração do Tratado e as negociações decorrentes da sua implementação nos países que aderiram a essa política. O Brasil liderou esse processo, cuja coordenação das atividades inicialmente estavam sob a responsabilidade do Embaixador Celso Amorim<sup>4</sup>, e posteriormente, do Embaixador Luiz Felipe de Seixas Corrêa, até o término deste trabalho. De acordo com Sogocio (2008), a participação do nosso país na liderança da Convenção Quadro decorreu das medidas de controle do tabagismo já existentes, como, por exemplo, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, além de leis e regulamentos. Essa mesma autora ressalta que o Canadá também se destacou nas políticas de controle do tabagismo. Dessa forma, haveria dois países em condições de conduzir esse processo, contudo, a escolha do Brasil foi devido à sua localização geográfica - América do Sul, considerando o fato de que a indústria do tabaco se deslocou dos países desenvolvidos para aqueles em desenvolvimento. Denota-se, então, que foi utilizado um critério estratégico para o fortalecimento das medidas preconizadas no Tratado. Esta situação está diretamente relacionada às questões do aumento da indústria do tabaco nos países em desenvolvimento (SOGOCIO, 2008).

Após quatro anos da conclusão da elaboração do Tratado, este foi aprovado por unanimidade na 56ª Assembléia Mundial de Saúde realizada em 2003, em Genebra, entrando em vigor em fevereiro de 2005 (ROZEMBERG, 2003; INCA, 2013c). O Brasil foi o segundo país a assinar o Tratado, no dia 16 de junho de 2003. A etapa seguinte configurou-se pela ratificação da Convenção Quadro na esfera legislativa de cada país, no caso do Brasil pelo

---

<sup>4</sup> Segundo a Dra Vera Luíza da Costa e Silva, em entrevista à autora desta dissertação de mestrado, a escolha por Amorim foi consequente ao “reconhecimento da capacidade de articulação” e a experiência na negociação de acordos multilaterais, e Seixas Corrêa, como seu sucessor, continuaria as negociações (SOGOCIO, 2008).

Congresso Nacional (INCA, 2013c).

A Convenção Quadro para o Controle do Tabaco é composta por 38 artigos, dentre os quais destaca-se o Artigo 3º: “*proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras conseqüências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco.*” Este artigo sintetiza a essência da Convenção Quadro pelo fato de abordar de uma forma mais genérica o objetivo do Tratado. Em sua composição, o Tratado abrange medidas destinadas à redução da oferta e do consumo de produtos derivados do tabaco; a proteção ao meio ambiente; as questões de responsabilidade civil; além de medidas relacionadas à cooperação técnica, científica e intercâmbio de informação entre os países que integram essa política (SOGOCIO, 2008; INCAc, 2013).

No que diz respeito às ações de comunicação, destaca-se o Artigo 12 que prevê: “*Educação, comunicação, treinamento e conscientização do público*”, sendo de responsabilidade de cada país promover e implantar medidas legislativas, executivas e administrativas. Entre as ações previstas, recomenda-se a criação de programas que promovam a educação e a conscientização das pessoas em relação aos riscos para a saúde decorrentes do consumo e exposição à fumaça do tabaco. Também incluiu a discussão sobre a adição e os benefícios de deixar de consumi-lo. Igualmente estão previstos programas de treinamento e sensibilização de controle do tabagismo para trabalhadores da área da saúde - agentes comunitários, assistentes sociais, profissionais de comunicação e educadores (INCA, 2013c).

## 2.2 O CONTEXTO LOCAL: COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO QUADRO – CONICQ

No âmbito da implantação da Convenção Quadro em nosso país, embora o Brasil tenha assumido um papel de destaque na elaboração do Tratado, o seu processo de ratificação foi lento e complexo, sendo aprovada pelo Senado Federal apenas um ano e meio após sua assinatura. Considera-se que um dos fatores relacionados a essa situação refere-se à forte mobilização e pressão da indústria do tabaco ao propagar entre os fumicultores o medo e a insegurança, associando a Convenção Quadro com perda financeira, mesmo que em um dos artigos do Tratado esteja explicitada a substituição da cultura do tabaco por alternativas economicamente viáveis, tanto para os cultivadores como para os trabalhadores (BRASIL, 2004a; SOGOCIO, 2008).

Uma das iniciativas tomadas para a implantação da Convenção foi a constituição da Comissão Nacional para Controle do Uso do Tabaco (CNCT), no período de 1999 a 2003,

com vistas a subsidiar o governo brasileiro durante a negociação da CNCT, através de informações e dados referentes ao controle do tabagismo (OPAS, 2004). Na intenção de avançar e fortalecer as deliberações alcançadas pela CNCT, decidiu-se pela criação da Comissão Nacional para Implantação da Convenção Quadro (CONICQ). Nesse novo remodelamento, a Comissão é presidida pelo Ministro da Saúde, sendo sua Secretaria Executiva sediada no INCA.

A CONICQ é constituída por representantes dos Ministérios da Saúde, do Planejamento, da Indústria e Comércio, da Comunicação, da Ciência e Tecnologia, do Trabalho, da Agricultura, do Desenvolvimento Agrário, da Fazenda, da Justiça, do Meio Ambiente, das Relações Exteriores e da Casa Civil. Também conta com a participação das Secretarias Nacional Antidrogas e de Políticas para Mulheres (RUAS,2012; INCA, 2013c). O objetivo principal da Comissão é auxiliar no cumprimento dos artigos da CQCT, através da articulação, organização e implementação de uma agenda governamental.

A CONICQ também representa o governo brasileiro na Conferência das Partes (COP), que se trata de uma reunião bianual em que grupos de trabalho e de estudos estabelecidos pelos Estados Partes do Tratado analisam e avaliam a implementação da CQCT em seus países. Entre as intervenções desenvolvidas por essa Comissão, destacam-se a obrigatoriedade da inserção de imagens de advertência sanitárias nas embalagens de produtos derivados do tabaco; a proibição do trabalho de menores de 18 anos na produção do fumo e a proibição do uso de crédito público no Programa Nacional de Agricultura Familiar para a produção de fumo (INCA, 2013c).

### 2.3 PROGRAMA NACIONAL PARA O CONTROLE DO TABAGISMO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS), é responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer e coordena as ações nacionais do Programa de Controle do Tabagismo, estabelecidas a partir de 1989. Estas ações são desenvolvidas juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades científicas e Conselhos profissionais de saúde. Existe um conjunto de medidas que visam o controle do tabagismo, que incluem iniciativas focadas no tabagismo passivo, na prevenção da iniciação entre crianças e adolescentes e no tratamento para tabagistas em toda a rede do SUS (INCA 2003c; CAVALCANTE, 2005).

Em termos do tabagismo passivo, destaca-se a aprovação da Lei nº 12.546/2011, que proíbe o ato de fumar em locais coletivos fechados, sejam públicos ou privados. Esta Lei está em consonância com o Art. 8º da Convenção Quadro, que prevê a adoção de medidas para

proteção da população dos riscos do tabagismo passivo em ambientes públicos, locais de trabalho e meios de transporte por parte dos países que integram a Convenção (INCA, 2013c). Esta medida tem como base estudos que comprovam os riscos da exposição à poluição ambiental causada pela fumaça do cigarro sobre a saúde de indivíduos não fumantes, como as doenças cardiovasculares e respiratórias e o câncer de pulmão (ROZEMBERG, 2002; FILHO, 2010).

As medidas de prevenção da iniciação pretendem reduzir os estímulos que levam os jovens a experimentar os produtos derivados do tabaco. Uma delas refere-se à proibição de propagandas e a promoção, direta ou indireta, de produtos derivados do tabaco. No artigo *O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios* (CAVALCANTE, 2005), a autora cita um exemplo ocorrido nos Estados Unidos da América, mas que se aplica ao nosso país em consequência do caráter transnacional da indústria do tabaco. A Justiça americana, após ações impetradas contra fabricantes de cigarros, fez com que se tornassem públicos os documentos internos dessas empresas transnacionais do tabaco, que mostram as estratégias em relação às crianças e adolescentes como, por exemplo:

Um cigarro para o iniciante é um ato simbólico. Eu não sou mais a criança da minha mãe, eu sou forte, eu sou um aventureiro (...). Na medida em que a força do simbolismo psicológico diminui, o efeito farmacológico assume o papel de manter o hábito. (CAVALCANTE, 2005, p.289)

Outra iniciativa é o Programa Saber Saúde<sup>5</sup>, que prevê a inserção de estratégias para promoção de estilos de vida saudável no currículo escolar. Neste sentido, está prevista a abordagem de temas relativos aos fatores de risco à saúde, tais como tabagismo, álcool, alimentação, radiação solar e aspectos relacionados às questões sexuais e reprodutivas (GOLDFARB, 2006).

Em termos de tabagismo, um dos principais enfoques do Saber Saúde é estimular nas crianças e adolescentes uma consciência crítica em relação às manipulações publicitárias que promovem estilos de vida nocivos, entre eles os relacionados ao tabagismo (INCA, 2003). Estudos de avaliação do Programa no município do Rio de Janeiro, mostram que ocorreram mudanças de conhecimentos, atitudes e comportamento relativos ao tabaco (GOLDFARB, 2000). Em contrapartida, Malcon (2011), em seu estudo realizado em Pelotas (RS), conclui que

---

<sup>5</sup> Este programa foi implantado em 1998, inicialmente com capacitação de 54 representantes dos 26 estados e Distrito Federal, abrangendo 2100 municípios através de 4853 representantes das Secretarias Municipais de Saúde e das Secretarias Municipais de Educação, funcionando assim de forma descentralizada.

não há efetividade na intervenção educacional para mudanças de comportamento junto aos adolescentes, mas sim maior conhecimento sobre os malefícios causados pelo cigarro.

O Programa de Tratamento do Tabagismo prevê as seguintes ações:

**“Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar**

Capacitação de profissionais de saúde para apoio a cessação de fumar;  
(SUS)– Portaria 1575/2002 do Ministério da Saúde;

**Implantação de ambulatórios para tratamento do fumante na rede SUS;**

Mapeamento dos centros de referência para atendimento ao fumante no serviço de discagem gratuita do Ministério da Saúde  
Articulação com outros Programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários (PACs) (INCA, 2003, p.12).”

No âmbito deste Programa, entre as ações de controle do tabagismo, destaca-se “a divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar” – que incluem um conjunto de iniciativas destinadas à comunicação sobre o tabagismo, tais como as campanhas de mobilização que visam sensibilizar a população em relação aos malefícios dele decorrentes. Uma das campanhas acontece no dia 31 de maio, que comemora o Dia Mundial sem Tabaco. Este evento foi criado pela OMS, em 1987. A segunda campanha diz respeito ao Dia Nacional de Combate ao Fumo, criado a partir da Lei Federal nº 7.488, em 1986. A campanha é promovida no dia 29 de agosto, com ampla distribuição de materiais educativos, campanhas na mídia televisiva, além de iniciativas de assistência e mobilização corpo a corpo realizadas nas unidades de saúde do SUS.

Outra medida que integra a divulgação de métodos eficazes para o tratamento refere-se à criação do serviço gratuito de telefonia: Disque Pare de Fumar (DPF), criado em maio de 2001 como parte das comemorações do Dia Mundial Sem Tabaco - 31 de maio. Nessa ocasião, passou a ser obrigatória a inserção de advertências sanitárias com fotos e o número do DPF em todos os produtos derivados do tabaco, causando grande impacto na opinião pública (PEREZ, 2011).

Esse serviço foi criado como apoio na cessação do tabagismo, tendo como base pesquisas que mostram que 80% dos fumantes querem parar de fumar, mas apenas 3% conseguem deixar de fumar definitivamente a cada ano. Mediante isso, nos cenários internacional e nacional, seguindo a política da Convenção Quadro, os proponentes dessa iniciativa criaram um dispositivo comunicacional, de fácil acesso por parte da população, como uma das estratégias para difundir informações acerca de ações preventivas aos fatores de risco para câncer e outras doenças relacionadas ao tabagismo (PEREZ, 2011).

O DPF fornece um apoio cognitivo comportamental breve aos fumantes que buscam este serviço, além de informar os locais com suporte formal para tratamento no SUS. Esse serviço funciona em uma plataforma situada em Brasília, na Ouvidoria SUS, e oferece duas opções ao usuário/fumante: falar com um atendente ou ouvir uma gravação. O atendimento humano funciona de 07:00h às 22:00h nos dias úteis. Esse tipo de atendimento é denominado reativo, ou seja, o usuário é quem busca a informação (PEREZ, 2011).

Também são apresentadas na página da Internet do INCA, informações acerca do tabagismo, bem como direcionamento do usuário do *site* para outros *links* desta área. Além deste *site*, existe o Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco<sup>6</sup>, que tem como objetivo divulgar informações sobre a política da CQCT no Brasil. Nesta direção, disponibiliza o que tem sido discutido no âmbito político, pesquisas e outras informações relativas ao controle do tabagismo.

Outra medida que está diretamente relacionada com o tema da presente pesquisa, diz respeito à “implantação de ambulatórios para tratamento do fumante na rede SUS”. Para operacionalização desta medida, nos artigos e manuais consultados, verificou-se que o INCA criou o Programa Cessação de Fumar, atualmente denominado Programa de Tratamento do Tabagismo. Este Programa envolve ações sistemáticas e específicas para aumentar o acesso dos fumantes aos métodos de cessação de fumar (BRASIL, 2004). A implantação<sup>7</sup> do tratamento ao fumante está prevista na rede de Atenção Primária à Saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), além do cadastro de unidades de alta e média complexidade do SUS, inclusive os Centros de Assistência Psicossocial (CAPS) (CAVALCANTE, 2005).

Para o funcionamento do programa de tratamento do tabagismo, está prevista a descentralização do serviço nas unidades da ESF/SUS, em que cada unidade de saúde credenciada envia para a Secretaria de Saúde do seu município, as informações sobre o atendimento e o planejamento do tratamento ao fumante. Nesse processo, os municípios repassam as informações para a Secretaria de Saúde do seu estado, que consolida os dados e envia para o INCA que, por sua vez, após análise e consolidação final, encaminha para o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do MS. A logística de remessa dos insumos segue o critério de número populacional: o DAF envia diretamente para as capitais e cidades acima de 500 mil habitantes. Para os demais municípios, o DAF entrega para as Secretarias

---

<sup>6</sup>Link do Observatório [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/home/](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/)

<sup>7</sup> Em termos da inserção deste Programa na rede do SUS, isto foi possível devido à pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que produziu as Portarias Ministeriais GM/MS nº 1035 de maio 2004 e a SAS nº 442 de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas –Dependência à Nicotina.

estaduais, e estas incumbem-se de finalizar a distribuição. Atualmente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DataSUS), existem 8.538 unidades de saúde credenciadas para o serviço de tratamento do tabagismo no Brasil (BRASIL, 2004b).

O protocolo do tratamento do tabagismo engloba a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio medicamentoso, como a reposição de nicotina e do antidepressivo bupropiona. Segundo a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Ministério da Saúde fornece os insumos necessários, como materiais educativos e medicamentos, para que as unidades de saúde possam atender a população que busca este tipo de tratamento. As unidades de saúde, por sua vez, precisam ser credenciadas e para isso, necessitam manter o ambiente livre do fumo e ter a equipe capacitada para o tratamento do tabagismo (CAVALCANTE, 2005).

Os profissionais da área da saúde capacitados para o tratamento do fumante, poderão utilizar três tipos de abordagem: no primeiro, a **breve ou mínima**, em que o profissional pergunta, avalia, aconselha e prepara o fumante para que abandone o hábito de fumar, mas não faz um acompanhamento subsequente. Geralmente esses profissionais atuam em pronto socorro e triagens, tendo a oportunidade de orientar o fumante com uma rápida abordagem por cerca de três minutos. No segundo tipo, a abordagem **básica** é mais recomendada que a anterior. Nesta, o profissional mesmo não sendo especializado na cessação, pode fazer um acompanhamento do fumante durante consultas de rotina. Nesse sentido, o profissional atuante pratica um tratamento secundário de auxílio no abandono do hábito de fumar. O último tipo refere-se à abordagem **intensiva**, que é feita em ambulatório próprio para o tratamento do fumante, conforme descrição abaixo (BRASIL, 2001).

O tratamento do tabagismo nas unidades de saúde baseia-se no protocolo intitulado Consenso para Abordagem e Tratamento do Fumante, que preconiza a abordagem cognitivo-comportamental e, quando necessário, o apoio medicamentoso. O tratamento é constituído por quatro sessões semanais, realizadas em grupo ou individualmente, e posteriormente duas sessões quinzenais e uma mensal até completar um ano (BRASIL, 2001).

O tratamento do fumante fundamenta-se no método cognitivo-comportamental, em que o profissional conversa com o tabagista sobre os malefícios do fumo para sua saúde e os benefícios que podem ser alcançados ao parar de fumar. Além de motivar o fumante a parar de fumar, o profissional o apoia durante o processo da cessação, para que tenha condições de superar dificuldades como a síndrome da abstinência, também conhecida como “fissura”, e também para identificar os fatores que desencadeiam a vontade de fumar, como café e bebidas alcoólicas (BRASIL, 2001).

O indivíduo que se submete ao tratamento para a cessação do tabagismo, também é avaliado quanto ao seu grau de dependência à nicotina, através da realização do teste de *Fagerstön*. Quanto maior a dependência, maior a probabilidade da necessidade de apoio medicamentoso, como a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e, às vezes, pela associação desta com o antidepressivo Bupropiona (BRASIL, 2001).

Segundo Prochazka (1985), o fumante passa por diversas fases: **Pré- Contemplação**, em que não está pensando em parar de fumar; **Contemplação**, em que tem a intenção de parar de fumar, mas sem previsão de data; **Preparação**, em que sabe que vai parar de fumar, mas sem data definida; e **Manutenção**, em que pára de fumar. A compreensão e o acompanhamento de todo esse processo é fundamental para auxiliar na abordagem junto ao fumante.

### **CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

Neste capítulo, enfoca-se o aporte teórico abordado na pesquisa. Como ponto de partida, considerou-se o campo da Comunicação não de uma forma isolada, mas na sua interface com o campo da Saúde, área onde se situa o tabagismo.

Para uma melhor compreensão, apresentamos um breve histórico da interface da comunicação e a saúde no Brasil.

A comunicação pode ser entendida no seu sentido de comunicar como tornar comum, de forma recíproca através da alteridade e da reversibilidade, e a informação refere-se à emissão de um parecer, de um ensinamento ou de uma instrução (OLIVEIRA, 2004). Também pode ser compreendida como um processo que facilita as mensagens entre as pessoas. A comunicabilidade favorece a compreensão e a interação do sentido possibilitando, dessa forma, a ocorrência relacional de interlocução (MARCOS, 1996).

A interface entre a Comunicação e a Saúde teve seus primórdios na década de 20, quando em 1923 foi criado pelo sanitarista Carlos Chagas o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública, cujas ações de educação e comunicação geralmente estavam articuladas às campanhas de saúde e buscavam mudar hábitos e comportamentos da população, pois esses estariam vinculados ao processo de produção de doenças (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Por ocasião do Estado Novo, na década de 30, Getúlio Vargas, Presidente da República, utilizou-se da comunicação de uma forma diferenciada, construindo a sua imagem pública e também a ideia do Brasil como nação. Foi criado o Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), que atuava de maneira repressora em relação ao conteúdo veiculado na mídia. Além disso, o governo começou a investir maciçamente em campanhas sanitárias, por associarem a conduta individual com o aparecimento de doenças que eram denominadas “doenças da pobreza” ((NATANSOHN, 2004).

Outro enfoque dado à comunicação teve origem nos anos 50 no Brasil, configurando-se uma abordagem que ficou posteriormente conhecida desenvolvimentista, que associava a comunicação à superação de hábitos inadequados ao progresso individual e coletivo. Essa abordagem tinha como matriz a teoria informacional, que descrevia a comunicação como um processo de transmissão de informações de um polo emissor a um polo receptor, sem ruídos ou distorções. (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Mesmo diante do processo de redemocratização social e da reforma sanitária ocorridos no Brasil a partir da década de 1980, ainda são enfrentados desafios na formulação de políticas

de comunicação e saúde. Não se pode negar que a aproximação entre os dois campos, comunicação e saúde, apresenta avanços, tanto no campo político como na produção de pesquisas que produzem conhecimentos específicos. Todavia, mesmo assim, ainda restam alguns resquícios como:

Forte acento no indivíduo, como responsável por sua saúde; os determinantes sociais das doenças, assim como os econômicos, os políticos e os ambientais são ignorados; privilegiamento das falas autorizadas, particularmente as institucionais que veiculam um saber médico-científico; presença hegemônica dos discursos higienista e preventivista; comunicação vista como transferência de informações de um polo detentor de conhecimentos para um polo receptor e desautorizado; abordagem campanhista, focada em investimentos sazonais ou emergenciais. (ARAÚJO; CARDOSO; MURTINHO, 2009, p. 106)

As políticas adotadas para o controle do tabagismo se configuram dentro do modelo comunicacional de transferência de informações de um emissor portador de conhecimentos para um receptor passivo e são marcadas pelo campanhismo. Desta forma, reforçam-se as ações comunicacionais anti-tabagistas nos dias 31 de maio (Dia Mundial sem Tabaco) e 29 de agosto (Dia Nacional de Combate ao Fumo). Como herança da abordagem desenvolvimentista, responsabiliza-se o tabagista por sua saúde e desconsidera-se seu silenciamento mediante as transformações sofridas pela prática social do fumar.

### 3.1. APORTES TEÓRICOS DA COMUNICAÇÃO

Para subsidiar as reflexões das práticas comunicativas vigentes no Programa de Tratamento do Tabagismo, foram eleitos alguns conceitos que fundamentam a teoria da Produção Social dos Sentidos. Inicialmente, emerge o conceito de polifonia, que diz respeito à multiplicidade de vozes que constituem falas, enunciados ou textos. Segundo Araújo e Cardoso (2007), Bakhtin chama de “dialogismo” a articulação dessas vozes. Esse modo de pensar a questão comunicativa provoca deslocamentos, na medida em que a comunicação não mais se restringe à difusão de conteúdos prontos, mas sim em um processo de produção dos sentidos sociais. A linguagem deixa de ser apenas instrumental para o emissor, passando a ser um espaço de lutas e negociações.

Bakhtin (1999) valoriza a fala, a enunciação e afirma a sua natureza social. Para o autor, o enunciado falado ou escrito é uma estrutura que compõe o discurso, a comunicação. A partir desse ponto de vista, o receptor é um sujeito ativo e participante da ação comunicativa que, após se inteirar do enunciado, seja concordando ou não, discutindo-o ou ampliando-o, atua de

forma interativa no diálogo construído entre o eu-outro. Para Bakhtin (1999), o dialogismo que existe dentro do discurso não se refere ao que é falado entre os sujeitos de uma maneira corriqueira, e sim uma concorrência entre esses indivíduos pelo poder de fazer prevalecer o seu sentido, seja como portador do conhecimento ou como emissário de algo tido como verdadeiro.

A concorrência referida por Bakhtin (op. cit.) diz respeito à desigualdade hierárquica existente nos grupos sociais. Dentro desse espaço social há uma disputa de poder demandado pelos sentidos que são produzidos, circulados e consumidos caracterizando-se um mercado simbólico. Os discursos são enunciados e dialogam nesta arena discursiva, o que não significa que todos os discursos se fazem presentes, porque alguns são silenciados como consequência dessa disputa pelo poder (ARAÚJO, 2007).

No caso do tabagismo, quando fumar socialmente era *glamouroso*, dentro deste mercado simbólico o fumante possuía um papel preponderante, ele tinha “poder”, pois a indústria do tabaco tinha e tem um grande poder econômico para financiar um *marketing* efetivo. Atualmente a posição da indústria mudou dentro deste mercado, pois com o advindo papel das políticas de controle do tabagismo, o *marketing* passou por uma rigorosa restrição e hoje não tem mais acesso às mídias, ficando limitado ao espaço do ponto de vendas. Por sua vez o fumante, que se sentia bem ao se identificar com os personagens das propagandas ou de filmes, hoje sofre um processo de “discriminação”, pois houve uma grande mudança nesse papel passando a ser “feio” e “incomodativo” conviver com quem fuma, seja nos ambientes sociais ou de trabalho. Dentro desta disputa de poder da voz biomédica que fala através da autoridade da saúde no Brasil, que é o MS-INCA, e a indústria que produz os derivados do tabaco existe o tabagista com sua voz silenciada, na periferia deste processo.

Ainda dentro da questão referente ao campo da Produção Social do Sentido, outro conceito fundamental para esta pesquisa, diz respeito ao dispositivo de enunciação, objeto de análise nos Manuais do tratamento do tabagista.

De maneira geral, pode-se afirmar que toda forma de conhecimento nos é possibilitada a partir da escrita, e que a mesma vem a se materializar sob a forma de texto. Para falar do conceito de enunciação, usaremos como referencial teórico a Teoria da Enunciação de Émile Benveniste.

Segundo RAMON (2013), a obra de Benveniste aponta para três perspectivas. Primeiramente, pela atualização do pensamento de Saussure, o que gerou um caráter epistemológico em sua teoria da linguagem. A segunda perspectiva diz respeito à maneira de enunciar as relações interdisciplinares dentro de sua teoria, com destaque para o papel preponderante da linguagem. Segundo FLORES e TEIXEIRA (2009), essas relações

interdisciplinares abrangem a filosofia, a antropologia, a sociologia, a psicanálise e a cultura, mas sempre do ponto de vista linguístico. Flores e Teixeira ainda falam de uma nova lingüística: a da enunciação do ponto de vista conceitual, que seria a terceira perspectiva da obra benvenistiana.

Segundo Benveniste, as descrições linguísticas normalmente valorizam “o emprego das formas”, ou seja, as condições sintáticas em que as formas aparecem. Para isso, são utilizadas regras que estabelecem uma correlação entre as variações morfológicas e as latitudes combinatórias como, por exemplo, as preposições, o regime dos nomes e dos verbos, o lugar e a ordem etc (BENVENISTE, 2006).

Para Benveniste, as condições de emprego das formas não são iguais às condições de emprego da língua, pois são dois mundos diferentes e isto implica em uma outra maneira de ver as mesmas coisas, de descrevê-las e de interpretá-las.

A utilização das formas, parte necessária de toda descrição, tem gerado vários tipos de modelos, a partir de seus tipos lingüísticos que compreendem sempre e somente os elementos fundamentais. Já o emprego da língua é um mecanismo bem diferente, lugar onde se situa a enunciação, pois é ela que coloca em funcionamento a língua através de um ato individual de utilização (BENVENISTE, 2006).

Benveniste diz:

O discurso, dir-se-á, que é produzido cada vez que se fala, esta manifestação da enunciação, não é simplesmente a “fala”? – É preciso ter cuidado com a condição específica da enunciação: é o ato mesmo de produzir um enunciado, e não o texto do enunciado, que é nosso objeto. Este ato é o fato do locutor que mobiliza a língua por sua conta. A relação do locutor com a língua determina os caracteres linguísticos da enunciação. Deve-se considerá-la como o fato do locutor, que toma a língua por instrumento, e nos caracteres linguísticos que marcam esta relação. (BENVENISTE, 2006, p. 82)

Ressalta-se, ainda, que Benveniste mudou o pensamento sobre Sujeito e Estrutura ao introduzir junto ao estruturalismo saussuriano elementos da enunciação, como a subjetividade. Segundo o autor, o Sujeito ao enunciar, coloca a língua em movimento por um ato individual de utilização, caracterizando o aparelho formal da enunciação como um dispositivo das línguas, que é utilizado para que as mesmas possam ser enunciadas, e ainda, como sendo a marcação da subjetividade na estrutura da língua. Outra questão benvenistiana muito importante foi a instituição da oposição entre os graus de significação de semiótico e semântico. Semiótico indica a distinção entre os signos, não se interessando pela relação do signo com a denotação e nem da língua com o mundo (RAMON, 2013).

Para melhor compreender o conceito de enunciação, foi preciso recorrer inicialmente a Saussure, autor que nos mostrou que a língua, a linguagem humana, possui os aspectos individual e social. Saussure chamou de língua o conhecimento internalizado que os indivíduos têm da linguagem, conhecimento esse de cunho social, que é compartilhado pelos que falam o mesmo idioma promovendo, assim, um entendimento mútuo. Em relação ao aspecto individual, o autor denominou de fala (FIORIN, 2008; RAMON, 2013).

A esse conhecimento em que os indivíduos se apropriam da língua, Saussure destacou as diferenças fônicas e as semânticas, que possibilitam a criação dos sons e dos significados. As diferenças relativas aos sons são comuns em todas as línguas. Já as semânticas, geram significados distintos como, por exemplo, o touro que é um bovino destinado à reprodução e o boi um bovino que se destina ao corte (FIORIN, 2008).

E o que é enunciação? Benveniste levantou a questão de como é que se passa da língua para a fala, e concluiu que isso ocorre por uma ação individual de dizer; desse modo, pode-se resumir como: o Enunciar é dizer, a Enunciação é o ato de dizer e o Enunciado é o dito (FIORIN, 2008; RAMON, 2013).

A enunciação é a instância de mediação entre a língua e a fala. Entende-se por instância um conjunto de categorias agrupando uma classe de elementos da realidade (características comuns). Por exemplo: os substantivos, os adjetivos, os pronomes etc. Benveniste criou as categorias linguísticas: Eu vs Tu (quem fala), Aqui (lugar daquele que fala), Agora (tempo). Resumindo, a pessoa, o espaço e o tempo são categorias, e a Enunciação, o conteúdo linguístico. Ele ainda diz: a Enunciação é a instância do ego-hic-nunc ou seja, o eu, aqui, agora (FIORIN, 2008).

Os indicadores das pessoas, do tempo e do espaço, são denominados dêiticos. O espaço aqui referido, significa o espaço da situação de enunciação. Por exemplo, quando se escreve um bilhete ou uma carta para uma pessoa, para que haja sentido, compreensão, faz-se necessário colocar uma data, o local, quem fala e para quem se dirige o enunciado. Esses elementos, data, local, quem e para quem, são denominados coordenadas da situação de enunciação, e essas coordenadas ancoram os dêiticos, ou seja, ancoram as categorias pessoa, espaço e tempo (FIORIN, 2008).

Segundo Fiorin (2008), para Benveniste a enunciação é também uma instância logicamente pressuposta pelo enunciado. Essa instância pressuposta é o enunciador, como por exemplo, a frase: ‘A terra é redonda’, pressupõe que o “Eu” diz que a Terra é redonda.

Quando o “Eu” é colocado no interior do enunciado, passa a ser denominado “narrador”, é o elemento que conta a história para um narratário. Esses dois elementos devem ser separados,

pois não devem ser confundidos, como por exemplo, o ator e o personagem. Fiorin (Op.cit.) ressalta ainda que o enunciador não é real, é a imagem atribuída a ele.

Flores, em seu *Dicionário de Linguística da Enunciação*, de 2009, define os termos da teoria de Benveniste:

*Língua*: sistema que inter-relaciona valor distintivo das formas e valor referencial relativo à situação enunciativa. (p. 150)

*Linguagem*: faculdade de simbolizar inerente à condição humana. Assim entendida, a linguagem está diretamente ligada à intersubjetividade uma vez que, como uma faculdade de simbolizar, ela é condição de existência do homem e como tal é sempre referida ao outro. A linguagem é constitutiva do homem na justamedida em que a inter subjetividade lhe é inerente. Dessa forma, pode-se considerar que a vinculação entre linguagem e intersubjetividade constitui uma espécie de a priori da teoria benvenistiana (...). (p. 152)

*Locutor*: indivíduo linguístico cuja existência se marca na língua toda vez que toma a palavra. Locutor é aquele que fala em uma dada instância de discurso e que, ao falar, se marca através de marcas específicas na língua. Trata-se de uma noção importante na teoria de Benveniste porque ela permite formular a noção de sujeito e, por esta, a de subjetividade (...). (p. 157-158)

*Sujeito*: constituição do homem na linguagem e pela linguagem. (p. 220)

*Subjetividade*: passagem de locutor a sujeito. (p. 219)

*Intersubjetividade*: inter-relação constitutiva da enunciação que pressupõe o eu e o outro mutuamente implicados (...) a intersubjetividade é apresentada por Benveniste como uma “condição” da experiência humana inerente à linguagem. Essa experiência se reflete na língua (...) Intersubjetividade é, então, noção primeira, pressuposta, epistemologicamente, pela noção de subjetividade. (p. 146)

*Língua-Discurso*: atividade do sujeito que coloca a língua em uso. Émile Benveniste cria o termo língua-discurso para referir-se à relação do sistema de signos como propriedade coletiva, atualizado individualmente em uma situação própria de uso da língua.(p. 151)

Central nessa pesquisa são as práticas comunicativas. Segundo Araújo (2000), a prática comunicativa refere-se ao modo de ativar o processo de produção-circulação-apropriação de sentidos. E o que são os sentidos? São os atos verbais, dinâmicos e plurais surgidos nas relações sociais dentro de um cenário histórico, político e cultural e mediados pelas instituições, que exercem coerções sobre o processo de produção (RIBEIRO, 2004). O sentido se institui no social e na narrativa. A narrativa é que proporciona o sentido da palavra que

sozinha não tem “vida”. O sentido, a partir da narrativa, confronta ou complementa os elementos narrados que carregam consigo a história no seu interdiscurso (BACCEGA, 2013).

Então, pode-se dizer que os sentidos são produzidos quando falamos, mas também quando escrevemos. Numa definição muito clara e poética, vale citar Araújo (2006):

Texto quer dizer tecido, trama, malha, rede. Tal como os tecidos, textos são produtos do entrelaçamento de muitos fios, que, em contato uns com os outros, formam uma trama única, resultado da combinação das várias cores e matizes, várias texturas. Os fios são, na nossa prática comunicativa, sentidos sociais. Cada fio representa um sentido, produzido em outros contextos, que agora estão ali, prontos para uma nova combinação. (ARAÚJO, 2006, p. 49)

Pensar teoria e prática de modo articulado e dinâmico possibilita ampliar o olhar sobre o funcionamento social (ARAÚJO, 2000). Nesse processo, os discursos são fundamentais na produção da realidade. Nos estudos de Fairclough (2001, p. 91), ao citar Foucault, defende que o discurso é aquilo pelo que se luta, “o poder de que queremos nos apoderar”. O discurso funciona como um lugar para embates político-ideológicos, moldando as relações sociais e as posições dos sujeitos, favorecendo as relações de hegemonia e assimetria de poder (FAIRCLOUGH, 2001).

A produção do discurso está diretamente relacionada aos efeitos que ele produz. O sistema produtivo dos discursos, denominado contexto, é o que permite a elaboração e a construção dos textos, discursos e enunciados. Podemos dizer então, que o discurso só tem sentido mediante o contexto em que é produzido. Relacionando ao processo de produção dos sentidos, têm-se quatro tipos de contextos, a saber: o **contexto textual**, que se relaciona aos textos que coabitam o mesmo espaço como, por exemplo, um anúncio de um analgésico próximo de uma pesquisa sobre cefaleia; o **contexto intertextual**, que se relacionam com textos que habitam a memória das pessoas como, por exemplo, o discurso religioso *versus* o discurso de prevenção da AIDS; o **contexto existencial**, que se relaciona com a história de vida dos indivíduos como, por exemplo, a geração que o indivíduo pertence, e o **contexto situacional**, que se refere ao lugar social ocupado pelo interlocutor no ato comunicativo. Por exemplo, uma pessoa pode ocupar lugares diferentes em situações diferentes: pode ser um médico e noutra situação torna-se um paciente (ARAÚJO, 2009).

Outro ponto importante relativo à produção do discurso é a necessidade dos sujeitos do discurso, falantes/ouvintes, escritor/leitor, ter conhecimentos extralinguísticos, além dos linguísticos é claro para produzir discursos de acordo com as diferentes situações do cotidiano, assuntos e temas circulantes na sociedade. Para isso é fundamental que o produtor do discurso tenha noção da imagem de si próprio assim como a imagem das pessoas para quem fala, pois

essas imagens é que vão determinar a maneira como se dirigir a essas pessoas (BRANDÃO, 2013).

### 3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada no período de agosto de 2012 a dezembro de 2013.

Primeiramente, foi feito um levantamento bibliográfico na BVS e no LILACS para verificar na produção científica existente o que é discutido acerca da relação entre comunicação e tabagismo. Essa etapa subsidiou a delimitação do objeto e as discussões dos resultados das análises dos manuais. Os resultados obtidos foram apresentados no primeiro capítulo, dedicado à contextualização do problema (item 1.3 - A comunicação e seu papel na dimensão do controle do Tabagismo).

Como parte desta revisão, também foram levantados documentos produzidos por instituições públicas, internacionais e nacionais, responsáveis pelas políticas de controle do tabagismo. Foram identificados artigos, portarias, comunicados, sites, entre outros, e analisados os documentos do INCA, cujos resultados estão descritos no Capítulo II - Políticas de Controle do Tabagismo, integrando a seção de resultados deste estudo.

A outra etapa deste estudo constituiu-se na análise dos Manuais do Tratamento do Tabagismo, sendo um manual direcionado para o profissional responsável pelo tratamento, intitulado *Manual do Coordenador*, e quatro destinados aos usuários do programa, intitulados *Manual do Participante*. Este *kit* integra as ações de tratamento do Programa. Os manuais são entregues nas reuniões de grupo, que acontecem uma vez por semana no decorrer do primeiro mês, isto é, nas sessões estruturadas para a primeira etapa do tratamento. Nos manuais encontram-se as orientações a serem seguidas em cada encontro, ou seja, eles operam como um guia para mobilizar atitudes e comportamentos necessários para adesão ao tratamento.

A primeira etapa da análise consistiu na descrição dos manuais no que diz respeito ao formato, conteúdos (temas abordados) e identificação do enunciador e destinatário (quem fala e para quem se destina). Na segunda etapa da análise, buscou-se explicitar o modo como os discursos acerca do tabagismo são propostos, quem são os sujeitos do processo comunicativo (emissor e destinatário), o que eles dizem e o modo com dizem e constroem as relações entre si.

Para empreender tal análise, tomou-se por base as pesquisas de Araújo (2000) e de Kelly-Santos (2009), que investigaram os processos comunicativos de instituições do governo e da sociedade civil por meio da análise da recepção de materiais impressos produzidos pelas

instituições estudadas. As autoras adotaram o referencial da Semiologia dos Discursos Sociais, cujo precursor é Milton Pinto. Entre diversos campos do estudo, essa vertente tem como ponto de partida a incorporação de conceitos da Semiologia. Segundo Araújo (2000) e Kelly-Santos (2009), a partir de Pinto (1999), compreende-se que os sentidos não são unívocos e tampouco lineares, mas constituídos em cada ato discursivo e sempre articulados aos contextos em que são produzidos. A partir da análise dos textos (escritos ou imagens), será possível entender o que é dito pelos sujeitos (o enunciado), e também o modo como os sujeitos dizem e o modo como discursivamente estabelecem as relações entre si (enunciação), ou seja, como constroem as posições discursivas no processo comunicativo. O resultado dessa operação é denominado dispositivo de enunciação.

Os manuais foram analisados sob essa perspectiva. Neste processo, buscou-se inter-relacionar o que é dito no nível das práticas (manuais) com algumas das diretrizes políticas delineadas no campo do tabagismo. Os resultados estão descritos no último capítulo e as análises do Manual do Coordenador serão referidas pela sigla, seguida do número da página - MC:1. Os Manuais do Participante serão indicados pela sigla, do número do fascículo e da página, MP-1:1, respectivamente.

## CAPÍTULO IV- MANUAIS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO: DISCURSOS E PROPÓSITOS

### 4.1 MATERIAIS EDUCATIVOS NA CULTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No Brasil, conforme pesquisas sobre o uso de materiais educativos na Saúde é recorrente o emprego destes recursos pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nas ações de promoção da saúde. Estas Instâncias, em geral, recorrem a materiais educativos como cartazes, folhetos, *folders*, cartilhas, vídeos, livros-texto, entre outros, para divulgar informações sobre as doenças (como são transmitidas, sinais e sintomas e também como preveni-las), e orientar mudanças de comportamento (ROZEMBERG, 2002; VASCONCELLOS-SILVA, 2003; KELLY-SANTOS, 2003; 2009; MONTEIRO, 2006). Estes estudos discutem as possibilidades de uso dos materiais nos contextos de programas de saúde, indicam para uma tendência, por parte dos profissionais, de recorrerem a estes recursos de forma instrumental, reforçando a lógica do modelo informacional de comunicação, marcante nas campanhas de saúde.

Nesta direção, ratificando a crítica ao modelo comunicacional linear e unilateral, Andrade (1997) afirma que o insucesso das práticas comunicativas sem o envolvimento da população para a qual o material educativo é destinado, deve-se ao:

Profundo desconhecimento dos planejadores da saúde sobre o universo de representações do indivíduo, sua forma de conceber a vida, o trabalho, a saúde e o seu conhecimento prévio sobre o tema a ser ensinado. (ANDRADE; COELHO, 1997, s/p).

Em uma pesquisa realizada por Rozemberg, em 2002 sobre impressos hospitalares, a autora detectou a necessidade por parte dos profissionais de saúde em atender a demanda dos pacientes por informações. A criação de impressos com o objetivo de proporcionar informações para os pacientes é grande face à escassez de estudos de avaliação sobre os mesmos. A linha de produção desses impressos, via de regra segue o modelo unidirecional de comunicação em que um transmissor emite dados sobre um assunto para que o receptor o decodifique. Além desse aspecto, os profissionais de saúde enfatizam a “necessidade de adequar a linguagem” aos pacientes, pois esses são indivíduos de “baixa renda”, “baixa escolaridade”, enfim uma “clientela caracterizada por lacunas e vazios de toda ordem”. “O saber leigo existe, mas precisa ser preenchido ou retificado”. Nesse estudo, a autora detectou um aspecto importante na percepção que esses profissionais têm sobre os pacientes, que nesse caso são usuários de um

hospital público, em relação de como deve ser a comunicação com analfabetos. Cito a seguir o depoimento que um médico fez à autora:

*"Acho que teríamos que fazer histórias praticamente sem texto, né... histórias em quadrinhos. Porque outra alternativa seria você fazer uma coisa audiovisual, mas como é que o doente vai... pois se for uma fita cassete... mas o pessoal não tem cultura... não tem vídeo em casa, normalmente, né... Acho difícil o audiovisual conseguir ser incorporado pelos analfabetos. Acho que seria mais a ideia de uma... estória em quadrinhos, como você apresenta uma estória para uma criança de três anos. É imagem, né?"*

Não podemos generalizar com base em um depoimento, mas esse tipo de pensamento nos faz refletir sobre a questão da dificuldade dos profissionais de saúde de uma maneira geral no processo comunicacional com os usuários. No depoimento citado acima, o médico compara o analfabeto com uma criança, não reconhecendo os saberes que o mesmo possui.

Mas felizmente esse cenário começa a apresentar sinais de mudança. Encontramos um artigo de Reberte (2012), mostrando a construção de uma cartilha educativa destinada à promoção da saúde de gestantes. A cartilha teve a validação de peritos e das próprias gestantes, além da participação de um profissional especializado em comunicação durante todo o processo caracterizando, assim, um modelo comunicacional dialógico. A avaliação da cartilha pelas gestantes foi muito positiva, pois o conteúdo estava escrito de acordo com a realidade delas. Essa cartilha recebeu o prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS, em 2009.

#### 4.2 MANUAIS DE TRATAMENTO DO TABAGISMO: FORMATO, FORMA, ENUNCIADOR-DESTINATÁRIO

O Programa do Tratamento do Tabagismo foi implantado na rede do SUS com um foco maior o nível da Atenção Primária, mas também há unidades no nível secundário e terciário da atenção à saúde que oferecem este serviço, como no caso do Hospital do Câncer-1 (HC-1)/INCA, no Rio de Janeiro. O tratamento delineado no escopo deste Programa baseia-se em um protocolo (ANEXO B), e tem como objetivo auxiliar as pessoas a deixarem de fumar, por meio de orientações norteadas pela abordagem cognitivo-comportamental visando estimular hábitos de vida saudável. Também prevê intervenções relacionadas à assistência médica como, por exemplo, a prescrição medicamentosa. O tratamento é constituído por quatro sessões semanais, em grupo ou individualmente, posteriormente duas sessões quinzenais e uma mensal até completar um ano, como citado anteriormente.

Como parte das ações deste Programa, o Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA) elaborou um kit com cinco manuais no formato de cartilhas/livretos. Com um suporte comunicativo, eles cumprem o papel auxiliar nas orientações sobre as atividades propostas durante as seções de cessação de fumar, e são entregues semanalmente, durante o primeiro mês. Um deles é destinado ao Coordenador, profissional responsável pelo tratamento, e os demais, totalizando quatro livretos, dirigidos aos usuários do Programa que procuram ou são encaminhados para o tratamento do tabagismo. A partir do exposto, consideramos que os manuais operam como uma mediação na relação entre o enunciador/profissional responsável pela condução do grupo e o usuário/participante do Programa.

Em termos da produção, verificou-se que os manuais apresentam, na respectiva ficha catalográfica, a indicação do Ministério da Saúde/INCA como o emissor responsável pelo produto, e a elaboração é sinalizada por uma equipe representada por médicos do INCA que fizeram a tradução e adaptação da primeira edição, em 2005. A adaptação e revisão da segunda edição foram realizadas pela mesma equipe, inserindo uma assistente social e uma enfermeira. Essa edição foi produzida em 2011, com uma tiragem de 520.000 exemplares. O planejamento para impressão desses Manuais é feito de acordo com a previsão que cada estado faz para o atendimento anual, enviada ao INCA.

Em relação aos aspectos relacionados à forma, todos os materiais têm o formato de um livreto ou cartilha, como convencionalmente designados na área da Saúde, no tamanho de 20x15cm. Igualmente, a disposição das cores que se apresentam em tons *degradeé* de laranja e uma faixa marrom no centro das capas, demarcam uma distinção entre os espaços de leitura do mesmo. Nesta faixa marrom está anunciado o título que, em geral, expressa o objetivo do fascículo. Em termos do número de páginas, verificou-se que o manual produzido para o coordenador apresenta 49 folhas, com maior número de páginas e de textos, quando comparado com os manuais dos usuários. Nestes últimos, há uma densidade textual nos dois primeiros fascículos, sendo o primeiro com 12 páginas e o segundo com 15. Os dois últimos da série (manuais 3 e 4) possuem 8 páginas.

Segundo o estudo de Mozdzenski (2006), o formato de livreto, comumente chamado de cartilha, é amplamente empregado nas campanhas publicitárias. Em geral, neste suporte, desenhos em quadrinhos e textos didáticos e/ou informativos são dispostos de maneira a construir as narrativas. A característica de reunir o maior número de conteúdos em um espaço relativamente pequeno faz com que esse formato seja preferido na abordagem de temas que necessitam de detalhamento (KELLY-SANTOS, 2003). Historicamente, a cartilha teve sua

origem com os missionários catequizadores no início do século XVI, época dos grandes descobrimentos, sendo um meio de comunicação entre eles e o povo. Ao longo dos anos, as cartilhas foram bastante difundidas com a finalidade de alfabetização (MOZDZENSKI, 2006).

Na atualidade, vistas como ferramentas educativas, as cartilhas possuem o papel de “representação da verdade” e, desta forma, investem-se de credibilidade informativa, mas com uma função normativa e reguladora, indicando ao indivíduo como agir diante das relações e ações sociais. O conhecimento é transmitido não de maneira interativa ou ativa, sem levar as questões para um debate ou reflexão, e sim de uma forma impositiva e aparentemente incontestável. Para este autor, essa forma de conceber a educação tem como modelo a “concepção bancária”, na qual “o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam mais sábios aos que julgam nada saber” (MOZDZENSKI, 2006, pg.1212). Essas dimensões também foram verificadas neste estudo, na medida em que os conteúdos abordados têm um caráter prescrito e normativo, prevalecendo o ponto de vista do enunciador, no caso, o do profissional de saúde e caracterizando o modelo discursivo dos manuais, como textos injuntivos.

Neste estudo, compartilhamos com as ideias de Kelly-Santos (2010, p. 47) que, estudando os materiais sobre hanseníase, afirmam: “os materiais educativos são dispositivos que legitimam e socializam os saberes e as práticas realizadas na hanseníase, bem como demarcam os lugares de poder de cada um dos sujeitos no processo comunicativo”. Essa concepção avança em termos de uma perspectiva conteudista do papel destes recursos nas intervenções em saúde, e sinaliza para as relações de saber-poder expressas nos discursos propostos. Com esse olhar, segue-se a análise das relações entre enunciador-destinatário, figuras discursivas dos manuais de tratamento.

Para a compreensão da imagem construída do enunciador, tornou-se necessário retornar à Benveniste (2006), que distingue o sujeito da enunciação, que é o sujeito idealizado, a imagem do EU, não o sujeito real; do sujeito do enunciado que é o sujeito real, o que assina o enunciado. Este último, é o Ministério da Saúde e o primeiro, refere-se aos profissionais de saúde.

Na construção do enunciador - o profissional de saúde (texto e imagem), ele aparece trajando roupa branca, contudo, sem uma indicação precisa acerca da sua formação profissional, não sendo possível mencionar a que categoria pertence esse sujeito. Em outros estudos, essa representação é clara e, em geral, construída por imagens de médicos usando roupa branca e portando estetoscópio, ou de enfermeiras trajadas com saia e blusa e a touca branca com uma cruz vermelha no centro. Este último elemento, historicamente, constitui um símbolo de representação desta categoria profissional (KELLY-SANTOS, 2009).

Somente a partir da leitura do texto, torna-se um pouco mais nítido o universo de representação deste sujeito - o coordenador, demonstrado nas frases “ele deve ser da área da saúde, ter nível universitário, ser capacitado pelo programa de controle do tabagismo, além de apresentar qualidades como ser comprometido com a preservação da saúde, gostar de trabalhar em grupos, ter facilidade de relacionamento, flexibilidade e bom senso” (MC: 4). A esse conjunto de atributos somam-se outras características necessárias à sua atuação, como, por exemplo, que “*sejam capazes de falar simples e diretamente e não serem fumantes*” (MC: 4:5). Os atributos elencados elucidam o que se espera do enunciador, este entendido como o Eu, ou seja, o sujeito que faz acontecer o discurso no qual imprime suas percepções, suas vivências e passa a interagir com o destinatário, o TU, que também se constitui neste processo (BENVENISTE, 2006).

Neste manual, também é proposto o papel do enunciador, indicando o que ele deve fazer na condução do tratamento, ou seja:

“envolver os participantes durante as sessões, e informá-los sobre o conteúdo do Programa, estabelecer os horários de início e término dos encontros/sessões e registrar os progressos dos participantes, além de arquivar essas informações para estudos posteriores” (MC:5).

Observa-se que a linguagem adotada convoca o coordenador a exercer as atividades atribuídas, ou seja, a de conduzir o tratamento, favorecendo a adesão do usuário. Nessa operação, é possível reconhecer o que Verón (1980) afirma: que o enunciador é um produtor de discursos e, por sua vez, o discurso é um fenômeno social que desempenha um papel fundamental na produção de sentido dentro de uma sociedade.

Nesse sentido, os enunciados - “*é muito difícil*”....; “*um desejo intenso*”....; “*fuma mais depois*”....; “*prazeres mais importantes*”....; “*nunca mais fumar*”... (MP-1:4), denotam a dificuldade que o usuário terá para deixar o vício do cigarro. Ocorre, neste caso, o que Benveniste (2006) afirma: o enunciador se serve da língua para influenciar de alguma maneira o comportamento do alocutário/destinatário, e para isso, dispõe de um aparelho de funções, ou seja, “aparelho formal da enunciação”. Elas são as formas gramaticais que mostram a posição discursiva do enunciador dentro do discurso/texto, como pronomes pessoais e demonstrativos, tempos e modalidades verbais e advérbios, de modo que adquiram sentido quando enunciados.

A figura do usuário, denominado participante, é representada como alguém que se encontra em busca de tratamento para deixar de fumar. Observa-se uma homogeneização na

maneira de construir a imagem do destinatário, presente em todos os manuais. Mostra-se sempre o mesmo homem, adulto e trajando um terno. Os demais personagens que constituem o universo de referência, também são representados por homens. Considera-se, então, que a menção apenas ao universo masculino, dialoga, sem dúvida com esse público, deixando de fora outros atores como, por exemplo, negros, mulheres, adolescentes, pessoas em diferentes contextos de trabalho e relações sociais.

Chama atenção que estudos demonstram que mulheres e adolescentes são alvos da indústria do tabaco (VIEGAS, 2007; MOUTINHO, 2008), daí a necessidade de se considerar a diversidade cultural de nosso país na proposição dos destinatários dos materiais da saúde. Estudos de Kelly-Santos (2009) discutem a necessidade de conhecer a realidade dos destinatários para possibilitar a aproximação a essa realidade, e indicam a relevância de se considerar os diferentes marcadores sociais como gênero, raça, gerações, atrelados à dimensão epidemiológica do agravo.

#### 4.3 AS NARRATIVAS SOBRE O TABAGISMO PRESENTES NOS MANUAIS

Os manuais destinados ao Coordenador e aos participantes do Programa, apresentam em comum a abordagem informativa/pedagógica. Essa modalidade fica evidente nos roteiros com perguntas e respostas e na linguagem utilizada. De um modo geral, a linguagem é simples, clara, descritiva e normativa, pois mostra passo a passo como o fumante deve proceder para deixar de fumar. Esse modelo que apresenta uma similaridade com a bula de remédios, denominado de injuntivo, é típico dos manuais e deve ser o que o usuário espera receber. Além disso, os manuais apresentam um modo diretivo, mostrado nos testes que veiculam a ideia de que “eu sei e passarei as informações para você aprender”. As palavras destacadas são maiores e na cor azul e, em contraste com o preto das outras palavras, delineiam o modo como o leitor deve percorrer as informações ofertadas, constituindo o enunciador e o destinatário.

O modelo de comunicação utilizado favorece ou fortalece a maneira de modificar o comportamento individual ou da comunidade, no sentido de adotarem hábitos e práticas que assegurem a promoção e a manutenção da saúde da população alvo. Para que esse processo de transferência de informações seja mais eficaz, recorre-se a um nível de atuação em comunicação, em que as relações interpessoais são desenvolvidas pelos profissionais que atuam na ponta, isto é, nos serviços de saúde (PITTA, 1995).

No caso do tratamento do tabagismo, esses profissionais exclusivamente com nível universitário, são os médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas e assistentes

sociais. Nos encontros realizados por esse profissional, o material oferecido repassa conteúdos a serem seguidos, modulando as ações tanto dos coordenadores quanto dos participantes. A proposta cognitivo-comportamental é a base desta intervenção; credita-se à voz do profissional de saúde, um poder de transmitir conhecimento e desenvolver, junto ao usuário, um plano de ação para o êxito da tarefa proposta. Do ponto de vista da comunicação, parte-se da ideia de que o que é dito pelo emissor é compreendido prontamente pelo destinatário, muitas vezes instituindo uma comunicação que não reconhece outros atores e os diversos elementos do contexto destes sujeitos.

Em todas as capas dos Manuais (Figura 1) existe a presença da frase “Deixando de fumar sem mistérios”, que passa a ideia de que deixar de fumar não é difícil, se forem seguidas as orientações fornecidas durante o tratamento e a leitura dos manuais. Isso fica expresso na abordagem dos conteúdos ofertados, conforme demonstrado no Quadro 3, a seguir:

**Quadro 3** – Síntese dos manuais do tratamento do tabagismo

<b>Manuais</b>	<b>Títulos</b>	<b>Títulos Secundários</b>	<b>Conteúdo</b>
<i>Sessão 1</i> Manual do participante	Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde	Deixando de fumar sem mistérios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faça seu teste/ correção do teste;</li> <li>- O que é nicotina; dependência psicológica ao cigarro; ato de fumar associado a comportamentos;</li> <li>- Parar ou não parar de fumar;</li> <li>- Métodos para deixar de fumar;</li> <li>- Informações sobre tabagismo e seus prejuízos à saúde.</li> </ul>
<i>Sessão 2</i> Manual do participante	Os primeiros dias sem fumar	Deixando de fumar sem mistérios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de abstinência;</li> <li>- Como lidar com o estresse;</li> <li>- Exercício de respiração profunda;</li> <li>- Exercício de relaxamento muscular;</li> <li>- Exercícios de fantasia;</li> <li>- Ser positivo.</li> </ul>
<i>Sessão 3</i> Manual do participante	Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar	Deixando de fumar sem mistérios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seu objetivo: vencer todos os obstáculos para permanecer sem cigarros;</li> <li>- Planejar para não engordar;</li> <li>- Vencendo uma nova etapa.</li> </ul>

<b>Manuais</b>	<b>Títulos</b>	<b>Títulos Secundários</b>	<b>Conteúdo</b>
<i>Sessão 4</i> Manual do participante	Benefícios obtidos após parar de fumar	Deixando de fumar sem mistérios	- Seu objetivo: sentir e usufruir os benefícios do parar de fumar; - Benefícios indiretos; - Benefícios a longo prazo; - E se você não parou? - Dicas para ajudá-lo a permanecer sem cigarros.
Manual do coordenador	Deixando de fumar sem mistérios		- Informações básicas; - Estrutura das sessões; - Conteúdo das sessões; - Roteiro para cada manual do participante.

**Figura 1** – Capas dos Manuais do Coordenador e Participantes, para tratamento do tabagismo



**Fonte:** INCA, 2011

O Quadro 3 demonstra a perspectiva conteudista por meio da qual os Manuais cumprem o papel de transmitir informações sobre variados temas. Nesse processo, eles buscam criar um universo semântico capaz de dizer e mostrar os elementos propiciadores do tabagismo, construindo paralelos com as doenças decorrentes dele. Para tal, evidencia a dependência à nicotina, como lidar com os sinais da abstinência, como permanecer sem fumar e os benefícios advindos com a cessação de fumar.

#### 4.4 O MANUAL DO COORDENADOR

O Coordenador é o profissional que realiza o tratamento do fumante; a ele cabe o papel do enunciador. Este profissional, segundo o protocolo, tem que ter nível universitário e ser capacitado, capacitação essa que é feita pelo Serviço de Controle do Tabagismo das Secretarias Estaduais de Saúde. O protocolo preconiza que as sessões de tratamento do tabagismo ocorram em grupo composto por dez a quinze pessoas, e sejam conduzidas por dois profissionais da saúde. Mas, na impossibilidade da presença de ambos, as sessões poderão ocorrer com apenas um profissional (BRASIL, 2004). (ANEXO 2)

A orientação é no sentido de que o tratamento ocorra em grupo para *“incentivar e apoiar as mudanças”* (MC:4). Esta preconização desconsidera o fato de que algumas pessoas não conseguem se colocar em grupo, manter um contato mais próximo com o outro, ou mesmo que apresentem dificuldades em expor suas frustrações e limitações. Nesse sentido, o papel do Coordenador é fundamental para assegurar a adesão do usuário.

O título do Manual – *“Deixando de fumar sem mistérios”* (MC), denota a ideia de que parar de fumar é algo relativamente simples. A frase assertiva indica uma posição do sujeito frente a essa situação e, para isso, ele conta com o apoio de um profissional. Isso fica explícito na capa do Manual, que mostra o desenho de um profissional de saúde trajando uniforme branco com uma cruz vermelha situada no bolso do jaleco.

Este profissional cumprimenta simpaticamente o fumante, representado pela figura do homem bem vestido com terno e gravata. Essa imagem mostra um dos elementos centrais no tratamento – a atitude receptiva do profissional, remetendo à ideia de acolhimento e cuidado na atenção à saúde. Ao fundo, nota-se a presença de um bebedouro de água mineral, e essa figura, mesmo que de modo implícito, indica para uma das prescrições necessárias ao tratamento – *“beba água”*, pois, segundo as orientações, beber a água é uma forma de combater a *“fissura”* pelo cigarro.

Diferentemente dos Manuais dos participantes, este apresenta um sumário que contém

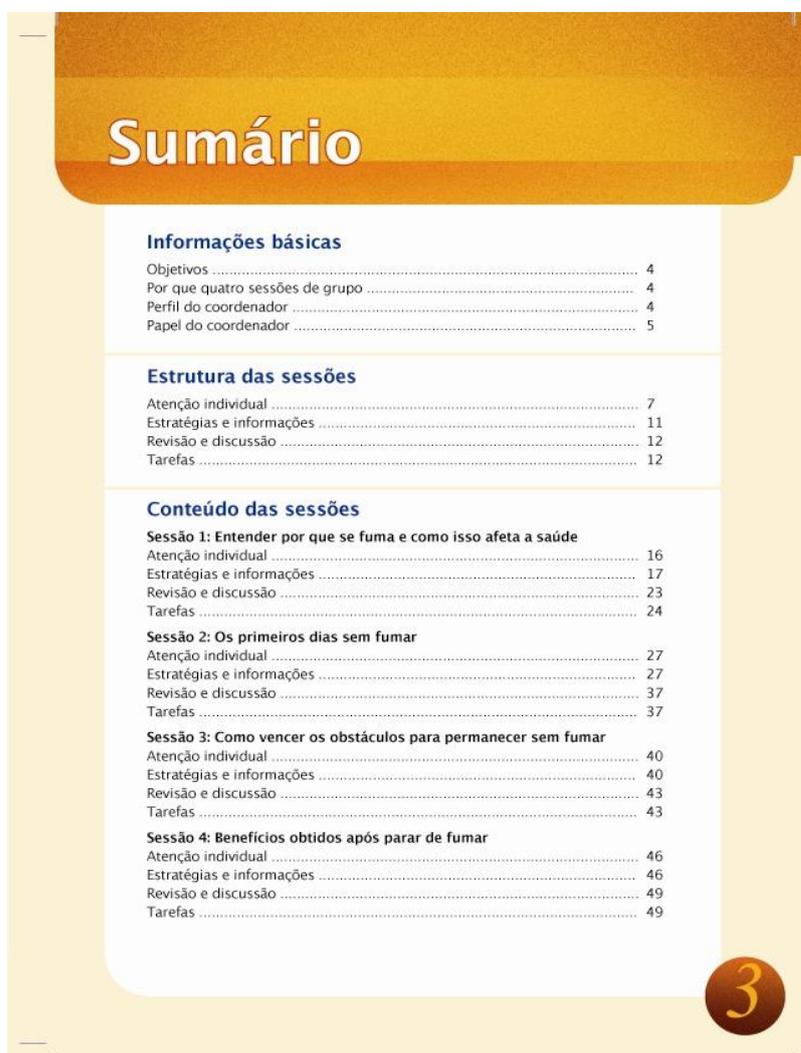
informações básicas, a estrutura das sessões e o conteúdo das mesmas. Em termos da forma, é semelhante aos Manuais do participante, apresentando o mesmo formato, cor, tipo de letra e de ilustrações (Figura 2).

Dentro das informações básicas há os objetivos:

“O programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida” (MC: 4; Figura 3, a seguir).

No conteúdo das sessões, o Manual apresenta as seguintes instruções: atenção individual, estratégias e informações, revisão, discussão e tarefas. Estes itens se repetem a cada sessão, e no início de cada uma consta a capa do Manual do participante correspondente. Na apresentação das mensagens, a linguagem é bem didática, explicando passo a passo o que o Coordenador deve fazer - *“Abra cada sessão, exceto a primeira, solicitando perguntas e estimulando”* (MC: 7). Esse roteiro apresenta a estrutura e o conteúdo das sessões, e explica como agir em cada uma.

**Figura 2** – Página com o sumário do manual do tratamento do tabagismo:  
Manual do Coordenador



The image shows a table of contents for a manual. The title 'Sumário' is in a large orange banner at the top. Below it, the content is organized into three main sections: 'Informações básicas', 'Estrutura das sessões', and 'Conteúdo das sessões'. Each section lists sub-topics with their corresponding page numbers. A small orange circle with the number '3' is located in the bottom right corner of the page.

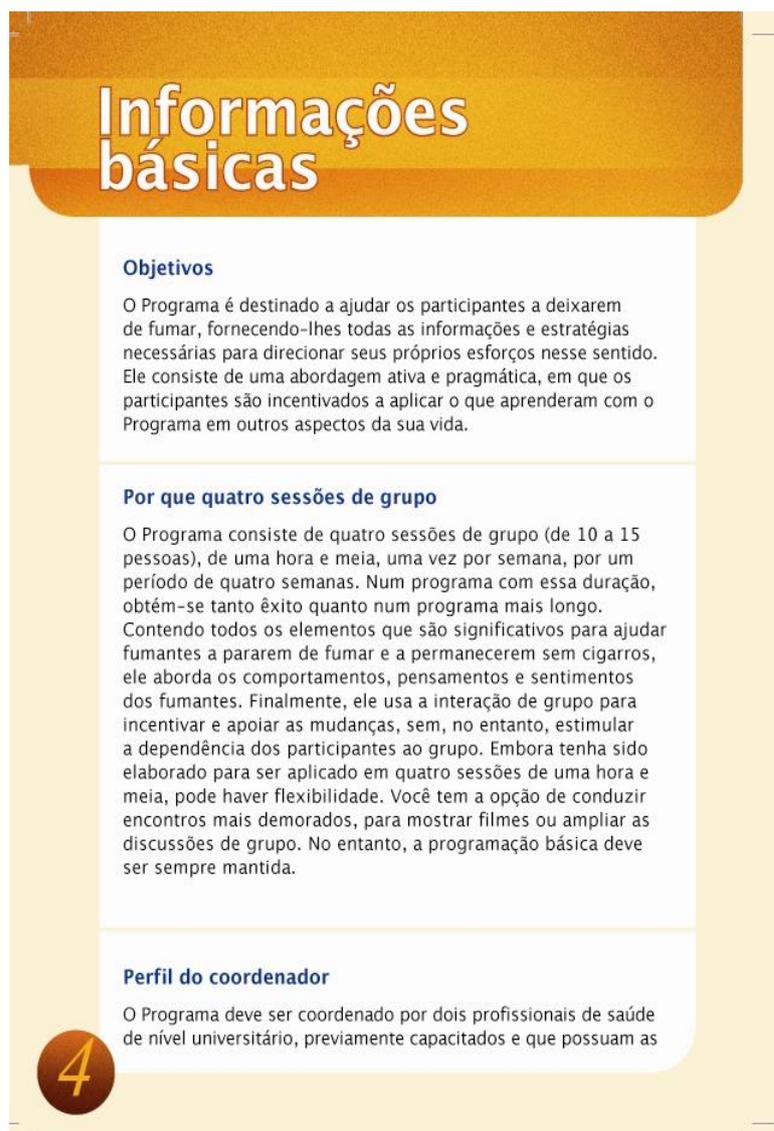
<b>Informações básicas</b>	
Objetivos .....	4
Por que quatro sessões de grupo .....	4
Perfil do coordenador .....	4
Papel do coordenador .....	5
<b>Estrutura das sessões</b>	
Atenção individual .....	7
Estratégias e informações .....	11
Revisão e discussão .....	12
Tarefas .....	12
<b>Conteúdo das sessões</b>	
<b>Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde</b>	
Atenção individual .....	16
Estratégias e informações .....	17
Revisão e discussão .....	23
Tarefas .....	24
<b>Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar</b>	
Atenção individual .....	27
Estratégias e informações .....	27
Revisão e discussão .....	37
Tarefas .....	37
<b>Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar</b>	
Atenção individual .....	40
Estratégias e informações .....	40
Revisão e discussão .....	43
Tarefas .....	43
<b>Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar</b>	
Atenção individual .....	46
Estratégias e informações .....	46
Revisão e discussão .....	49
Tarefas .....	49

**Fonte:** INCA, 2011

O embate ideológico que permeia o discurso sobre o tabagismo envolve diversos atores ocupando lugares diferenciados na arena discursiva. O Estado está em posição central neste mercado simbólico. O MS/ INCA está “no comando” das políticas de controle do tabagismo, exercendo o seu poder através da articulação do discurso cientificista sobre os malefícios do tabaco e implementando, concretamente, ações nos campos da prevenção e do tratamento. Do outro lado, nessa disputa, também em um lugar central na arena discursiva, encontra-se a indústria fumageira, com grande poder econômico e também político, através do *lobby* junto ao Congresso para que as políticas de controle do tabagismo não sejam aprovadas pelos congressistas (RANGEL, 2011).

Ocupam um espaço periférico nesta arena discursiva, geralmente com suas vozes silenciadas, os tabagistas com seus diversos graus de dependência à nicotina, construindo sentidos e percepções mediante uma situação com um certo grau de ambiguidade, pois a transformação do glamour do cigarro em vilão tem uma história recente, além da legalidade desta droga.

**Figura 3** – Informações básicas



## Informações básicas

### Objetivos

O Programa é destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes todas as informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido. Ele consiste de uma abordagem ativa e pragmática, em que os participantes são incentivados a aplicar o que aprenderam com o Programa em outros aspectos da sua vida.

### Por que quatro sessões de grupo

O Programa consiste de quatro sessões de grupo (de 10 a 15 pessoas), de uma hora e meia, uma vez por semana, por um período de quatro semanas. Num programa com essa duração, obtém-se tanto êxito quanto num programa mais longo. Contendo todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros, ele aborda os comportamentos, pensamentos e sentimentos dos fumantes. Finalmente, ele usa a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças, sem, no entanto, estimular a dependência dos participantes ao grupo. Embora tenha sido elaborado para ser aplicado em quatro sessões de uma hora e meia, pode haver flexibilidade. Você tem a opção de conduzir encontros mais demorados, para mostrar filmes ou ampliar as discussões de grupo. No entanto, a programação básica deve ser sempre mantida.

### Perfil do coordenador

O Programa deve ser coordenado por dois profissionais de saúde de nível universitário, previamente capacitados e que possuam as

4

**Fonte:** INCA, 2011

## 4.5 O MANUAL DOS PARTICIPANTES

### Primeiro Manual

No título do primeiro Manual “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde” (MP-1:capa), observa-se o uso do “SE” como um elemento da enunciação, no sentido de destacar a construção do sujeito. O emprego do “SE” evidencia que o sujeito é anônimo e o enunciado fala de algo que já foi dito. O enunciador é porta voz das explicações do “por que se fuma”, e detém o poder de fala (MARCUSCHI, s/d). Nota-se, também, que a frase “Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde” é o argumento central no modo de convocar para a leitura, contudo, a partir da página três, há uma mudança no sentido e do que se pede ao leitor – “Entender por que EU fumo e como isso afeta a MINHA saúde” (MP-1:3). Esse deslocamento semântico e, sobretudo, do lugar proposto ao destinatário, indica para a existência do Eu como sujeito da ação. O participante assume o protagonismo da história, sendo responsável pelo desejo de fumar e pelas providências para parar de fumar.

Os manuais de certa maneira interagem com o leitor. A princípio, manual sessão 1, o fumante é solicitado a realizar um teste para detectar se é dependente ou não da nicotina, caso positivo qual o tipo de dependência: física, comportamental ou psicológica. As perguntas usam advérbios de intensidade, como: muito, intenso, frequentemente o que remete a mostrar a dificuldade que é parar de fumar. Após as informações sobre cada tipo de dependência o fumante é “convidado” a refletir sobre a decisão em parar de fumar.

Nas páginas quatro e cinco, há uma interação entre enunciador e participante por meio da oferta de um teste auto aplicado para saber o grau de dependência. Ao todo, são nove perguntas, e cada bloco de três questões refere-se a um tipo de dependência, a saber: física, comportamental e psicológica. Observa-se que as três primeiras perguntas são praticamente idênticas, reforçando-se mutuamente, o que dificulta respostas distintas para alguma delas, pois, do contrário entraria em contradição. Quando se responde **sim** a pelo menos duas questões do mesmo bloco, configura-se o diagnóstico de qual tipo de dependência o fumante possui. O teste conduz todas as respostas para o **sim**, configurando uma justificativa e, ao mesmo tempo, uma utilidade para o manual. Sendo assim, imprime credibilidade aos conteúdos abordados.

Após as informações sobre cada tipo de dependência, o usuário é “convidado” a refletir sobre a decisão de parar de fumar. Novamente, o participante é convidado a interagir com o Manual listando os seus desejos em relação a parar ou não de fumar, e refletir sobre essa questão. Nesse momento da abordagem, são apresentados os métodos para deixar de fumar: parada abrupta, gradual, redução e adiamento (MP-1:8).

A parada **abrupta**, como o próprio nome sugere, consiste quando a interrupção de fumar ocorre de uma hora para outra, cessando totalmente o uso do cigarro. A **gradual** é uma estratégia em que o fumante vai parando aos poucos, mas não deve ultrapassar mais que duas semanas nesse processo. A **redução** implica na diminuição do número de cigarros, diariamente, até atingir a data que se pretende parar de fumar e, por último, a técnica do **adiamento** consiste em adiar a hora em que se começa a fumar progressivamente até chegar ao sétimo dia, momento em que se interrompe definitivamente o consumo do cigarro.

Observa-se que na abordagem dos métodos/técnicas para deixar de fumar, a linguagem é persuasiva, de modo que o destinatário prefira a parada **abrupta**, cujo argumento é o de que “*a maior parte dos indivíduos que conseguiram se tornar ex-fumantes pararam abruptamente*” (MP-1:10) sem, contudo, explicar as motivações que fizeram com que essas pessoas abandonassem o vício.

Esse processo de auto avaliação mostra uma forma de modelar ou condicionar o indivíduo a mudar suas atitudes. É proposto ao usuário que ele seja o protagonista de seu tratamento, direcionando-o a concluir em qual tipo de dependência está classificado, o que o leva a agir desse modo e, principalmente, poder optar se vai parar de fumar ou não.

Nos enunciados sobre a dependência psicológica, é mostrado o sentido de prazer proporcionado pelo cigarro como forma de convocar a leitura e a reflexão sobre esse tipo de dependência - “*muitas pessoas sentem que o cigarro as relaxa, elas fumam sempre que estão tensas*”; “*o cigarro parece **estender o prazer***”. O desejo também aparece relacionado ao ato de fumar envolvendo associações de comportamento - “*cada vez que você pega uma xícara de café, tem **desejo de fumar***” (MP-1:6).

O manual mostra a ambivalência entre parar ou continuar fumando: “*O que fazer?*”. “*Agora você **pode estar dividido**, questionando o seu desejo de parar de fumar*” (MP-1:7). Além disso, o participante é solicitado a fazer duas listas com os motivos: “*Por que desejo fumar?*” e “*Por que desejo parar de fumar?*” (MP-1:8). A ideia de elaborar listas faz uma associação com o hábito de criar metas como, por exemplo, no final do ano projetam-se metas através das quais a pessoa passa a sentir-se autora de sua própria história, alguém capaz de orientar-se em torno de objetivos concretos e organizados.

Antes da elaboração dessas listas, o leitor encontra no texto sobre “*O que fazer*”, os termos: “*Seja o mais **honesto***” e “*Seja **justo***” (MP-1:7). Nota-se nestes enunciados que os valores morais são acionados. O Manual indica ainda que as fragilidades de quem deseja parar de fumar são normais e previsíveis, reforçando que o fumante deve persistir no seu objetivo:

*“Em um curto período, seu desejo de fumar e sua necessidade de ser um fumante vão desaparecer”* (MP-1:9).

Novamente, observa-se que a linguagem utilizada é persuasiva, como demonstrado na frase - *“Lembre-se de que existem poucas decisões na vida que podem ser feitas na base de 100% de preferência”*; *“A maior parte dos indivíduos que conseguiram se tornar ex-fumantes pararam abruptamente”* (MP-1:9). Percebe-se, em outro trecho, uma linguagem que induz à ação - *“No entanto, você pode achar melhor adotar um método gradual”* (MP-1:9- 10).

O título mostra o discurso sanitário por meio da evocação de entidades do Governo para legitimar que o cigarro faz mal à saúde, onde a voz adverte *“Considere estas informações sobre o tabagismo e seus prejuízos à saúde”* (MP-1:12). No enunciado, isso fica mais claro - *“O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde como a principal causa evitável de morte”* (MC-1:12). A referência a essa Organização, que é uma autoridade no campo da Saúde pelo notório saber científico e político de seus atores, evoca o seu lugar como um centro colaborador através do Programa Tabaco ou Saúde (indicado na contra-capa dos Manuais) e confere credibilidade às ações que integram esse Programa.

O discurso sanitário pontua os malefícios do cigarro e das substâncias químicas envolvidas na sua fabricação: câncer, infarto envelhecimento prematuro da pele etc; a intenção é mobilizar os fatores negativos do cigarro, ou seja, usa a pedagogia do amedrontamento para provocar a adesão do usuário às atividades propostas (PIMENTA et al., 2007; KELLY-SANTOS et al., 2010). No final da página 12 do documento analisado, essa informação é ratificada por meio da figura do fumante que opta por largar o cigarro, joga o maço no lixo e, confiantemente, segue o seu caminho. Ou seja, adere aos passos indicados no tratamento do tabagismo.

## **Segundo Manual**

O Manual da segunda sessão, intitulado *“Os primeiros dias sem fumar”* (MP-2:capa), apresenta na capa o usuário registrando em um calendário, datas com um X vermelho sobre cada dia que está sem fumar. A cor vermelha da caneta utilizada pelo fumante remete a uma condição de alerta, ou seja, de atenção aos dias em que consegue resistir ao vício. Na contracapa, na parte superior da página, o título, seu objetivo, seguido de uma caricatura de um cigarro com a forma de um ser humano, com uma estatura maior que a figura do participante (destinatário) e com uma expressão sedutora oferecendo-se ao usuário (Figura 4). Do outro lado, o fumante muito seguro de si, com a palma da mão aberta em um sentido de PARE e a

outra mão com um gesto de negação. Observa-se neste texto (imagem e frase), o propósito deste número – levar o usuário a parar de fumar e mostrar que ele tem o controle da situação.

**Figura 4** – Os primeiros dias sem fumar



**Fonte:** INCA, 2011

A linguagem também é instrucional, injuntiva “*Você não deve, no entanto, esperar sentir uma angústia intensa com o resultado do parar do fumar*” (MP-2:4). É mostrado também um desenho do fumante bebendo dois copos de água, um seguido do outro, que é uma das recomendações para enfrentar a “fissura” (MP-2: 4).

Também fica nítida a linguagem persuasiva e ao mesmo tempo esquiva, no modo de dialogar com o usuário em um dos momentos mais difíceis para o fumante, que é a “fissura”, definida como um desejo intenso por cigarros. A frase “*a ‘fissura’ diminuirá após alguns dias e poderá até desaparecer completamente em cerca de duas semanas*” (MP-2:5). Este **poderá**, confere um sentido de que não há garantia apenas uma possibilidade. É utilizado **poderá** ao invés de uma informação mais direta, como: **você irá**.

Além da abordagem desse sintoma, o texto expõe também outras sensações desagradáveis como: tensão, formigamento ou dormência nas pernas, tonturas, porém, com afirmação de que vai passar em uma a duas semanas e sugere, no caso de tensão, sessões de relaxamento em que será orientado pelo Coordenador (MP-2: 7 a 11).

A temática sobre hábitos saudáveis é outro assunto relacionado ao tratamento do tabagismo. A linguagem é prescritiva, usando os verbos no imperativo – “**Beba** muita água; **coma** uma bala ou chiclete; **faça** atividade física; **respire** fundo; “*Um passo importante é ler as instruções sobre os exercícios que você selecionou, várias vezes*” (MP-2:6-7). Na sequência do texto, ainda sobre esse tema, os conteúdos destinam-se a ensinar o usuário a fazer exercícios para lidar com o estresse e a tensão – “*exercícios de respiração profunda, exercícios de relaxamento muscular e exercícios de fantasia em um estilo autoajuda*” (MP-2: 8-11). Na demonstração dos exercícios não há qualquer ilustração, apenas orientação por escrito.

Outro tema propõe relação direta entre o que se pensa e o que se faz, no sentido de estimular atitudes assertivas, objetivas, e que o usuário “*Pense Construtivamente*” (MP-2: 12). Para tal, recorre-se à linguagem pedagógica com o intuito de modelar comportamento: “*Ser positivo*”; “*ser assertivo (use frases curtas e diretas; demonstre que você assume responsabilidade pelos seus pensamentos, utilizando expressões como: ‘eu penso’, ‘eu acredito’, ‘na minha opinião’)*” (MP-2:12,13). Ainda em relação ao pensamento construtivo, são citados alguns sintomas da abstinência e como se pode interpretá-los:

“Por exemplo, o fumante frequentemente sente tonturas alguns dias após parar de fumar. Algumas pessoas podem ficar irritadas por se sentirem assim. Nesse caso, a tontura tende a piorar. Um outro indivíduo, no entanto, pode identificar a sensação de tontura como uma agradável experiência de euforia uma sensação de ‘estar alto’. Obviamente, esse segundo indivíduo vai se sentir menos estressado e provavelmente terá mais sucesso em se manter longe de cigarros”(MP-2:13).

Novamente, observa-se outro modo de buscar a interação por meio do preenchimento de uma tabela onde é sugerido ao fumante marcar as fontes de estresse e quais as atitudes para lidar com as mesmas - “*O conceito-chave é: pensamentos construtivos produzem sentimentos construtivos*” (MP-2: 15). É proposto neste teste, o passo a passo de como ser positivo, sendo essa uma condição para abandonar o cigarro. A linguagem persuasiva e prescritiva está presente nas frases que elucidam esse processo - “*Provavelmente você está passando pelos primeiros*

*dias sem cigarro. Concentre-se no fato de que esse é um momento único na sua vida, pois não irá mais fumar” (MP-2:15).*

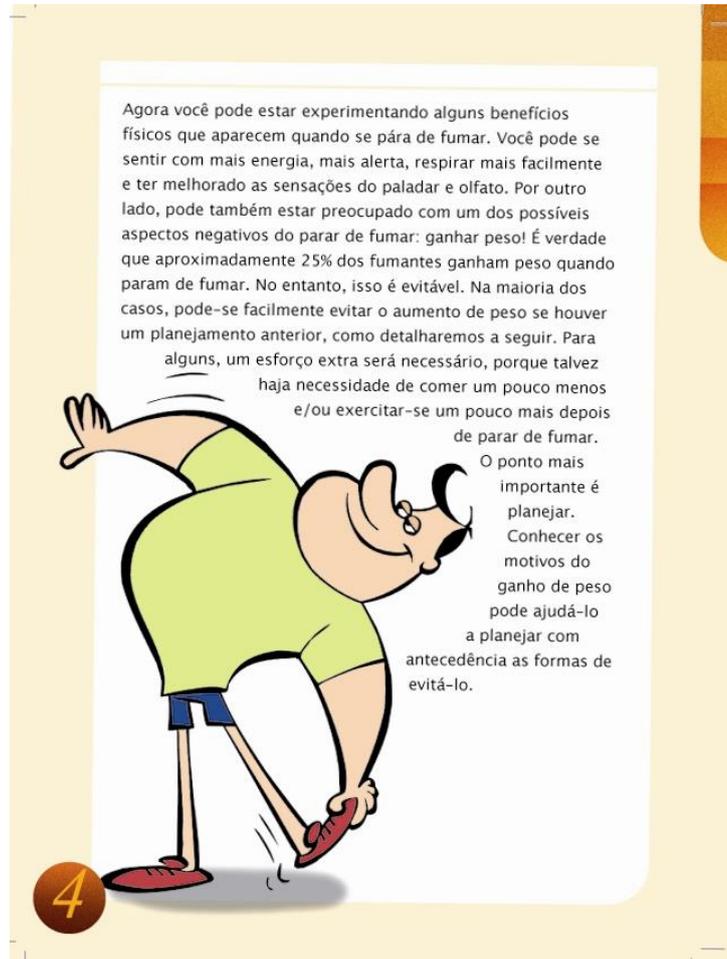
### **Terceiro manual**

A figura do participante é vinculada a outras imagens que expressam eventos do cotidiano. Como exemplo, um garçom servindo bebida, comida e cigarro sob a frase em vermelho – *“Vencer todos os obstáculos para permanecer sem cigarros” (MP-3:3)*. A capa deste exemplar mostra a figura de um conhecido oferecendo um cigarro e o usuário em posição parada, com as mãos colocando limite.

O terceiro Manual intitulado - *“Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar”*, tem um desenho na capa com o mesmo personagem de terno e gravata recusando um cigarro oferecido. Apresenta, na contracapa, o desenho do “ex fumante” rodeado por garçons, oferecendo as “tentações” como bebida alcoólica (vinho), cigarro e uma bela bandeja com comida (Figura 5). Essa imagem passa um sentido das tentações e seduções às quais o participante fica sujeito, e também de que o destinatário em questão é uma pessoa poderosa do ponto de vista econômico, já que os garçons apresentam uma postura serviçal ao oferecer produtos de consumo.

Na continuidade do tema hábitos e vida saudável, o ganho de peso, um dos possíveis aspectos negativos ao parar de fumar, é demonstrado na frase *“um esforço extra será necessário, porque talvez haja necessidade de comer um pouco menos e/ou exercitar-se um pouco mais, depois que parar de fumar” (MP-3:4)*. Pela primeira vez, o personagem que retrata o fumante que até então trajava sempre o terno com gravata, aparece com uma roupa de ginástica e tênis, em um desenho ilustrativo maior que os anteriores (MP-3:4). Ele apresenta um semblante alegre e relaxado.

**Figura 5** – Planejando para não engordar

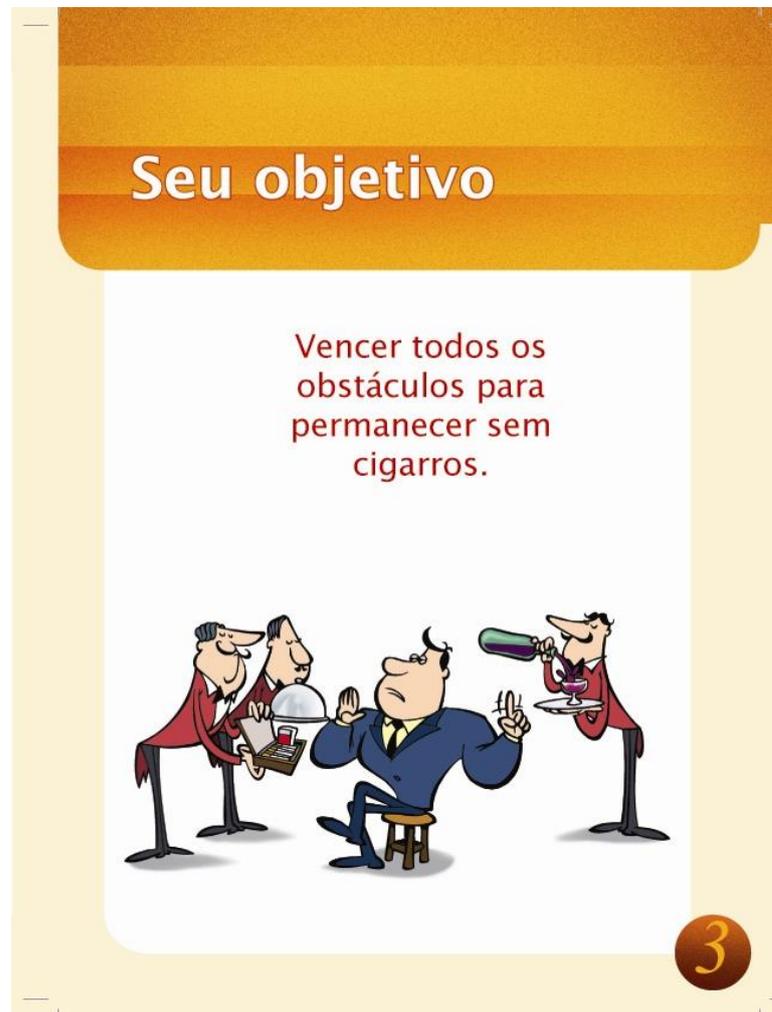


**Fonte:** INCA, 2011

Ainda sobre estilo de vida, a imagem do usuário, novamente, sem terno. Desta vez aparece com uma roupa de passeio e ouvindo música. Nota-se que o progresso conseguido com o ato de parar de fumar manifesta-se na libertação de um estilo mais opressor, rígido e sério, simbolizado pelo uso do terno (MC-3:6).

Na última página deste Manual, conclui-se que o fumante parou de fumar. Está livre, mas com um alerta para as possíveis fraquezas ou recaídas, sendo o usuário orientado a pedir ajuda se necessitar, por se sentir frágil perante a empreitada de largar o vício.

**Figura 6** – Vencer os obstáculos para permanecer sem cigarros



**Fonte:** INCA, 2011

### **Quarto Manual**

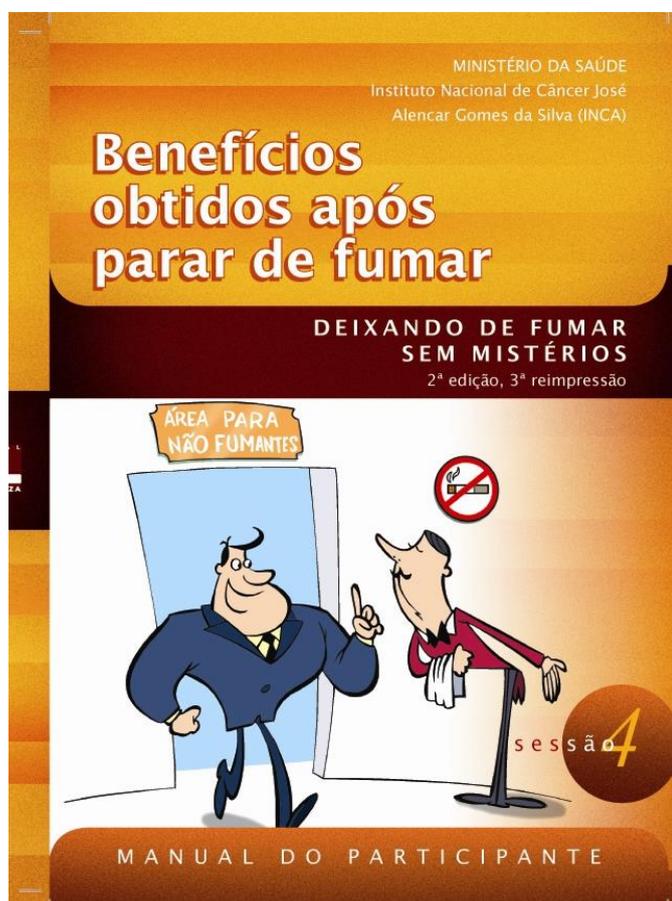
O último Manual apresenta o título - *“Benefícios obtidos após parar de fumar”*. A capa mostra o ex-fumante (que é o mesmo personagem, desde o início) com seu terno e gravata, com uma expressão alegre e decidida, entrando em um restaurante e sendo recebido por um garçom. Nesse desenho, percebe-se claramente a consonância com as políticas implementadas no controle do tabagismo: uma placa com os dizeres: *“Área para não fumantes”* e uma placa com o símbolo de *“Proibido fumar”* (Figura 6).

A contracapa traz o título - *“Sentir e usufruir os benefícios do parar de fumar”* e mostra o usuário do Programa. Neste fascículo, o destinatário é representado como um vencedor; agora ele é um ex-fumante, e isso é mostrado nas figuras em que ele porta trajes esportivos (bermuda, camiseta e tênis), pratica esportes e, por fim, fazendo uma reflexão de como seria se não tivesse

parado de fumar. Aparece uma figura abatida e com “ar” de derrotado dentro de uma nuvenzinha, que representa o pensamento dele (MC-4:3).

A autoestima é o elemento valorizado - *“Sua autoestima deve ter melhorado”* e a prevenção de recaídas - *“Prevenindo a recaída”*: *“a seguir, relacionaremos as principais razões pelas quais muitos indivíduos voltam a fumar”* *“Lembre-se: avaliar com antecedência os motivos é fundamental para evitar esses episódios”* (MC-4:4). Na página seguinte, o mesmo personagem de terno e gravata, alegre, com um sinal de positivo na mão esquerda e pulando de alegria, recebendo “parabéns”.

Como reforço ao êxito obtido, a narrativa continua com o título - *“E se você não parou?”* (MC-4:6) e mostra outro personagem que, de forma a manter a coesão entre os enunciados, é o mesmo que oferece cigarros para o ex- fumante na capa do terceiro Manual, com um “ar” abatido e triste com um cigarro preso aos lábios e um pensamento de estar apagando o cigarro em um cinzeiro. Para terminar o Manual, *“Dicas para ajudá-lo a permanecer sem cigarros”* (MP-4:9).

**Figura 7** – Manual número 4 do Participante

**Fonte:** INCA, 2011

As narrativas presentes nos manuais, advindas dos discursos do MS, garantem um respaldo de legitimidade discursiva. A formação discursiva determina o que pode e deve ser dito pelo enunciador a partir do lugar, da posição social, histórica e ideológica que ele ocupa (BRANDÃO, 2013). O MS ocupa o lugar da autoridade máxima em saúde no país, o que lhe confere fé pública e credibilidade.

Mediante o exposto, observa-se que os discursos do tabagismo são constituídos pelo saber biomédico e também por proposições sanitárias pautadas na concepção de estilo de vida saudável. Portanto, podemos considerar que tratamento do tabagismo está fundado em uma concepção de cuidado utilitarista (CAPONI, 2004). Neste sentido, a assistência, ancorada no conhecimento científico, é reconhecida como lugar por onde o cuidado é regulado pelo poder médico-sanitário. Essa dimensão está proposta tanto na abordagem de conteúdos, mas, sobretudo, na constituição das relações hierárquicas e assimétricas entre enunciador e destinatário.

## CONCLUSÃO

Na pesquisa sobre comunicação do Programa de Tratamento do Tabagismo, por meio da análise de manuais adotados nas sessões de cessação de fumar, identificou-se que eles estão alinhados com as diretrizes políticas deste campo e têm como propósito transmitir orientações sobre as atividades que integram as etapas do tratamento. O modo como essas informações são transmitidas e a comunicação adotada segue a linha cognitivo-comportamental na modelagem de atitudes e comportamentos para um estilo de vida saudável. A linguagem persuasiva e prescritiva, própria de textos injuntivos como o são os manuais e cartilhas, é empregada para essa finalidade. Questionários de auto avaliação e frases, são recursos utilizados para mobilizar o pensamento construtivo e positivo requeridos na adesão ao tratamento.

O saber biomédico está na base para a abordagem de um conjunto de temas que tratam a dependência física e psicológica à nicotina, presente nos derivados do tabaco, e os malefícios que os componentes do cigarro trazem para a saúde. Como subsídio para substituir o cigarro, são propostas estratégias que reforçam alguns hábitos a serem incorporados para melhoria da saúde como, por exemplo, exercícios físicos, alimentação adequada e diminuição dos fatores de estresse.

Se, de um lado, essa concepção é legítima pelo campo biomédico, por outro, ela pode imprimir limites no processo comunicativo, se todos os sujeitos forem considerados iguais e sob as mesmas condições de vida, inclusive aquelas que motivam o uso do cigarro ou a sua interrupção, como lidar com a diversidade cultural e as especificidades dos diferentes grupos sociais. Essa visão no cuidado e atenção, presente nos manuais, é reveladora do quanto uma das premissas valiosas na clínica - a de que “cada caso é um caso” - é remediada e, até desconsiderada no esquema de tratamento proposto.

Essa concepção, citada anteriormente, apresenta similaridade com o modelo informacional de comunicação, o qual fica evidente nos manuais que cumprem a função, o que não difere de outros programas de saúde, conforme pesquisas neste campo. Esse modelo pressupõe um processo comunicativo fragmentado, unidirecional e linear. O enunciador transmite a mensagem - o seu saber - para que o receptor a decodifique. No caso do tabagismo, ganha contornos expressivos na medida em que os manuais ocupam um lugar central no modo de ativar a comunicação sobre os discursos do tabagismo e auxiliar no tratamento. A perspectiva linear e o privilégio dado ao discurso biomédico são fatores que levam à subutilização destes materiais e à diminuição do diálogo entre profissionais e usuários do Programa.

Outra questão observada foi em relação aos desenhos utilizados nos manuais, que são infantilizados e não levam em conta a diversidade sócio, econômica, cultural e histórica dos destinatários, o que pode ser um elemento que limite o reconhecimento e a identificação dos usuários com as mensagens propostas. O desenho que ilustra a capa, citado anteriormente, é a figura de um homem vestindo um terno e gravata. Na nossa sociedade, de maneira geral, o uso de terno e gravata está condicionado a uma classe social mais abastada, principalmente executivos, advogados, etc, contrapondo as estatísticas epidemiológicas que apontam para maior prevalência do tabagismo na população com menor escolaridade e, possivelmente, menor poder aquisitivo (IGLESIAS, 2008).

Outro ponto observado foi a ausência das representações feminina e de adolescentes nos Manuais, uma população que merece investimento das políticas públicas de um modo geral. Neste estudo, identificou-se que é um segmento negligenciado na agenda pública. Como citado anteriormente, existem artigos que abordam os objetivos da indústria fumageira ao atrair as mulheres e os jovens, através do seu *marketing*, para se tornarem tabagistas. As mulheres, por apresentarem maior dificuldade em abandonar o vício pelo cigarro (VIGITEL, 2010); os jovens, pela possibilidade de terem muitos anos para manter o vício, substituindo os tabagistas antigos que não resistem aos problemas de saúde causados pelo cigarro (CAVALCANTE, 2005).

Essa análise mobiliza alguns questionamentos a serem desenvolvidos em futuras pesquisas sobre a comunicação e o tabagismo. Será que um atendimento personalizado e individualizado contribuiria para processos comunicativos inclusivos e menos verticais? Mesmo com uma comunicação pautada na responsabilização e na culpabilização do sujeito, houve uma queda na prevalência da doença tabagismo, do início da implantação das políticas de controle, que era de 32,6%, em 1989, e, em 2008, essa taxa diminuiu para 17,5%. Isso leva a pensar que as políticas estão no caminho certo. Mas será que conhecer melhor essa população, em termos dos valores, costumes, crenças pode favorecer a compreensão dos fatores que mantém o tabagismo como um problema de saúde pública?

Também é necessário pensar até que ponto uma comunicação mais contextualizada e que inclua diferentes atores, entre eles, os próprios usuários do Programa, nos processos políticos, pode indicar novos debates e auxiliar na identificação de problemas enfrentados nos diversos níveis – da gestão, da assistência, da realidade do usuário. Essa proposta pode apontar para a necessidade de avaliação e revisão do protocolo do tratamento, assim como o número de sessões, o atendimento individualizado, e principalmente a criação de estratégias e práticas comunicativas focadas em contextos específicos e que integrem diferentes saberes nas intervenções planejadas.

Mediante os achados desta pesquisa, investigações sobre as etapas da circulação e apropriação intrínsecas ao processo comunicativo, seriam importantes para se pensar novas maneiras de transmissões dos saberes. Pesquisas desta natureza podem indicar as mediações existentes na comunicação do tabagismo e analisar as práticas existentes no contexto dos serviços de saúde, envolvendo diferentes pontos de vista – dos gestores, profissionais da assistência, usuários dos programas, familiares, dentre outros.

## REFERÊNCIAS

ALDAY, J. et al. Smoke-free São Paulo: a campaign evaluation and the case for sustained mass media investment. **Salud Pública Mex.**, v. 52, supl. 2, s.216-25. 2010.

AMOS, A. Women and smoking. **British Medical Bulletin**, v. 52, n. 1, p. 74-89. 1996.  
Disponível em: <[http:// bmb. Oxfordjournals. Org](http://bmb.oxfordjournals.org)>. Acesso em : 18. mai. 2013.

ANDRADE, V. COELHO, M. A. S. M. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. **Rev Bras De Cancerologia**, v. 43, n. 1, 1997. Rio de Janeiro. Disponível em: [http://www1. Inca.gov.br/rbc/n\\_43/v01/sumario.html](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/sumario.html). Acesso: 22/03/2014.

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciências de la Comunicacion**, v. 16, p. 104-115. 2009.

\_\_\_\_\_. CARDOSO, JM. Comunicação e Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA. J.C.F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 94-103.

\_\_\_\_\_. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. **Reciis**, v. 3, n.3, p. 42-50. 2009.

\_\_\_\_\_. **A reconversão do olhar**. São Leopoldo, RS: Unisinos; 2000.

\_\_\_\_\_. **Mercado Simbólico**: interlocução, luta, poder- um modelo de comunicação para políticas públicas, 2002. Tese (doutorado) . Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2002

\_\_\_\_\_. CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

BACCEGA, M. A. Discurso, Ficção, Realidade. In: FÍGARO, R. (Org.). **Comunicação e Análise do Discurso**. São Paulo: Contexto, 2013.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BEJARANO, O.J.; BLANCO H.L. Tabaco, publicidad y salud: desafios en la decada de los anos 90. **Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**, 69 p. tab. 1995.

BENVENISTE, E. **Problemas de Linguística Geral II**. São Paulo: editora Pontes, 2006.

BERLIVET, L. Information is not good enough: the transformation of health education in France in the late 1970s. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, n. 1, p. 7-10. 2008.

BLAKE, K.D. et al. The role tobacco-specific media exposure, knowledge and smoking status on selected attitudes toward tobacco control. **Nicotine Tob Res**, n. 12, v. 2, 117-26. 2010.

BOEIRA, S. L.. **Atrás da Cortina de fumaça**: Tabaco. Tabagismo e meio ambiente: Estratégias da indústria e dilemas da crítica. Itajaí, SC: ed. Univali, 2002.

BRANDÃO, H. N. **Comunicação e Análise do Discurso**. In: Figaro, R. org. São Paulo, SP: ed. Contexto, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Por um mundo sem tabaco**-Mobilização da Sociedade Civil-Ação Global para o Controle do Tabaco-1º Tratado Internacional de Saúde Pública. MS. INCA. 3. ed. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagem e Tratamento do Fumante-Consenso**. INCA. CONPREV. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Cancer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009**. RJ. INCA. 59p. tab, ilus. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Agencia de Notícias dos Direitos da Infância. **Mídia & Drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira**. 2004.

BRASIL. **Cnes Datasus**. Internet: [cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br). Acesso em 18/ 11/ 2013.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 5, p. 283-300. 2005.

\_\_\_\_\_. **O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar**. 2001. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2001.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses-United States, 2000-2004**. Morbidity and Mortality Weekly report, v. 57, n. 45, p. 1226-28. 2008.

COWELL, A.J. et al. Assessing the impact of the national “truth” antismoking campaign on beliefs, attitudes, and intent to smoke by race/ethnicity. **Ethn Health**, v. 14, n. 1, p. 75-91. 2009.

COWLING, D.W.; MODAYIL, M.V.; STEVENS, C. Assessing the relationship between ad volume and awareness of a tobacco education media campaign. **Tobacco Control**, v. 19, n. 1, p. 37-42, 2010.

DUNLOP, S.M. et al. Tobacco in the News: associations between News coverage, News recall and smoking-related outcomes in a sample of Australian smokers and recent quitters. **Health Educ Res**, n. 27, v. 1, p. 160-71, 2012.

DURKIN, S.; BRENNAN, E.; WAKEFIELD, M. Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. **Tobacco Control**, n. 21, v. 2, p. 127-38, 2012.

DIGA NÃO à propaganda de cigarros. Produção de Adriana Dutra. Inffinito; Afinal; VIDEOCASSETE. Rio de Janeiro. 2011.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social**. Brasília. Ed.UNB. 2001.

FIORIN, J. L. **Elementos de Análise do Discurso**. São Paulo, SP. Ed. Contexto, 2008.

GOLDFARB, L. M. da C. S. Especial: **Programa Saber Saúde**: Promoção da Saúde no dia-a-dia da escola. Boletim 14. Set. 2006. Disponível em: [www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/162207sabersaude.pdf](http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/162207sabersaude.pdf). Acesso em: 10. jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de um Programa Piloto de Prevenção do Tabagismo em quatro escolas do Município do Rio de Janeiro. 2000**. Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

GONZALEZ, R.M.; GOICOLEA, S.M.; QUINTANA, A.S. Um bolero para Eduardo y Anillos de Oro. Difusion televisiva de actitud ante los tóxicos en dos latitudes. **Rev Hosp Psiquiat La Habana**, v. 34, n. 1, p. 13-6.1994.

HAMMOND, D.; REID, D.; JESSICA, L. Advertencias sanitarias en los productos de Tabaco: prácticas internacionales. **Salud Pública Méx.**,v. 54, n. 3, p. 270-80, 2012.

HERSEY, J.C. et al. How state counter-industry campaigns help prime perceptions of tobacco industry practices to promote reductions in youth smoking. **Tobacco Control**, v. 14, n. 6, p. 377-83. 2005.

IBRAHIM, J.K.; GLANTZ, S.A. Tobacco industry litigation strategies to oppose media campaigns. **Tobacco Control**, v. 15, n. 1, p. 50-8, 2006.

IGLESIAS, R. et al. Documento de discussão-saúde, nutrição e população (HNP), Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. **Epidemiologia Serviço Saúde**, v. 17, n. 4, p. 301-04. 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Falando sobre o câncer de boca**. 2002. Disponível em:

<[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/falando\\_sobre\\_cancer\\_boca.Pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/falando_sobre_cancer_boca.Pdf)>. Acesso em: 11. Abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle de Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer**: modelo lógico e avaliação. 2013a. Disponível em:

<[www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa\\_de\\_tabagismo.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf)>. Acesso em: 11. Abr. 2013.

\_\_\_\_\_. **Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil**. 2003b. Disponível em: <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/23estimativas\\_incidencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/23estimativas_incidencia.pdf)>. Acesso em: 08. Jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **c. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco**. Disponível em:

<[www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/tratamento\\_tabagismo](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/tratamento_tabagismo)>. Acesso em 08. jun. 2013.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Especial de Tabagismo**: relatório Brasil/ Instituto Nacional de Cancer. Organização Pan-americana de Saúde. Rio de Janeiro. 2011.

IVANOVIC, D.M.; CASTRO, C.G.; IVANOVIC, R.M. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación básica y media del Chile. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 30-43. 1997.

JAIQUES, T. A. **Impasses e estratégias**: Convenção-Quadro e controle do tabagismo no Brasil (1986-2005). 2010. Dissertação (mestrado)-Casa de Oswaldo Cruz, História das Ciências, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Dos usos e abusos do cigarro: o hábito que se tornou vício. In: 1ª Jornada de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2011. Disponível em: [www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos%20e%20do%20do%20cigarros.pdf](http://www.historiadocancer.coc.fiocruz.br/images/site/pdfs/dos%20e%20do%20do%20cigarros.pdf). Acesso em: 01.mai.2013.

JOVES, R.; MANUEL, D. Estrategia de comunicaci3n y control del tabaquismo: informe de grupos focales. **OPS**, 70 p. Santaf3 de Bogot3, DC. 1998.

KELLY- SANTOS, A. **Análise do processo comunicativo mediado por impressos**: o ponto de vista dos atores dos Programas de Saúde do Trabalhador. 2003. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. **A palavra & as coisas**: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase. 2009. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2009.

KELLY- SANTOS, A. et al. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 37-51, março, 2010.

LACERDA, A.E.; MASTROIANNI, F.C.; NOTO, A.R. Tobacco in the media: analysis of journalistic texts in the year of 2006. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 725-31. 2010.

LAGUNO, A. et al. Análisis de la cobertura del tema de Tabaco en medios impresos mexicanos. **Salud Pública Mex.**, v. 50, n. 3, p. 348-354. 2008.

LANE, CH.; CARTER, M.I. El papel de la abogacía en medios de comunicación para la promoción de políticas del control del tabaco. **Salud Pública Méx.**,v. 54, n. 3, p. 281-88, 2012.

LEE, S.T.; CHENG, I.H. Assessing the tares as an ethical model for antismoking ads. **J. Health Commun**, v. 15, n. 1, p. 55-75, 2010.

LEITÃO FILHO et al. Levantamento randomizado sobre a prevalência de tabagismo nos maiores municípios do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 12, p. 1204-11, 2009.

LOPEZ, A. D. et al. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, v. 3, p. 242-247, 1994.

MACHADO, A.S.N. et al. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador(BA). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 6, p. 674-682, 2010.

MALCON, M. C. et al. Efetividade de uma intervenção educacional em tabagismo entre adolescentes escolares. **Rev Bra Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 63-72. 2011.  
Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/06.pdf). Acesso em : 10.jun.2013.

MARCOS, M. L. Comunicação e Comunicabilidade. In *O Indivíduo e as Mídias*. Organizadores: NETO, A. F. e PINTO, M. ed. Diadorim. RJ. 1996.

MARCUSCHI, L. A. **Processos de Produção Textual**. Disponível em:  
[pt.slideshare.net/livfernandes/produo-textual-ii-aula-3](http://pt.slideshare.net/livfernandes/produo-textual-ii-aula-3). Acesso: maio de 2014.

MENEZES, A. M. B. Epidemiologia do Tabagismo no Brasil. In: VIEGAS, C. A. A. (Coord.) **Tabagismo: do diagnóstico à Saúde Pública**. São Paulo: Atheneu, 2007.

\_\_\_\_\_ et al. Tabagismo na Coorte de Nascimentos de 1982: da adolescência à vida adulta. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, Suppl. 2, Dec., 2008.

- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**- teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis**, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito>. Acesso em: 29 jun.2013.
- MITCHELL, J.; ROSENBERG, M.; WOOD, L. Adolescents with attitude changes in views about smoking over time. **Health Promot J Austr**, n. 19, v. 2, p. 109-12, 2008.
- MOKDAD et al. Actual causes of death in the United States, 2000. **Journal of the American Medical Association**, v. 291, n. 10, p. 1238-45. 2004.
- MONTEIRO, S.; VARGAS, E. **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro. 2006.
- MOUTINHO, A. V. Publicidade, tabaco e estratégias. In: **Actas das III jornadas Publicidade e comunicação**, 2008, Porto. Universidade Fernando Pessoa. 2008. Disponível em: <bdigital.ufp.pt/handle/10284/752>. Acesso em: 22.mai.2013.
- MOZDZENSK, L. P. A formação sócio histórica do gênero cartilha jurídica. Acesso a Internet: [linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/cd/Port/68.pdf](http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/cd/Port/68.pdf); 2006.
- MULLIN S. et al. Increasing evidence for the efficacy of tobacco control mass media communication programming in low-and middle-income countries. **J Health Commum**, n. 16, v. 2, . 49-58, 2011.
- MUSK, A. W.; DE KLERK, N. H. History of tobacco and health. **Respirology**, v. 8, p. 286-290, 2003. Disponível em: <[toxicology.usu.edu/endnote/musk-history-tobacco-health-respirology-8-286.2003.pdf](http://toxicology.usu.edu/endnote/musk-history-tobacco-health-respirology-8-286.2003.pdf)>. acesso em: 18.mai.2013.
- NATANSOHN, G. Comunicação & Saúde: interfaces e diálogos possíveis. **Rev Economía Política de Las Tecnologías de La Información y Comunicación**, v. 6, n. 2, Mayo-Ago. 2004.
- NAVARRO, L. et al. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente. **Salud UNINORTE**, v. 21, p. 3-14, 2005.
- OCHOA, M. Memorias del Primer Seminario Nacional sobre Estrategias en Prevencion y Control del Tabaquismo para el Sector Educativo. **Consejo Nacional de Cigarrillo y Salud**, 85 p. tab. Bogotá, Colombia. 1989.
- OLIVEIRA, V.C. Comunicação, Informação e Participação Popular nos Conselhos de saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n. 2, p. 56-69. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta.** 2004.

\_\_\_\_\_. **Planificación estratégica para abogar en favor del control del tabaco.** OPS. Guia Planificación Estratégica para el control del Tabaco. Washington, D. C. 2004.

PEREZ, C. A. et al. Disque Saúde Pare de Fumar no Brasil: uma fonte de informação a mais para a população. **Rev Bras Cancerologia**, v. 57, n. 3, p. 337-344. 2011.

PIERCE, J.P.; WHITE, V.M.; EMERY, S.L. What public health strategies are needed to reduce smoking initiation? **Tobacco Control**, v. 21, n. 2, p. 258-64. 2012.

PIMENTA N. D. et al. A ética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 23, v. 5, p. 1161-71, 2007.

PINTO, M. J. **Comunicação e Discurso.** São Paulo: Hacker, 1999.

PINTO, M.; UGÁ, M. A. Os custos das doenças tabaco- relacionadas para o Sistema Único de Saúde. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p. 1234-1245, jun., 2010.

PITTA, A. M. R. (Org.). **Interrogando os campos da saúde e da comunicação:** notas para o debate. In Saúde e Comunicação, visibilidades e silêncio. São Paulo: Hacker/ Abrasco, 1995.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE C. C. Stages and process self change of smoking: Toward an Integrative Model of Change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395. 1986.

QUEIROZ, D. T. et al. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83. 2007.

RANGEL, E. C. **Enfrentamento do controle do tabagismo no Brasil:** o papel das audiências públicas no Senado Federal na ratificação da Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo (2004/ 2005). Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2011.

REBERTE, L. M. et al. O proceso de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jan/ fev., 2012.

REINALDO, M.A.S.; GOECKING, C.S.; SILVEIRA, B.V. Impacto das imagens de prevenção do uso de tabaco veiculadas em maços de cigarro na perspectiva de adolescentes. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 364-72. 2012.

RIBEIRO, A. P. G. Discurso e Poder: a contribuição barthesiana para os estudos de linguagem. **Rev Bras Ciências da Comunicação**, São Paulo, v. XXVII, n. 1. jan/jun., 2004.

ROSA, D. C. et al. A Análise do Discurso na tirinha da personagem “Mafalda”. **Identidade Científica**, v. 3, n. 1, p. 72-83. 2012.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003. Disponível em: [www.inca.gov.br/tabagismo/publicações/nicotina/pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicações/nicotina/pdf). Acesso em: 11.abr.2013.

\_\_\_\_\_. **Pandemia do Tabagismo: enfoques históricos e atuais**. Centro de vigilância Epidemiológica. São Paulo. 2002.

ROZEMBERG, B. et al. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 16, nov/dec., 2002.

RUAS, E.C.M. **Imagens de advertências impressas nos maços de cigarros brasileiros: um estudo de caso**. 2012. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2012.

SANSORES, R.H. et al. Impacto de los médios de comunicación masiva en una campanã antitabaco. **Salud Pública Mex.**, v. 44, supl. 1, s. 101-08, 2002.

SILVA, A.S. **Sinais de Fumaça: narrativas de risco nas imagens das advertências sanitárias nos maços de cigarro**. 2011. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, RJ, 2011.

SILVA, L. X. **Análise do complexo agroindustrial fumageiro sul-brasileiro sob o enfoque da economia dos custos de transação**. 2002. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: [www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/629.pdf](http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/629.pdf). Acesso em: 06.jun.2013.

SOGOCIO, M. P. de S. C. **O Brasil Adverte: Fumar é prejudicial à saúde: análise do processo de ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. 2008. Dissertação (mestrado)-Instituto Rio Branco do Ministério das Relações Exteriores, Brasília, 2008. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/353\\_mestrado\\_ratificacaocqct.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/353_mestrado_ratificacaocqct.pdf). Acesso em: 08.jun.2013.

SOUZA, A.S.; CAMPOS, C.J.G. Imagens aversivas nos maços de cigarro: Significados atribuídos por universitários da área de saúde de uma universidade pública estatal. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 1, p. 38-44, 2011.

SPINK, M.J.; LISBOA, M.S.; GUEDES, F.R. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 13, n. 29, p. 353-65, 2009.

SZKLO AS. et al. Estratégia de recrutamento de fumantes no metro do Rio de Janeiro, Brasil, para ampliar o acesso a linhas telefônicas de apoio à cessação: impacto da novidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2524-28. 2009.

\_\_\_\_\_. Revisão sobre estratégias de captação de fumantes: a perspectiva de impacto sobre a população. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 5621-34. 2008.

\_\_\_\_\_. **Influência do grau de dependência do fumante na efetividade de duas estratégias de comunicação em captar fumantes para um serviço de aconselhamento telefônico: estudo conduzido no dia-a-dia de duas estações de Metrô da cidade do Rio de Janeiro.** 2010. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2010.

VALLONE, D.M. et al. A national mass media smoking cessation campaign: effects by race/ethnicity and education. **Am J Health Promot**, n. 25, v. 5, 38-50. 2011.

VASCONCELLOS-SILVA, P. R. et al. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental: uma revisão de literatura sobre impressos hospitalares. **Rev Saúde Pública**. n. 37, v. 4, p. 531-42, 2003.

VELICER, W.F.; PROCHASKA, J.O.; REDDING, C.A. Tailored communications for smoking cessation: past successes and future directions. **Drug Alcohol Rev**, v. 25, n. 1, p. 49-57, 2006.

VIEGAS, C. A. A. **Tabagismo do Diagnóstico à Saúde Pública.** São Paulo: Atheneu, 2007.

WAKEFIELD, M.A. et al. Effects of mass media campaign exposure intensity and durability on quit attempts in a population-based cohort study. **Health Educ Res**, n. 26, v. 6, p. 988-97, 2011.

WILSON, L.M. et al. Impacto f tobacco control interventions on smoking initiation, cessation and prevalence: a systematic review. **J Environ Public Health**, v. 06/2012, 2012.

WÜNSCH FILHO et al. Tabagismo e Câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Rev Bras Epidemiologia**, n. 13, v. 2, p. 175-87, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Tabaco e pobreza, um círculo vicioso: a Convenção-Quadro de Controle do Tabaco: uma resposta.** 2004.

ANEXOS

ANEXO A



## ANEXO A



The advertisement features a central photograph of a man in a white shirt and dark vest, a woman in a black dress, and another man in a blue jacket, all smiling and holding glasses in a social setting. The photo is framed by a thick red border. Below the photo, the text 'LADY'S FIRST' is written in large, white, bold, sans-serif capital letters. In the foreground, a pack of 'kim' cigarettes is shown, with 'Slim Size' written in red cursive above the brand name 'kim' in black. Below the pack, the words 'LIGHT AND SLIM' are printed in red, bold, sans-serif capital letters. To the left of the pack, a single cigarette is shown vertically. Below the pack, the text 'New York - London - Paris' is visible in small letters.

A KARCSÚ FORMA  
ÉS A VÁLOGATOTT  
DOHÁNYFAJTÁK HARMÓNIAJA

**LIGHT AND SLIM**

A DOHÁNYZÁS KÁROS AZ EGÉSZSÉGRE!

**ANEXO B**



**ANEXO C**



## ANEXO D

### **PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DEPENDÊNCIA À NICOTINA**

#### 1 - Introdução:

A abordagem do fumante para a cessação de fumar tem como eixo central, intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, visando a cessação e a prevenção de recaída. Em casos específicos pode ser utilizado um apoio medicamentoso. De acordo com estudos científicos internacionais os medicamentos atualmente considerados eficazes são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através de adesivo transdérmico ou goma de mascar; e Bupropiona, que também são considerados medicamentos de 1ª linha. A utilização desses medicamentos deve sempre ser feita juntamente com a abordagem cognitivo-comportamental, e nunca isoladamente (Fiore, 2000, Ministério da Saúde, 2001).

As recomendações abaixo estão referendadas na publicação Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante publicada pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, que por sua vez baseou-se em estudos de meta-análise da literatura mundial, sobre cessação do tabagismo.

#### 2 - Classificação CID 10: F17.

#### 3 - Diagnóstico Clínico: Critério de Fumante e de Dependência Física à Nicotina:

É considerado fumante o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS, 1995)

É considerado dependente de nicotina, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses: (WHO, 1992)

a - forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;

b - dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;

c - quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;

d - necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;

e - abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;

f - persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de conseqüências nocivas à saúde.

#### 4 - Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento:

##### 4.1 - Critérios para Inclusão na Abordagem Cognitivo-Comportamental:

A abordagem cognitivo-comportamental deve ser oferecida a todo fumante que deseja parar de fumar e que venha a ser tratado em uma unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, cadastrada para realizar a abordagem e tratamento do fumante. Esta abordagem será realizada em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser realizada individualmente. Ela consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar, e no estímulo ao autocontrole ou auto-manejo para que o indivíduo aprenda a escapar do ciclo da dependência e a tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (Ministério da Saúde, 2001)

#### 4.2 - Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso:

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina, a saber (Ministério da Saúde, 2001):

- a - fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- b - fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- c - fumantes com escore do teste de Fagerström<sup>[3]</sup>, igual ou maior do que 5, ou avaliação individual, a critério do profissional;
- d - fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
- e - não haver contra-indicações clínicas.

#### 5 - Tratamento:

##### 5.1 – Consulta de avaliação clínica do paciente:

Com o objetivo de elaborar um plano de tratamento, o paciente deverá passar por uma consulta, antes de iniciar a abordagem cognitivo-comportamental. Nessa consulta o profissional de saúde deverá avaliar a motivação do paciente em deixar de fumar, seu nível de dependência física à nicotina, se há indicação e/ou contra-indicação de uso do apoio medicamentoso, existência de co-morbidades psiquiátricas, e colher sua história clínica.

Todo paciente que tiver indicação de uso de qualquer tipo de apoio medicamentoso deverá ser acompanhado em consultas individuais subseqüentes, pelo profissional de saúde que o prescreveu.

##### 5.2 - Abordagem Cognitivo-Comportamental:

A abordagem cognitivo-comportamental consiste em sessões individuais ou em grupo de apoio, entre 10 a 15 participantes, coordenados por 1 a 2 profissionais de saúde de nível superior, seguindo o esquema abaixo:

- 4 sessões iniciais, estruturadas, preferencialmente semanais, seguidas de:
- 2 sessões quinzenais, com os mesmos participantes, seguidas de:
- 1 reunião mensal aberta, com a participação de todos os grupos, para prevenção da recaída, até completar 1 ano.

##### 5.3 - Apoio Medicamentoso:

No momento, os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina, e utilizados no Brasil são: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico e goma de mascar, e o cloridrato de bupropiona (Ministério da Saúde, 2001).

A escolha de um dos medicamentos dependerá da avaliação individual do paciente.. Não havendo contra-indicações clínicas, o medicamento é escolhido de acordo com a posologia e facilidade de administração, em comum acordo com o paciente. Os esquemas terapêuticos podem ser utilizados isoladamente ou em combinação.

O apoio medicamentoso, quando indicado, segue posologia, de acordo com o medicamento escolhido:

#### 5.3.1 – Terapia de Reposição de Nicotina:

A reposição de nicotina poderá ser feita, segundo critério clínico, utilizando-se goma de mascar com nicotina ou adesivo transdérmico de nicotina.

##### 5.3.1.1 – Goma de Mascar com Nicotina:

a - Apresentação: goma de mascar em tabletes com 2 mg de nicotina

b - Posologia:

Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia);

Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas;

Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

c - Orientações para o uso da goma de mascar com nicotina:

Mascar um tablete por vez, nos intervalos estabelecidos na alínea "b" supra. Para que medicamento seja eficaz, o paciente deve ser orientado a mascar a goma com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia. Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

##### 5.3.1.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

a - Apresentações: Adesivos Transdérmicos de Nicotina com 7 mg, 14 mg e 21 mg

b - Posologia:

b.1 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 8 a 10, e/ou fumante de mais de 20 cigarros por dia, utilizar o seguinte esquema:

Semana 1 a 4: adesivo de 21mg a cada 24 horas;

Semana 5 a 8: adesivo de 14mg a cada 24 horas;

Semana 9 a 12: adesivo de 7mg a cada 24 horas.

Duração total do tratamento: 12 semanas.

b.2 - Pacientes com escore do teste de Fagerström entre 5 a 7, e/ou fumante de 10 a 20 cigarros por dia e fumam seu 1º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, utilizar o seguinte esquema:

semana 1 a 4: adesivo de 14mg a cada 24 horas;  
semana 5 a 8: adesivo de 7mg a cada 24 horas.  
Duração total do tratamento: 8 semanas.

c - Orientações para o uso do adesivo de nicotina:

O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada 24 horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pêlos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água.

Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

5.3.2 – Cloridrato de Bupropiona:

a - Apresentação: Bupropiona em comprimidos de 150 mg

b - Posologia: A dosagem preconizada é a seguinte:

1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento;

1 comprimido de 150mg pela manhã e outro comprimido de 150mg, oito horas após, a partir do 4º dia de tratamento, até completar 12 semanas.

c - Orientações para o uso de Bupropiona:

A dose máxima recomendada de Bupropiona é de 300mg por dia. Em caso de intolerância à dose preconizada, ela pode sofrer ajuste posológico, a critério clínico.

Deve-se parar de fumar no 8º dia após o início da medicação.

A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante a apresentação do Receituário de Controle Especial em duas vias.

6 - Critérios de Suspensão ou Não Utilização de Apoio Medicamentoso:

6.1 - Contra-indicações formais:

Não deverão ser incluídos ou ter suspenso o apoio medicamentoso, aqueles pacientes que, segundo o medicamento escolhido, apresentarem:

6.1.1 - Goma de Mascar:

a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;

b - incapacidade de mastigação ou em indivíduos com afecções ativas da articulação têmporomandibular;

c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio.

d- pacientes portadores de úlcera péptica

6.1.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;

b - doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo;

c - pacientes que estejam no período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio;

d - gestação;

e - amamentação.

6.1.3 – Cloridrato de Bupropiona:

a - hipersensibilidade conhecida a qualquer dos componentes da fórmula;

b - risco de convulsão: história pregressa de crise convulsiva, epilepsia, convulsão febril na infância, anormalidades eletroencefalográficas conhecidas;  
c - alcoolistas em fase de retirada de álcool;  
d - uso de benzodiazepínico ou outro sedativo,  
e - uso de outras formas de bupropiona;  
f - doença cérebro-vascular, tumor de sistema nervoso central, bulimia, anorexia nervosa.

g – gestação

h – amamentação

Para aqueles fumantes que estão fazendo uso de inibidor da MAO, há necessidade de suspensão da medicação, por pelo menos 15 dias antes do início da Bupropiona.

## 6.2 - Contra-indicações Relativas:

As seguintes situações constituem-se em contra-indicações relativas ao uso de apoio medicamentoso, de acordo com o medicamento escolhido, e devem ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescriptor quando da indicação do medicamento:

### 6.2.1 - Goma de Mascar:

a - gestação e durante a amamentação, a não ser quando o risco de continuar fumando seja avaliado pelo médico como maior do que o do uso da goma de mascar com nicotina;

b - doenças cardíco-vasculares.

### 6.2.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina:

a - doenças cardíco-vasculares.

### 6.2.3-Cloridrato de Bupropiona:

a - uso de carbamazepina;

b - uso de cimetidina;

c - uso de barbitúricos;

d - uso de fenitoína;

e - uso de anti-psicóticos;

f - uso de anti-depressivos;

g - uso de teofilina;

h - uso de corticoesteróides sistêmicos;

i - uso de pseudoefedrina;

j - diabetes mellitus em uso de hipoglicemiante oral ou insulina;

k - hipertensão arterial não controlada.

## 7 - Controle Clínico do Uso de Apoio Medicamentoso:

Todos os pacientes em uso de apoio medicamentoso devem ser acompanhados e avaliados durante o tratamento.

Atenção especial deve ser dada às seguintes situações:

- monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição de Nicotina (goma de mascar ou adesivo);

- monitorar a pressão arterial como rotina em pacientes em uso de Bupropiona, pois alguns estudos mostram que a Bupropiona tende a elevar os níveis de pressão arterial.

A associação de goma de mascar ou adesivo de nicotina com Bupropiona, também pode elevar a pressão arterial. Nesses casos, deve-se preferir a associação entre as duas formas de Terapia de Reposição de Nicotina.

#### 7.1 – Efeitos Colaterais:

Os efeitos colaterais mais comuns que podem ocorrer com o uso das medicações, utilizadas como apoio, são os seguintes:

7.1.1 - Goma de Mascar – vertigem, dor de cabeça, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, dor muscular na mandíbula, hipersalivação.

7.1.2 - Adesivo Transdérmico de Nicotina - irritação local, podendo chegar a eritema infiltrativo, é efeito colateral mais comum, podendo ocorrer mais raramente, náuseas, vômitos, hipersalivação e diarreia. Pode ocorrer, em menor incidência, palpitação, eritema e urticária e, raramente, fibrilação atrial reversível e reações alérgicas como o angioedema.

7.1.3 – Cloridrato de Bupropiona: insônia, geralmente sono entrecortado, além de boca seca, cefaléia e risco de convulsão.

#### 8 - Resposta Clínica:

A resposta clínica positiva ao tratamento ocorre quando o paciente deixa de fumar.

Estudos mostram que um programa de cessação de fumar é considerado efetivo quando se alcança a taxa de cessação de fumar igual ou superior a 30% após 12 meses. No entanto, o tabagismo apresenta um padrão evolutivo semelhante ao de doenças crônicas, podendo apresentar períodos de remissões e recidivas. Estudos mostram que os fumantes tentam parar de fumar em média 5 vezes até conseguir parar definitivamente.

#### 9 - Interrupção do Tratamento:

Não há razão para interromper a abordagem cognitivo-comportamental, porém, se houver algum impedimento do paciente em permanecer na abordagem em grupo, ele deve ser encaminhado para uma abordagem individual.

O uso de qualquer forma de medicamento, deverá ser interrompido, se o paciente apresentar alguma das contra-indicações relatadas anteriormente. Havendo contra-indicações, o paciente deverá ser orientado a utilizar outra alternativa do tratamento medicamentoso.

#### 10 – Registro do Paciente

A unidade de saúde deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

#### Informações Mínimas do Prontuário:

- Identificação do paciente, endereço e telefone;
- Identificação dos profissionais responsáveis pelo atendimento e pela prescrição do medicamento, se houver;
- Histórico;
- Avaliação inicial e classificação da dependência à nicotina como muito baixa/baixa/média/elevada/muito elevada e sua respectiva inclusão em um dos escores do teste de Fagerström – de acordo com o Protocolo estabelecido;
- Indicação do tratamento proposto, especificando, se for o caso, qual apoio medicamentoso foi indicado, por quanto tempo, previsão de necessidade mensal, quantidades fornecidas por mês e que dosagem (número de tablets da goma de mascar, adesivos, comprimidos) e informação quanto ao retorno das unidades eventualmente não utilizadas;
- Dados de evolução;
- Resultado obtido.

#### Bibliografia:

- 1 - FIORE MC, BAILEY WC, COHEN SJ et al.. Trating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Gideline. U. S. Department off Health and Humans Services, Public Health Service, 2000.
- 2 - MINISTÉRIO DA SAÚDE, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Consenso sobre Abordagem e Tratamento do Fumante, 2001.
- 3- ORGANIZACIONPANAMERICANA DE LA SALUD, Guias para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tabaquica, 1995.
- 4- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guideliness, 1992.